

santé

COLLECTION POLITIQUES PUBLIQUES ET

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Partenariat entre les services de police et les programmes d'échange de seringues : les enjeux de l'action intersectorielle



Partenariat entre les services de police et les programmes d'échange de seringues : les enjeux de l'action intersectorielle

Direction des risques biologiques
et de la santé au travail

Direction du développement des individus
et des communautés

Vice-présidence aux affaires scientifiques

Novembre 2012

AUTEURS

Lina Noël, Direction des risques biologiques et de la santé du travail, Institut national de santé publique du Québec

Dominique Gagné, Direction des risques biologiques et de la santé du travail, Institut national de santé publique du Québec

François Gagnon, Vice-présidence aux affaires scientifiques, Institut national de santé publique du Québec

Roseline Lambert, Vice-présidence aux affaires scientifiques, Institut national de santé publique du Québec

Louise Marie Bouchard, Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Serge Bruneau, Centre international sur la prévention de la criminalité

COLLABORATEURS AU PROJET

Richard Cloutier, Service de lutte contre les ITSS, ministère de la Santé et des Services sociaux

Francis Cossette, Service de police de la Ville de Québec

Benjamin Denis, Direction de la prévention et de l'organisation policière, ministère de la Sécurité publique

Dominique Gagnon, Direction des risques biologiques et de la santé du travail, Institut national de santé publique du Québec

SOUS LA COORDINATION DE*

Lina Noël, Direction des risques biologiques et de la santé du travail, Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGES

Isabelle Petillot, Direction des risques biologiques et de la santé du travail, Institut national de santé publique du Québec

Virginie Boué, Direction des risques biologiques et de la santé du travail, Institut national de santé publique du Québec

Adeline Briand, Direction des risques biologiques et de la santé du travail, Institut national de santé publique du Québec

Ce rapport a été financé par le MSSS dans le cadre de l'application de l'article 54 de la Loi sur la santé publique.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 1^{er} TRIMESTRE 2013
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISSN : 1919-1731 (VERSION IMPRIMÉE)
ISSN : 1919-174X (PDF)
ISBN : 978-2-550-66886-2 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-66887-9 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2013)

MEMBRES DU COMITÉ SANTÉ ET SÉCURITÉ PUBLIQUE À L'ÉGARD DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DES ITSS/UDI

Richard Cloutier, Service de lutte contre les ITSS, ministère de la Santé et des Services sociaux

Benjamin Denis, Direction de la prévention et de l'organisation policière, ministère de la Sécurité publique

Suzanne Drolet, Service de police de la Ville de Québec

Alain Gagnon, Service de police de la Ville de Montréal

Michel Grégoire, Service de police de la Ville de Terrebonne

Chantal Jetté, Sûreté du Québec

Carole Morissette, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction de santé publique

Alain Paré, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale/Direction régionale de santé publique

Luc Rainville, Service de police de la Ville de Granby

Alain St-Onge, Association des directeurs de police du Québec

Yanik Tétreault, Service de la protection des citoyens de Laval

PERSONNES CONSULTÉES POUR LEUR EXPERTISE

Les personnes qui ont accepté d'être identifiées à titre d'experts-conseils partagent, avec les auteurs du rapport, certains points de vue pour lesquels elles ont été consultées, mais elles n'adhèrent pas nécessairement à tous les propos des auteurs. Les auteurs du rapport tiennent à remercier ces personnes pour leur contribution et le temps qu'elles ont accordé, tout en reconnaissant la pluralité des points de vue et les respectant.

Nelson Arruda, chercheur indépendant

Précylia Arsenault, Association pour la Défense des Droits et l'Inclusion des personnes qui consomment des drogues du Québec (ADDICQ)

Stéphane Beaucage, ADDICQ

Dave Blondeau, Travail de Rue Action Communautaire (TRAC)

Bryan Brown, Service de police de la Ville de Montréal

Suzanne Carrière, Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Jeanne Mance

Denis Côté, Service de police de la Ville de Montréal

Ghislain Côté, ADDICQ

François Desbiens, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale/Direction régionale de santé publique

Yan Dumont, ADDICQ

Carl Dupont, Service de police de la Ville de Québec

Pierre Frappier, ADDICQ

Mario Gagnon, Point de Repères

Dany Gagnon, Service de police de la Ville de Montréal

Roger Gaudet, ADDICQ

Karine Girard-Tremblay, ADDICQ

Geneviève Gonthier, Service de police de la Ville de Montréal

Any Gravel, Service de police de la Ville de Montréal

Natalia Gutierrez, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction de santé publique

Donald Jackson, ADDICQ

Daniel Labesse, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction de santé publique

Richard Lessard, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction de santé publique

Katherine Maltais, Programme d'encadrement clinique et hébergement (P.E.C.H.)

Jo-Annie Masson, ADDICQ

Charles-André Maheux, Service de police de la Ville de Québec

Martin Métivier, Division urgence sociale, Service de protection des citoyens Ville de Laval

Geneviève Noël, Service de police de la Ville de Montréal

Robert Paris, Pact de Rue

Joseph Picka, Service de police de la Ville de Québec

Elaine Polflit, Plein Milieu

Guy Riendeau, Service de police de la Ville de Québec

Nathalie Ruffer, Service de police de la Ville de Laval

Marc Salmon, Service de police de la Ville de Montréal

Marc-André Savary, ADDICQ

Sophie Sénécal, ADDICQ

Sylvie Simoneau, Sûreté du Québec

Steve Théberge, Point de Repères

Marianne Tonnellier, Cactus Montréal

Catherine Toulet, Service de police de la Ville de Montréal

François Van Vliet, ADDICQ

Carl Vignola, Service de police de la Ville de Montréal

Sandra Villemure, Projet d'intervention prostitution Québec (PIPQ)

AVANT-PROPOS

En 1988, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a rendu public son programme de prévention des infections au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ainsi qu'aux virus des hépatites B (VHB) et C (VHC) chez les personnes qui font usage de drogues par injection (UDI). C'est dans le cadre de ce programme de santé publique que sont nés les centres d'accès au matériel d'injection stérile, désignés sous le vocable Programmes d'échange de seringues (PES). Afin de faciliter l'accès aux utilisateurs potentiels de ces programmes, ils ont été implantés dans les centres-villes là où se concentraient les problèmes d'itinérance et de marginalité ainsi que les personnes UDI. Or, depuis leur implantation, plusieurs changements ont été apportés à l'offre de services aux personnes UDI, et ce, dans un contexte de centres-villes en mutation, notamment à Montréal et à Québec.

Dans le champ de la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), le cumul des expériences depuis plus de vingt ans, l'intensification des activités associées aux PES et l'indéniable transformation de la trame urbaine (surtout à Québec et à Montréal) justifient à eux seuls de revoir les ententes, souvent informelles, conclues entre les autorités de santé publique et de la sécurité publique. En 2008, dans la perspective de favoriser une plus grande concertation tout en respectant les mandats respectifs, le Comité santé et sécurité publique à l'égard des programmes de prévention des ITSS/UDI a été mis sur pied par le ministère de la Sécurité publique (MSP) à l'initiative du MSSS. Il est composé de représentants des deux secteurs et a, entre autres, comme mandat d'améliorer la cohérence entre les actions de sécurité publique et les actions de santé publique auprès des personnes qui font usage de drogues par injection dans le respect des missions respectives et des lois en vigueur.

Pour soutenir le travail de ce comité, le MSSS a confié à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) le mandat de réaliser une revue de la documentation sur les PES et les interventions policières. Ces travaux s'inscrivent dans le cadre de l'offre de services de l'INSPQ auprès du MSSS pour le soutenir dans la mise en œuvre de l'article 54 de la Loi sur la santé publique du Québec. En vertu de cet article, le ministre de la Santé « est d'office le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population. À ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population ».

Pour la réalisation de son mandat, l'INSPQ a réuni une équipe de projet composée de membres de la Direction des risques biologiques et de la santé au travail (DRBST), de la Vice-présidence aux affaires scientifiques (VPAS) et de la Direction du développement des individus et des communautés (DDIC). Une première rencontre a eu lieu en novembre 2009 entre les différents partenaires du MSSS, de l'INSPQ et du MSP. Par la suite, le groupe s'est enrichi d'un expert externe dans le dossier de la prévention des ITSS de la Direction générale de la santé publique du MSSS, d'un expert de la Direction générale des affaires policières du MSP, ainsi que d'un expert en prévention de la criminalité du Centre international de prévention de la criminalité. Un analyste en stratégie policière du service de

police de la ville de Québec a aussi été consulté sur une base ponctuelle. Les travaux ont été présentés à un comité de suivi du MSSS en cours de réalisation et le Comité santé et sécurité publique à l'égard des programmes de prévention des ITSS/UDI a participé à l'élaboration des outils de consultation et au recrutement des informateurs clés. Ils ont aussi assuré un soutien aux auteurs du rapport dans l'interprétation des données et la validation des résultats. Le rapport a été diffusé en priorité aux membres du Comité santé et sécurité publique à l'égard des programmes de prévention des ITSS/UDI, ainsi qu'aux participants des différentes consultations. Les membres du groupe de projet reconnaissent aux participants à la consultation une expertise découlant de leur savoir expérientiel. Ils sont, chacun à leur manière, des experts dans la pratique sur le terrain.

SOMMAIRE

Ce rapport, réalisé par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), cherche à discuter de la mise en tension de deux milieux directement impliqués dans l'implantation des programmes d'échanges de seringues (PES), soit la santé publique et la sécurité publique. Il documente l'impact des interventions policières sur l'utilisation des PES par les personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI). Il vise aussi à mieux comprendre les conditions qui favorisent une meilleure implantation des PES, de même qu'à recenser les expériences fructueuses de collaboration intersectorielle dans ce domaine. Ce rapport repose sur une recension des écrits et sur une consultation auprès de 50 informateurs clés, soit des usagers des PES, des intervenants communautaires, des représentants de santé publique et des policiers.

Ce rapport a été réalisé à la demande du MSSS, et vise à alimenter les travaux du Comité santé et sécurité publique à l'égard des programmes de prévention des ITSS/UDI, mis sur pied par le ministère de la Sécurité Publique (MSP).

Les interventions policières et l'utilisation des PES

Les personnes qui font usage de drogues par injection sont ciblées par des actions de prévention en santé, mais elles peuvent aussi, en raison de leurs comportements induits par la consommation (infractions criminelles, nuisances publiques par le bruit excessif ou des comportements dérangeants induits par une intoxication sévère), être interpellées par les policiers en réponse à des plaintes des résidents et des commerçants. De manière générale, le PES et les services de police, qui poursuivent des objectifs visant la sécurité dans les milieux de vie des résidents et des commerçants, développent des liens de collaboration afin d'optimiser les actions de prévention de part et d'autre selon leur mission réciproque. Par contre, le travail de concertation entre les policiers et les responsables des PES rencontre parfois des obstacles, lorsque des actions reconnues efficaces pour assurer la conformité des conduites des citoyens aux normes socialement établies induisent indirectement des limites aux actions de prévention du VIH, du VHB et du VHC auprès des personnes UDI, ou inversement lorsque des actions des PES complexifient le travail des policiers.

Les informations tirées de la recension des écrits montrent que même si les interventions visant l'application des lois sur les drogues, ainsi que la prévention de la criminalité et la gestion de l'ordre public sont motivées par les plaintes de résidents et de commerçants, et légitimées par les stratégies de prévention dans l'espace urbain, elles peuvent, dans certains cas, avoir des effets sur les interventions en prévention du VIH, du VHB et du VHC réalisées par les PES.

Des auteurs ont observé que l'application des lois sur les drogues entraîne généralement des effets sur les pratiques de consommation, et favorise l'adoption de comportements non sécuritaires (partage du matériel d'injection, seringues laissées dans des endroits inappropriés, injection préparée à la hâte de manière non hygiénique et dissimulation de drogues dans des cavités corporelles). Les personnes UDI sont directement concernées par les lois sur les drogues, et lorsqu'il y a augmentation des mesures policières en lien avec ces règlements, on observe un accroissement de la crainte d'être interpellé. La documentation

nous indique que les personnes UDI limitent alors les quantités de matériel d'injection qu'ils se procurent dans les PES, ne transportent plus leurs seringues souillées pour la récupération, s'éloignent des services des PES ainsi que des services de santé qui leur sont destinés. Ils s'isolent dans des lieux inconnus des travailleurs communautaires, et où les conditions de consommation augmentent les risques d'infections et de surdoses.

La prévention de la criminalité et la gestion de l'ordre public ne sont pas spécifiquement orientées vers les consommateurs de drogues, et de nombreux injecteurs ne sont pas interpellés pour des motifs en lien avec des interventions policières dans ce champ d'activités. Par ailleurs, les populations les plus marginalisées, celles qui sont visées par les PES, présentent souvent des caractéristiques et des comportements ciblés par les dispositions réglementaires et législatives relatives à l'utilisation du domaine public. L'itinérance, la consommation dans des lieux publics, le fait d'offrir ses services (sexuels, de lavage de pare-brise), ou de flâner dans un lieu public et de fréquenter un parc au-delà des heures d'ouverture sont des motifs d'interpellation de la part des policiers. Cette marginalité qui caractérise bon nombre d'utilisateurs des PES, occasionne souvent des plaintes de la part de résidents et de commerçants, et entraîne des interventions policières en vue d'assurer la paix et l'ordre.

La documentation a montré que les activités policières en lien avec la législation concernant les drogues, ainsi que celles destinées au maintien de la paix, de l'ordre et de la sécurité publique peuvent interférer avec les activités des PES. Au Québec, il semble que ce sont davantage les activités en lien avec le maintien de la paix, de l'ordre et de la sécurité publique qui seraient mise en cause. La pratique policière est elle aussi affectée par la distribution de seringues comme mesure de prévention du VIH, du VHB et du VHC. Les policiers sont préoccupés par les seringues qui peuvent se retrouver dans le domaine public, et par les risques de piqûre accidentelle sur une seringue contaminée.

Les conditions qui favorisent une meilleure implantation des PES

Les consultations réalisées au Québec ont permis de dégager de nombreux acquis hérités d'une longue tradition de cohabitation, entre les intervenants terrain que sont les policiers et les intervenants communautaires des PES et, dans certains cas, des utilisateurs des PES. De nombreuses solutions, en vue d'harmoniser des pratiques déjà existantes entre les services policiers et les intervenants et utilisateurs des PES, ont été proposées par les participants à la consultation. Ils ont aussi nommé les difficultés à surmonter pour arriver à une concertation optimale. Il apparaît que la formation de comités de travail, ou plus simplement les rencontres de partage d'information sur les manières différentes d'intervenir permettraient aux intervenants sur le terrain de mieux coordonner leurs actions. Le développement d'outils de suivi de la situation permettant de réagir, et de proposer des ajustements lorsque surviennent des difficultés, ainsi que la formation des différents intervenants aux approches de santé publique dans le champ du VIH, du VHB et du VHC comptent parmi les solutions proposées.

On retiendra des consultations auprès d'acteurs clés qu'une plus grande circulation de l'information entre les intervenants sur le terrain et au sein des organisations, ainsi que le développement de compétences et d'habiletés pour mieux intervenir et se concerter, sont

des pistes de solutions intéressantes. L'idée d'un cadre de référence sur les bonnes pratiques dans un environnement de réduction des méfaits, tout comme celle de la mise sur pied de comités mixtes permettant de réunir des intervenants des milieux policier et de la santé publique, ont été proposées. Il a aussi été suggéré que les autorités de santé publique et de sécurité publique soutiennent les efforts des intervenants sur le terrain, soit par une position officielle, soit par une politique nationale intégrant à la fois les aspects policiers, et les aspects de prévention des toxicomanies, de traitement des dépendances et de réduction des méfaits.

Les expériences fructueuses de collaboration intersectorielle

Plusieurs pays ont instauré des stratégies de réduction des méfaits en réponse à la situation relative à l'usage de drogues et aux risques de contracter le VIH, le VHB et le VHC. Ces stratégies ont été développées en réponse à des situations problématiques entourant l'usage de drogues et la sécurité dans les milieux de vie et elles répondaient à la fois à des préoccupations de santé publique et de sécurité publique. Lorsque l'approche de réduction des méfaits a été proposée, elle a été soutenue par les acteurs des deux secteurs. Ces stratégies ont obtenu des appuis du milieu à la suite de l'implication des autorités municipales ou gouvernementales, qui ont proposé des mesures de soutien à la concertation. De manière générale, et ce, même si elles ne sont pas parfaites, ces stratégies ont contribué à harmoniser les pratiques de santé publique et de sécurité publique. Cette recension des écrits a aussi permis de mettre en évidence des solutions et des stratégies de partenariat entre des policiers, et des agences de santé publique dans la lutte au VIH, au VHB et au VHC.

Il existe divers leviers qui peuvent être utilisés par les instances de santé publique et de sécurité publique, pour permettre à la fois de tenir compte des préoccupations des acteurs sur le terrain, et de favoriser la concertation pour assurer la prévention des infections au VIH, au VHB et au VHC, ainsi que la sécurité dans les milieux de vie des citoyens. Le Programme national de santé publique, tout comme la Stratégie québécoise de lutte aux ITSS, présentent des stratégies permettant la collaboration du réseau de la santé et des services sociaux avec d'autres instances publiques, privées et communautaires. Des dispositions similaires sont aussi inscrites dans la politique ministérielle du MSP, qui, de surcroît, s'appuie sur l'approche de police communautaire. À cela s'ajoutent deux plans d'action interministériels, soit celui en toxicomanie et celui en itinérance, qui offrent des leviers importants pour la concertation.

Les informations entourant des initiatives québécoises de collaboration ou de concertation entre les milieux policier, de la santé publique, et du communautaire, montrent qu'il existe, dans les faits, des lieux de concertation et que des collaborations basées sur des ententes formelles ont permis le développement d'un partenariat entre ces milieux. Retenons que le déploiement de ces initiatives a rencontré certains obstacles, ce qui est le propre des nouvelles initiatives, mais que des conditions favorables ont aussi contribué à leur réussite. Parmi les conditions favorables, les ententes entre représentants du MSP et du réseau de la santé et des services sociaux, le soutien d'un comité consultatif, ainsi que le développement des habiletés et compétences personnelles et professionnelles grâce à la formation, ont eu

une incidence positive. L'évaluation, plus particulièrement en cours d'implantation, semble un facteur de réussite de ces initiatives.

Pistes d'action

Il apparaît donc nécessaire d'**harmoniser les pratiques lorsque les actions préventives menées par certains acteurs entrent en conflit** avec celles d'autres acteurs impliqués auprès des mêmes populations. C'est notamment le cas des populations de personnes toxicomanes, dont la dépendance à des produits illicites les place dans une position paradoxale entre le soin et la répression.

Les organismes responsables des PES proposent aussi de plus en plus d'**encadrement pour les personnes toxicomanes, et leurs locaux sont généralement accessibles à des heures où les usagers sont en activité**. Ces usagers devraient aussi faire partie de la solution pour assurer une continuité aux actions de sécurité amorcées par les policiers sur le terrain.

Le Québec dispose de leviers importants pouvant permettre la concertation entre les différents acteurs nationaux, régionaux et locaux, notamment des plans d'action interministériels en toxicomanie et en itinérance. Il serait souhaitable que les différents interlocuteurs puissent conjuguer leurs efforts pour répondre aux problèmes aussi complexes que la toxicomanie, la santé mentale et l'itinérance, et la transmission des infections au VIH, au VHB et au VHC. Aussi, la **mise sur pied d'un comité interministériel** « Comité santé et sécurité publique à l'égard des programmes de prévention des ITSS/UDI » réunissant les principaux acteurs de sécurité publique et de santé publique est un facteur favorable à la concertation.

Le recours à des **approches intégrées, concertées, diversifiées et novatrices**, comme les initiatives en santé mentale et en itinérance [Programme d'encadrement clinique et d'hébergement (PECH), Programme d'accompagnement justice-santé mentale (PAJ-SM) ou la Division urgence sociale de Laval, l'ÉMU ou l'Équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance (EMRI)], semble approprié. Toutefois, ces initiatives présentent aussi des défis importants auxquels les acteurs devront répondre par des **approches adaptées et un travail en réseau plutôt que de poursuivre des actions en parallèle**.

Dans le but de soutenir les efforts des acteurs sur le terrain, le Comité santé et sécurité publique à l'égard des programmes de prévention des ITSS/UDI a déjà amorcé la préparation d'**outils permettant de soutenir la concertation**. La collaboration entre les milieux policier et communautaire pour la récupération des seringues et le renforcement du message sur la récupération sécuritaire des seringues auprès des personnes UDI doivent demeurer des points forts de la concertation. À cet égard, il serait judicieux de développer une collaboration avec l'Association Québécoise pour la promotion de la santé des

personnes utilisatrices de drogues (AQPSUD)¹ pour la mobilisation des usagers de drogues autour de la question de la récupération sécuritaire du matériel d'injection.

Le Québec pourrait aussi développer une stratégie de concertation interministérielle en vue de conjuguer les efforts en prévention de la criminalité et mettre de l'avant l'adoption d'une politique intégrée en matière de prévention de l'usage de drogues et de réduction des méfaits liés à l'usage de drogues.

Il ne faut pas oublier l'importance du rôle des **élus municipaux** dans ce dossier. Il conviendra de les **outiller adéquatement** afin que les dossiers de santé publique qui touchent directement la communauté, comme c'est le cas des PES, soient mieux compris. Parmi les pistes d'action, les directions régionales de santé publique pourraient se donner comme objectif d'améliorer la compréhension de cette problématique auprès des élus municipaux, et les autorités municipales pourraient **nommer des conseillers municipaux responsables des dossiers de santé publique**. Ces derniers seraient bien placés pour encourager la mobilisation des partenaires municipaux en vue de développer des actions concertées sur le terrain en créant des ponts avec les policiers et les responsables de santé publique.

¹ AQPSUD est un organisme provincial d'« empowerment » avec une philosophie de réduction des méfaits qui regroupe des personnes UDI impliquées dans la promotion de la santé, la prévention des ITSS et l'amélioration des conditions de vie de ces personnes.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	XV
LISTE DES FIGURES	XVII
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	XIX
1 INTRODUCTION.....	1
2 MÉTHODOLOGIE.....	3
2.1 Modèle conceptuel pour la recherche documentaire	3
2.1.1 Méthode pour la recherche documentaire	4
2.2 Méthodes pour la consultation auprès d'acteurs clés	6
2.2.1 Objectifs de la consultation.....	6
2.2.2 Les entrevues semi-dirigées avec les informateurs clés	7
2.2.3 Les groupes de discussion focalisée	7
2.2.4 Le recrutement des participants	8
2.2.5 La réalisation de la consultation	9
2.2.6 Validation des outils de la consultation	10
2.2.7 L'analyse des données.....	11
2.2.8 Les considérations éthiques	12
2.3 Limites méthodologiques du rapport.....	13
3 DOCUMENTATION SUR LES INTERVENTIONS POLICIÈRES ET LES PES.....	15
3.1 Les actions policières visant la régulation sociale et la protection des citoyens.....	16
3.1.1 Le rôle de régulateur et de protecteur du citoyen.....	16
3.1.2 La politique du MSP « Vers une police plus communautaire »	17
3.1.3 Comprendre les approches pour prévenir ou réduire les problèmes liés à la drogue	19
3.2 Les actions des PES visant la sécurité dans les milieux de vie des citoyens.....	21
3.2.1 Limiter la transmission des infections au VIH et au VHC	22
3.2.2 La récupération du matériel d'injection	23
3.2.3 Limiter les nuisances dans le domaine public.....	23
3.2.4 L'acceptabilité sociale.....	24
3.3 Augmenter l'efficacité des PES sans compromettre la sécurité des citoyens	25
3.3.1 Les effets de l'application des lois sur les drogues sur les PES et les personnes qui les fréquentent.....	26
3.3.2 Les effets de la prévention de la criminalité et de la gestion de l'ordre public sur les usagers des PES	29
3.3.3 Des pratiques policières dans un environnement de réduction des méfaits	30
3.4 Conclusion	31
4 RÉSULTATS DE LA CONSULTATION AUPRÈS D'ACTEURS CLÉS QUÉBÉCOIS	33
4.1 Effets des activités policières et des activités des PES au Québec	33
4.2 Les PES dans l'environnement québécois	37

4.3	Les risques associés aux infections à VIH, à VHB et à VHC.....	44
4.4	Les rôles et les mandats des différents acteurs sur le terrain.....	47
4.5	Des pistes favorisant la concertation.....	51
4.6	Conclusion.....	53
5	LES EXPÉRIENCES CANADIENNES ET ÉTRANGÈRES	55
5.1	Angleterre - <i>Mersey Harm Reduction Model</i>	55
5.2	Suisse - La politique suisse des quatre piliers dans le domaine des drogues illégalles	56
5.3	Australie - <i>National Drug Strategic Framework</i>	58
5.4	Canada - <i>A Framework for action: A Four-Pillar Approach to Drug Problems in Vancouver</i>	60
6	LE CONTEXTE QUÉBÉCOIS DE LA CONCERTATION INTERSECTORIELLE	63
6.1	Description des mandats du MSSS et du MSP et des leviers pour l'action	63
6.2	Leviers pour créer des environnements favorables à la concertation	65
6.3	Projets québécois de collaboration intersectorielle.....	66
6.4	Conditions favorables à la collaboration.....	70
6.5	Planifier la mise en place de solutions adaptées au Québec	74
6.5.1	Le rôle des PES.....	74
6.5.2	L'accès au matériel d'injection	75
6.5.3	Les zones d'intervention	75
6.5.4	Les risques associés aux infections au VIH, au VHB et au VHC	75
6.5.5	Les rôles et les mandats des intervenants de première ligne	78
6.5.6	La concertation	78
7	CONCLUSION	79
	RÉFÉRENCES	81
ANNEXE 1	LES OUTILS POUR LA CONSULTATION	91
ANNEXE 2	ÉTUDES SUR LES EFFETS DES INTERVENTIONS POLICIÈRES SUR LES PES	97
ANNEXE 3	RÉSUMÉ SYNTHÈSE DES INITIATIVES QUÉBÉCOISES DE COLLABORATION INTERSECTORIELLE EN SANTÉ ET SÉCURITÉ PUBLIQUE	117

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Analyse de la documentation sur les effets des interventions policières sur les pratiques et les comportements des personnes UDI	27
Tableau 2	Règlementations et actions policières dans un environnement de réduction des méfaits au Québec	35
Tableau 3	Principales observations sur les acquis, les difficultés à surmonter et les solutions proposées sur le thème des PES selon les répondants du milieu policier (P) et du milieu de la santé publique (SCU) incluant le milieu communautaire et les usagers des PES	39
Tableau 4	Principales observations sur les acquis, les difficultés à surmonter et les solutions proposées sur le thème des risques pour l'acquisition/transmission du VIH, du VHB et du VHC selon les répondants du milieu policier (P) et du milieu de la santé publique (SCU) incluant le milieu communautaire et les usagers des PES	46
Tableau 5	Principales observations sur les acquis, les difficultés à surmonter et les solutions proposées sur le thème des rôles et des mandats selon les répondants du milieu policier (P) et du milieu de la santé publique (SCU) incluant le milieu communautaire et les usagers des PES	49
Tableau 6	Principales observations sur les acquis, les difficultés à surmonter et les solutions proposées sur le thème de la concertation selon les répondants du milieu policier (P) et du milieu de la santé publique (SCU) incluant le milieu communautaire et les usagers des PES	52
Tableau 7	Expériences québécoises de collaboration ou de concertation intersectorielle entre les milieux policier, de la santé et des services sociaux et d'intervention auprès des populations vulnérables	68
Tableau 8	Conditions favorables et obstacles à l'implantation d'initiatives québécoises de collaboration intersectorielle entre les milieux policier, de la santé et des services sociaux et les milieux d'intervention auprès des populations vulnérables	71
Tableau 9	Principaux constats et pistes d'actions identifiés par les quatre groupes d'acteurs (usagers des PES, intervenants communautaires, intervenants de santé publique et policiers) lors de la consultation qui s'est déroulée entre les mois de décembre 2010 et mars 2011	76
Tableau 10	Synthèse des études portant sur les effets des interventions policières sur les personnes qui fréquentent les PES	99

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Modèle conceptuel permettant d'orienter la recherche documentaire sur les interactions entre les interventions policières et celles des programmes d'échange de seringues destinés aux personnes UDI.....	3
Figure 2	Recherche documentaire entourant des interventions policières dans un contexte de réduction des méfaits, des stratégies politiques visant à soutenir des approches de réduction des méfaits et des expériences québécoises de partenariat entre des milieux de la santé et de la sécurité publique	5
Figure 3	Participants à la consultation selon le groupe et la région, décembre 2010 à mars 2011	9

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ADDICQ	Association pour la Défense des Droits et l'Inclusion des personnes qui consomment des drogues du Québec
ADPQ	Association des directeurs de police du Québec
AITQ	Association des intervenants en toxicomanie du Québec
AQPSUD	Association québécoise pour la promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CICC	Centre international de criminologie comparée
CIPC	Centre international pour la prévention de la criminalité
COCQ-sida	Coalition des organismes communautaires québécois de la lutte contre le sida
CRAN	Centre de recherche et d'aide pour narcomanes
CRPAT	Centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DAT	<i>Drug action Team</i>
DRG	<i>Drug Reference Group</i>
EMRII	Équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance
EMU	Équipe de médiation urbaine
ESIEU	Équipe Sociale d'Intervention en Espace Urbain
GRC	Gendarmerie royale du Canada
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
MSP	Ministère de la Sécurité publique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NAOMI	North American Opiate Medication Initiative
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PAJ-SM	Programme d'accompagnement justice-santé mentale

PECH	Programme d'encadrement clinique et d'hébergement
PES	Programmes d'échange de seringues
PNSP	Programme national de santé publique
ROJAQ	Regroupement des Organismes de Justice Alternative du Québec
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIS	Service d'injection supervisée
SPVM	Service de police de la Ville de Montréal
SQ	Sûreté du Québec
UDI	Usage de drogues par injection ou utilisateur de drogues par injection
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

1 INTRODUCTION

La décennie des années 1980 a été caractérisée, au Québec comme dans les autres pays occidentaux, par l'émergence du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) et de la transmission du virus d'immunodéficience humaine (VIH) au sein des populations d'usagers de drogues par injection (UDI). Parmi les personnes UDI fréquentant les programmes d'échange de seringues (PES) québécois, 15 % sont infectés par le VIH et 63 % par le virus de l'hépatite C (VHC)^[1]. Si dans certains pays l'épidémie s'est répandue rapidement dans les populations d'UDI^[2], dans d'autres pays comme la Suisse^[3-6] et l'Allemagne^[7, 8], une réponse rapide de la part des autorités de santé publique a permis de maintenir les taux d'infection au VIH relativement bas au sein de cette population.

Le déploiement d'une approche de réduction des méfaits^{2[9]} a été privilégié pour lutter contre l'épidémie de VIH, de VHC et d'hépatite B (VHB) chez les personnes UDI^[10-13]. Cette mesure s'accompagne d'un certain nombre d'actions, dont les PES et le développement d'interventions de proximité permettant de rejoindre les populations UDI qui ne sont pas en contact avec le système de soins. Les autorités de santé publique de nombreux pays ont adopté cette approche en vue de contrer la transmission des infections au VIH, au VHC et au VHB chez les personnes UDI^[14-17]. L'approche de réduction des méfaits liés à l'usage de drogues fait aussi partie du Programme national de santé publique (PNSP) du Québec^[18] et de la Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement^[19] et elle repose sur un cadre de référence sur la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) auprès des personnes UDI^[20].

Le Québec, bénéficiant des expériences internationales, a réagi promptement en mettant sur pied des PES dès 1989. Le premier PES a été implanté dans le centre-ville de Montréal^[21, 22]. Depuis cette première initiative, la majorité des régions du Québec, soutenues par le MSSS^[18-20], ont emboîté le pas en rendant accessible du matériel d'injection stérile pour les personnes UDI de leur région. Les PES implantés au Québec ont fait l'objet d'un suivi continu et des évaluations ont permis de mesurer les effets de ces programmes^[1, 23-26] et de démontrer qu'ils permettent de réduire les comportements à risque des personnes UDI par l'adoption de comportements plus sécuritaires.

Lors de l'implantation des premiers PES québécois, les services de police ont été impliqués dans les démarches de mise en œuvre. Par exemple, lors de l'ouverture des sites de Montréal et de Québec (Cactus Montréal et Point de Repères), les policiers ont joué un rôle clé en collaborant avec les autorités de santé publique pour limiter la présence policière aux abords des centres de distribution^[22]. Dans certaines régions, les policiers ont été impliqués en vue de limiter la répression dans les lieux d'intervention et la formation des policiers a aussi fait partie des actions réalisées par des responsables de santé publique.

² La réduction des méfaits liés aux drogues est une approche basée sur le pragmatisme et l'humanisme. L'abstinence par rapport à la consommation de substances n'est pas un idéal que tous les usagers de drogues peuvent viser. Il convient donc d'être pragmatique et de chercher à réduire les risques auxquels ces personnes sont exposées. L'amélioration des conditions de santé des personnes qui font usage de drogues repose sur une approche humaniste qui met l'accent sur la personne plutôt que sur la consommation de substance^[9].

Par contre, les approches de prévention auprès des personnes UDI, tout comme les approches policières, ont beaucoup évolué au cours de la dernière décennie, renforçant l'intérêt pour le développement d'une vision commune de la situation et le recours à des stratégies interministérielles favorables au travail intersectoriel entre les services de police et les organismes responsables de la prévention auprès des personnes UDI. Même si les ententes conclues au niveau local et régional sont généralement satisfaisantes, l'absence d'une stratégie commune entre le MSP et le MSSS visant la prévention des infections au VIH, au VHB et au VHC auprès des personnes UDI rend l'harmonisation des pratiques plus difficile.

Pour mieux répondre aux nouveaux défis de l'action intersectorielle dans le dossier des PES, le Directeur national de santé publique adressait, en 2008, une demande au MSP en vue de créer un comité interministériel. En 2011, le Directeur national de santé publique a renouvelé son message sur l'importance de « (...) poursuivre la démarche entreprise avec la sécurité publique afin de favoriser une collaboration étroite entre les services policiers et les organismes communautaires visés » dans son *Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec - L'épidémie silencieuse : les infections transmissibles sexuellement et par le sang*^[27].

Pour soutenir leurs travaux, les membres du Comité santé et sécurité publique à l'égard des programmes de prévention des ITSS/UDI, créé en 2008, ont demandé une revue de la documentation sur les effets potentiels des actions de sécurité^{3[28]} sur les personnes fréquentant les PES, ainsi que sur les différentes stratégies mises en œuvre dans des contextes nationaux et internationaux similaires permettant de favoriser une meilleure concertation entre les milieux communautaires, de la santé publique et les services de police. De plus, ils ont souhaité mieux connaître la situation au Québec au regard des interactions entre les interventions policières et celles des PES ainsi que sur des conditions favorables au partenariat entre des organismes communautaires et des services policiers. L'analyse de l'ensemble des informations provenant des documents publiés sur le sujet et de l'expérience des acteurs sur le terrain a pour but de favoriser les meilleurs choix pour le déploiement des collaborations intersectorielles tant au niveau ministériel qu'au niveau régional et local, et ce, en tenant compte des connaissances les plus actuelles en matière de prévention des ITSS et de prévention de la criminalité.

Les objectifs du rapport sont de 1) synthétiser la documentation existante pour mieux circonscrire et comprendre l'impact des interventions policières sur l'utilisation des PES par les personnes UDI; 2) comprendre les conditions qui favorisent une meilleure implantation de ces programmes; et 3) recenser les expériences fructueuses de collaboration intersectorielle dans ce domaine.

³ Cusson (2007)^[28] définit les actions de sécurité comme un système à trois pôles où le policier (le protecteur) est chargé d'assurer la protection des citoyens (les protégés) contre une menace réelle ou perçue (le délinquant). Les fonctions de l'action de sécurité sont le renseignement (pour agir efficacement), la prévention situationnelle (agir de manière proactive en vue de réduire la fréquence et la gravité des infractions), la répression (quand les mesures préventives ont échoué) et la gestion de crise (mesure visant à rétablir la paix et l'ordre). À cet égard, les interventions policières dans les milieux de vie des citoyens contribuent aux actions de sécurité en vue de favoriser le maintien de la paix et l'ordre public.

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 MODÈLE CONCEPTUEL POUR LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

L'exposition au risque de VIH, au VHB et au VHC chez les populations d'usagers de drogues par injection ou par inhalation est un problème de santé publique important (figure 1). Pour limiter les coûts sociaux et de santé associés à ce phénomène, les autorités de santé publique ont mis en place des interventions de réduction des méfaits, dont les PES. Cette mesure vise la réduction des comportements à risque chez les personnes qui s'injectent des drogues ou qui consomment des drogues par inhalation ou par voie orale en raison des risques de transmission du VHC par les pailles ou les pipes à crack^{4[27, 29]}.

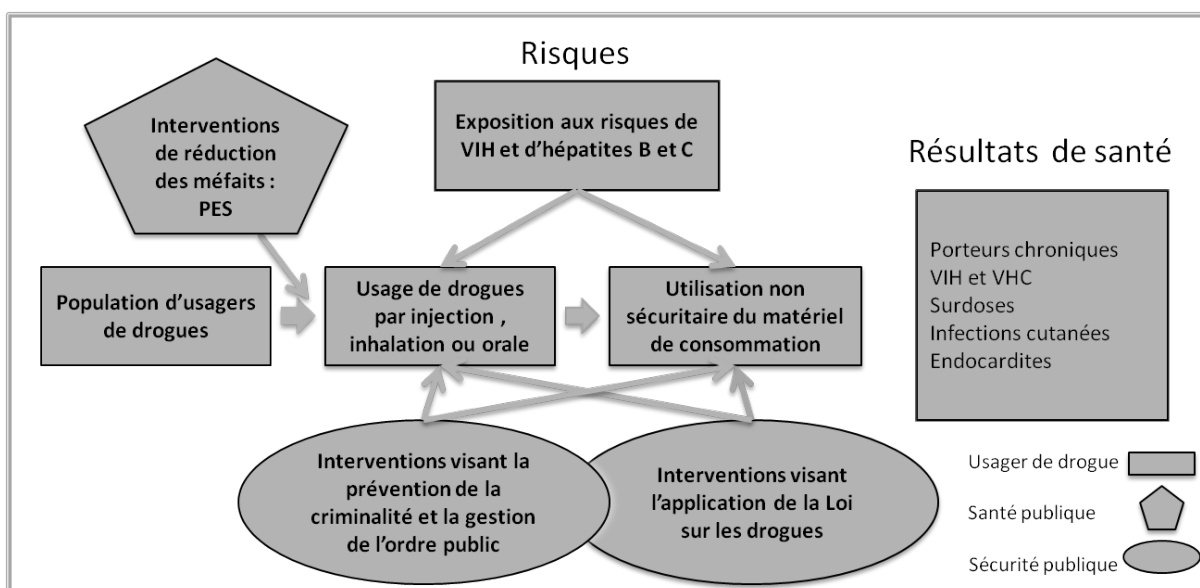


Figure 1 Modèle conceptuel permettant d'orienter la recherche documentaire sur les interactions entre les interventions policières et celles des programmes d'échange de seringues destinés aux personnes UDI

Par ailleurs, en raison du caractère illicite des produits consommés et de certaines activités dans lesquelles les populations d'usagers de drogues sont parfois impliquées (la prostitution de rue, par exemple), ces populations sont aussi visées par des interventions de sécurité publique, entre autres celles visant la prévention de la criminalité et celles visant l'application des lois sur les drogues⁵ (figure 1). Dans ce contexte particulier, même si les actions policières répondent à une logique d'action visant la sécurité de l'ensemble des citoyens et la réduction du désordre^{6[30]} dans l'espace public, les effets de ces interventions peuvent

⁴ « La consommation par voie nasale (p. ex., « renifler » de la cocaïne) et l'administration de drogues par voie orale (p. ex., « fumer » du crack) sont également des véhicules possibles de transmission du VHC (...). Les particules de sang infecté peuvent voyager par l'échange de pipes pour la consommation de crack ou de pailles pour la consommation de cocaïne. » <http://www.ccsa.ca/2005%20CCSA%20Documents/ccsa-004031-2005.pdf>.

⁵ La Loi réglementant certaines drogues et autres substances (LRCDAS).

⁶ La notion de désordre (désordre physique, délabrement, délabrement physique, incivilités physiques) et de désordre social réfère à la définition proposée par Bouchard et collab. (2011)^[30].

entraîner des comportements non sécuritaires de la part des usagers de drogues. Les objectifs de santé comme la diminution de la transmission des infections et de la morbidité associés à l'usage inapproprié de drogues^{7[31]} pourraient être compromis.

Pour mieux documenter cette situation, une recension des écrits a été réalisée sur les interventions en sécurité liées à la prévention de la criminalité et la gestion de l'ordre public, à l'application de la Loi sur les drogues ainsi qu'à leurs effets sur les usagers des PES (section 3). Par la suite, une consultation auprès d'acteurs clés a complété cette recension des écrits et a permis de connaître la situation telle qu'elle est vécue au Québec (section 4). Des expériences canadiennes et étrangères pouvant faciliter l'offre de services des PES ont aussi été recensées en vue d'alimenter la réflexion (section 5). Finalement, le contexte québécois de la concertation intersectorielle pouvant favoriser l'harmonisation des pratiques entre les intervenants de sécurité publique et ceux de santé publique a été documenté (section 6).

Les méthodes pour la recherche documentaire ainsi que pour les consultations menées auprès d'acteurs clés pouvant apporter une contribution sur les interactions entre les interventions policières et celles des PES au Québec sont décrites dans les pages qui suivent.

2.1.1 Méthode pour la recherche documentaire

Dans le but de rechercher les documents pertinents pour l'analyse, plusieurs bases de données et sites internet ont été consultés (figure 2). Afin de recenser la législation, les politiques, plans d'action, interventions et stratégies mis en place en matière de prévention du VIH, du VHB et du VHC auprès des personnes UDI, les bases de données suivantes ont été consultées, sans aucune restriction en ce qui concerne l'année de publication : Campbell Library, CRD Database, NICE Database, Health Policy Monitor. Ces bases de données ont été interrogées à partir de la série de mots-clés mentionnés à la figure 2, et ce, de manière itérative. Les sites internet de l'Agence de la santé publique du Canada, section *Aperçu des interventions*, et du Public Health Services of Hamilton, section *Effective Public Health Practice Project*, ont également été consultés. De plus, une recherche documentaire a été réalisée à partir du Portail politiques publiques et santé de l'INSPQ, du Bulletin de veille informationnelle de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, par le biais du réseau Santécom, ainsi que des publications de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Afin de trouver des articles scientifiques traitant des effets des interventions policières sur les PES et des PES sur les milieux de vie, une recherche a été effectuée sur les bases de données suivantes : PubMed, EBSCO (CINAHL, PsycINFO), EMBASE, Sociological abstracts, Cochrane Library. Les mots clés utilisés sont présentés à la figure 2. Les listes de titres issues de cette opération ont été examinées et une première sélection a été effectuée. Les articles jugés pertinents en fonction du titre et du résumé ont été retenus.

⁷ L'usage inapproprié fait référence à un usage susceptible d'entraîner des problèmes d'ordre physique, psychologique, économique ou social qui constituent une menace pour la santé, la sécurité ou le bien-être des individus et de leur entourage et de la collectivité^[31].

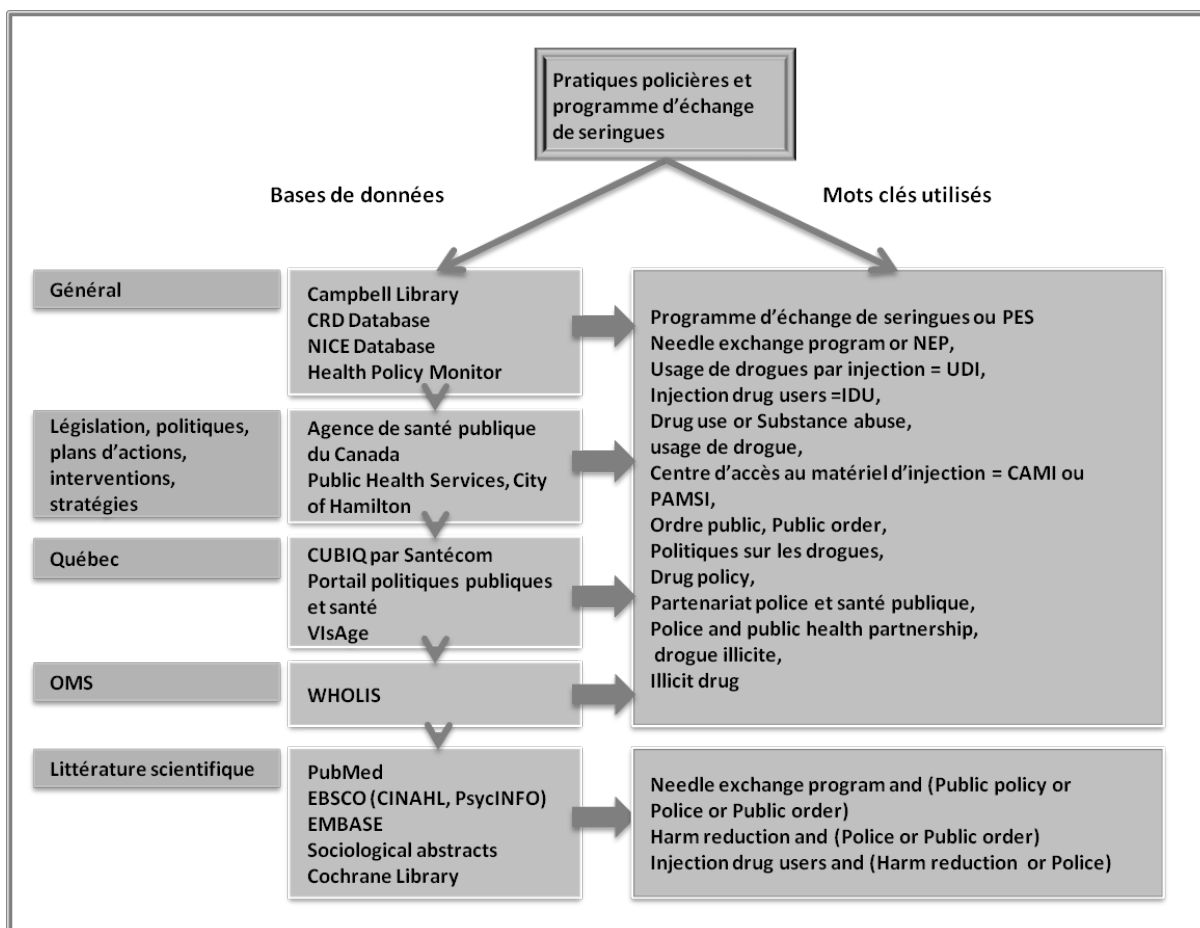


Figure 2 Recherche documentaire entourant des interventions policières dans un contexte de réduction des méfaits, des stratégies politiques visant à soutenir des approches de réduction des méfaits et des expériences québécoises de partenariat entre des milieux de la santé et de la sécurité publique

Parallèlement à cette recherche documentaire, la bibliographie de l'étude réalisée par Csete^[32] pour le Réseau juridique canadien VIH/sida et portant sur les effets des interventions policières sur le risque d'infection au VIH pour les personnes UDI a été utilisée comme source d'information. Ce document a été utilisé comme point de départ à notre réflexion et les références jugées pertinentes à notre propos ont été consultées et leur bibliographie dépouillée.

Pour chacun des articles portant sur les effets des interventions policières sur les personnes qui fréquentent les PES, une fiche d'extraction des données⁸ a été complétée afin d'en évaluer la qualité et les limites^[33]. Par la suite, une fiche de lecture colligeant le résumé, le contexte, la méthodologie, les limites et les résultats a été complétée pour chacun des articles retenus, tout comme pour chacun des documents consultés. La recension des écrits a porté sur des documents rédigés en français et anglais.

⁸ Cette fiche d'extraction des données est tirée de Jacob, R., Lapointe, G. (2008)^[33].

Afin de documenter la concertation interministérielle en matière de prévention du VIH, du VHB et du VHC, certains sites gouvernementaux ont été consultés, notamment ceux du MSSS et du MSP. De même, le site internet du Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) a été consulté afin de documenter l'approche de résolution de problèmes. Pour documenter les initiatives de collaboration, une recension des écrits couvrant la période de 1995 à 2010 (des publications sur l'évaluation de projet, des rapports disponibles qui ont été diffusés dans le site internet ou en copies restreintes) et un recueil d'information provenant des sites internet des organisations qui ont hébergé ces interventions ont été réalisés. Pour compléter cette recension sur ces initiatives et retracer celles pour lesquelles aucune information n'était disponible, des informations ont été recueillies lors des consultations auprès des acteurs sur le terrain. Finalement, la bibliographie a été complétée par les membres du groupe de travail qui ont fourni certains documents non répertoriés dans les banques de données. Une bibliographie des documents consultés est disponible auprès de l'équipe de projet.

2.2 MÉTHODES POUR LA CONSULTATION AUPRÈS D'ACTEURS CLÉS

Malgré le fait qu'il existe une documentation relativement abondante sur les effets des interventions policières sur les personnes qui fréquentent les PES, ces écrits relatent des expériences extérieures au Québec. Dans ce contexte, la documentation recensée pourrait ne pas refléter la situation vécue dans les villes du Québec. De plus, il existe peu d'écrits portant sur les effets des approches de réduction des méfaits sur les pratiques policières et sur des stratégies de concertation entre des services policiers, des instances de santé publique et des organismes communautaires dans la lutte au VIH, au VHB et au VHC auprès des personnes UDI. Finalement, la documentation québécoise entourant l'évaluation d'expériences de collaboration entre des acteurs du milieu de la santé et des services sociaux, de la sécurité publique et des organismes communautaires demeure peu abondante malgré le fait que plusieurs initiatives aient été déployées au Québec.

2.2.1 Objectifs de la consultation

La consultation a pour objectif de documenter le contexte québécois sur les interactions entre les interventions policières et celles des PES en vue d'identifier les acquis à consolider, les contraintes rencontrées sur le terrain, ainsi que les solutions à mettre de l'avant.

Objectif 1 : Identifier des événements ou des situations en lien avec des interventions policières et des interventions des PES;

Objectif 2 : Identifier les contraintes ainsi que les facteurs facilitant les interactions entre les actions policières ou les actions des PES;

Objectif 3 : Proposer des solutions qui permettraient de minimiser les contraintes ou d'accroître l'efficacité de la concertation entre les milieux policier, de la santé publique et communautaire en vue d'harmoniser les pratiques des différents intervenants sur le terrain.

La réalisation de cette consultation repose sur deux méthodes, soit l'entrevue semi-dirigée et le groupe de discussion focalisée.

2.2.2 Les entrevues semi-dirigées avec les informateurs clés

L'entrevue semi-dirigée est une méthode qualitative utilisée pour explorer un sujet pour lequel il y a peu d'information ou pour lequel les informations peuvent varier de manière importante dans le temps. Elle permet de documenter un sujet et d'approfondir certains aspects particuliers d'une problématique spécifique. Dans le cadre de la consultation sur les interactions entre les interventions policières et celles des PES, la réalisation d'entrevues semi-dirigées avait pour objectif de valider les outils de collecte de données, de documenter la problématique spécifique au Québec et d'identifier des répondants pour les groupes de discussion focalisée. Compte tenu de la contribution importante des membres du Comité santé et sécurité publique à l'égard des programmes de prévention des ITSS/UDI, il a été possible de documenter la problématique par région, de valider les outils de collecte des données et d'identifier des répondants aux groupes de discussion sans avoir recours à un grand nombre d'entrevues semi-dirigées. Ces dernières ont plutôt été utilisées auprès de personnes clés pouvant documenter des stratégies mises en œuvre par des organisations en vue de favoriser un arrimage entre les actions de prévention des PES et celles des services de police.

2.2.3 Les groupes de discussion focalisée

Le recueil de données par la méthode du groupe de discussion focalisée (*focus group*) fait appel à une démarche qualitative. Le groupe de discussion, animé par un modérateur est de type semi-structuré et il sert à produire de la connaissance sur un nombre limité de thèmes déterminés à l'avance^[34]. Cette démarche permet aux participants sélectionnés pour la consultation d'exprimer leurs représentations sur les thèmes identifiés et de construire une perception de la réalité sociale au moment du discours entre les individus présents au groupe de discussion. Cette démarche ne vise pas à obtenir un consensus entre les individus présents autour de la table, mais à recueillir l'information nécessaire à une analyse sociologique du problème, des besoins exprimés et des solutions proposées. Les acteurs sur le terrain sont les mieux placés pour rendre compte des situations qui les concernent directement. Ainsi, le chercheur peut prendre en compte la pluralité interprétative dans laquelle se construisent les situations sociales, et ce, grâce à l'implication des participants.

Le déroulement des groupes de discussion focalisée s'est fait selon la technique suivante : les participants prennent connaissance en même temps des objectifs de l'étude et sont informés des modalités de participation incluant le fait que les discussions soient enregistrées. Ils reçoivent la feuille explicative accompagnée d'un formulaire de consentement à participer à l'étude, ainsi que d'un formulaire d'inscription sur la liste des experts-conseils (se référer à la section sur les considérations éthiques). Une fois les formalités complétées, les répondants disposent de 10 minutes pour inscrire leurs premières impressions sur la fiche contenant la question focalisée (annexe 1). Cette feuille, qui leur sert d'aide-mémoire tout au long de la discussion, est remise au modérateur à la fin de la rencontre. Il arrive souvent que des idées qui n'ont pas été soumises à la discussion s'y retrouvent. Le chercheur peut alors analyser ces informations en parallèle avec les données recueillies lors des échanges entre les participants.

Pour la consultation sur les interactions entre les interventions policières et celles des PES, le nombre de personnes sollicitées pour la participation aux groupes de discussion a varié entre six et douze personnes^[34]. La discussion, d'une durée de deux heures s'est déroulée en trois étapes, soit : 1) les situations énoncées par les participants; 2) les problèmes soulevés par ces situations; et 3) les solutions proposées par les participants. Dans chaque séquence, un premier tour de table permettait à chacun de s'exprimer. Le débat était ensuite lancé sur les thèmes énoncés par les participants en vue de les approfondir et d'en discuter en groupe. Chaque séquence durait vingt à trente minutes au terme de laquelle la modératrice faisait un bref état de situation. À la fin de la rencontre, la modératrice restituait les principaux thèmes et demandait aux participants, lorsque nécessaire, de préciser certains aspects afin d'éclairer les chercheurs sur des points qui semblaient plus obscurs.

2.2.4 Le recrutement des participants

Le recrutement des participants aux groupes de discussion focalisée s'est fait principalement en fonction des objectifs de la consultation en respectant certaines règles méthodologiques. Afin d'éviter que ne se constituent des sous-groupes, les participants ne provenaient pas tous d'une même organisation. Ils connaissaient le thème général de la rencontre, mais ne connaissaient pas précisément le contenu des échanges afin d'éviter qu'ils ne se documentent sur le sujet. Il ne s'agissait pas de personnes ayant obligatoirement une connaissance approfondie du sujet, mais toutes devaient avoir une expérience du thème abordé. Le principal critère pour le recrutement des personnes était d'être impliqué dans une activité policière ou de santé publique impliquant des interactions avec les PES.

L'identification des personnes clés pour participer aux entrevues semi-dirigées s'est faite avec la collaboration des membres du Comité santé et sécurité publique à l'égard des programmes de prévention des ITSS/UDI. Des répondants du milieu communautaire en lien avec la problématique de l'usage de drogues par injection et des membres de l'Association pour la Défense des Droits et l'Inclusion des personnes qui Consomment des drogues du Québec (ADDICQ)⁹ ont été recrutés par la responsable de projet. Au total, 59 personnes ont été invitées à participer soit à un groupe de discussion, soit à une entrevue semi-dirigée. De ce nombre, deux personnes ont décliné l'invitation et sept se sont désistées au moment de la tenue du groupe de discussion.

Sur les 50 participants à la consultation, six ont été rencontrés en entrevue et 44 ont participé à un des huit groupes de discussion focalisée. La consultation a permis de recruter 31 participants de la région de Montréal, 16 participants de la région de Québec, deux de la région de Laval et un de l'Abitibi-Témiscamingue (figure 3). Vingt-quatre participants proviennent du milieu de la sécurité publique, 12 sont des usagers de PES, sept sont des représentants d'organismes communautaires et sept proviennent d'établissements de santé publique.

⁹ L'ADDICQ est un organisme membre de l'AQPSUD. L'ADDICQ regroupe des personnes qui consomment des drogues et leurs alliées pour la défense des droits des personnes qui consomment des drogues en vue d'une amélioration de leurs conditions de vie et de santé.

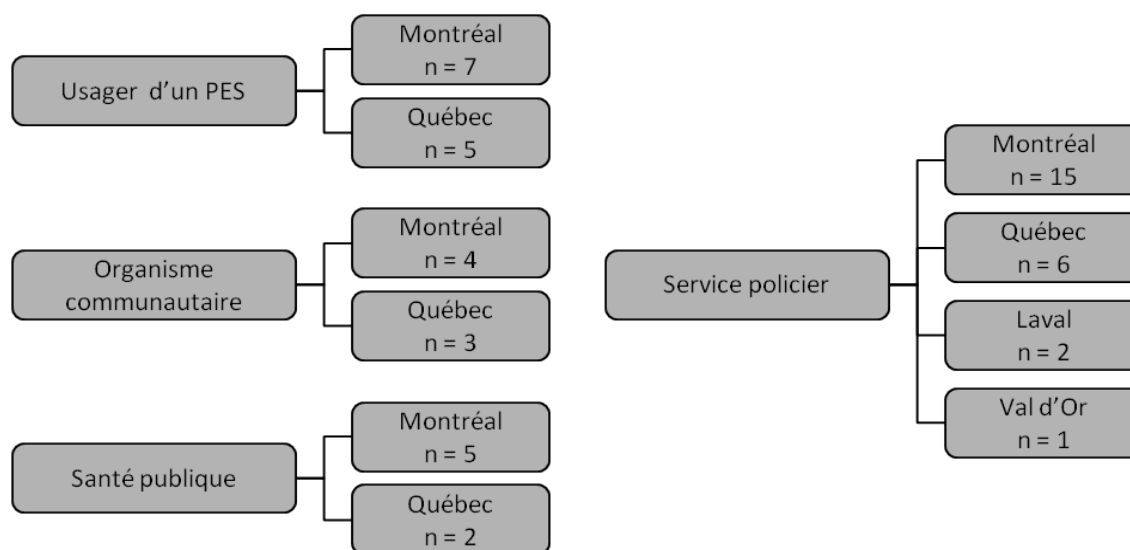


Figure 3 Participants à la consultation selon le groupe et la région, décembre 2010 à mars 2011

Toutes les personnes rencontrées avaient une connaissance suffisante de la problématique de l'usage de drogues par injection et de l'approche de prévention des infections au VIH, au VHB et au VHC par la distribution du matériel d'injection. Elles étaient au fait de situations ou d'événements impliquant des interactions entre les actions policières et celles des PES. Cette connaissance portait sur des activités de concertation intergroupe ou des activités spécifiques à la prévention en santé publique ou en sécurité publique.

2.2.5 La réalisation de la consultation

La consultation s'est déroulée entre les mois de décembre 2010 et mars 2011 auprès d'acteurs clés des milieux policier, de la santé publique et communautaire, incluant des usagers des PES qui participent aux interventions en prévention. Les thèmes proposés étaient : 1) les principaux problèmes rencontrés sur le terrain entre les actions policières et celles des PES et 2) les conditions jugées nécessaires à la réussite d'un partenariat entre les organismes communautaires, le milieu de la santé publique et celui de la sécurité publique. Les points suivants étaient proposés pour la discussion focalisée :

- Des situations vécues ou connues (positives ou négatives) impliquant des interactions entre les actions policières et les PES;
- Des problèmes observés dans l'interface entre les actions policières et les PES;
- Des solutions pouvant faciliter les relations entre les services de police et les travailleurs des PES dans l'exercice de leurs fonctions.

Les différentes questions abordées lors des entrevues et des groupes de discussion devaient permettre : 1) de mieux comprendre les problématiques rencontrées sur le terrain entre les actions policières et celles des PES et 2) d'identifier des conditions nécessaires à la réussite d'un partenariat entre les organismes communautaires, le milieu de la santé publique et celui de la sécurité publique.

Pour les entrevues et les groupes de discussion menés auprès de représentants de la santé publique, du milieu communautaire et des usagers des PES, les situations décrites concernent les effets des interventions policières sur les PES et les personnes qui les fréquentent. Dans les entrevues et les groupes de discussion menés auprès de représentants du milieu policier, ce sont les circonstances ou situations dans lesquelles les policiers interviennent dans les environs des PES qui ont été documentées. Les participants n'étaient pas informés des résultats de la recherche documentaire avant la tenue du groupe de discussion et la responsable de projet agissant à titre de modératrice a volontairement évité d'orienter la discussion en fonction des observations issues de la recension des écrits. Ces sujets étaient abordés seulement lorsque les participants les soumettaient à la discussion.

Au début de la rencontre, les participants devaient remplir un court questionnaire portant sur des questions sociodémographiques, ainsi qu'une fiche synthèse sur laquelle ils devaient formuler leurs premières idées sur les thèmes abordés. Les participants pouvaient utiliser leur fiche synthèse comme aide-mémoire tout au long de la discussion. Le questionnaire et la fiche synthèse ont été recueillis à la fin de chacune des rencontres. Cette information non nominative a été utile aux membres du groupe de projet chargé de l'analyse des données.

2.2.6 Validation des outils de la consultation

Les thèmes abordés et les grilles d'entretien ont été élaborés par les membres du groupe de travail, puis soumis à la discussion au sein du Comité santé et sécurité publique à l'égard des programmes de prévention des ITSS/UDI. Les membres du comité ont formulé des commentaires sur l'ensemble des outils de collecte de données et ils ont préparé le terrain pour la collecte de données en identifiant des participants. Une fois les critères de sélection établis, les personnes identifiées ont été contactées, soit par l'entremise d'un membre du Comité soit directement par la responsable de projet. Les représentants du milieu policier et ceux des directions de santé publique ont été proactifs dans leurs démarches pour recruter des répondants. Les participants du milieu communautaire et des usagers des PES ont été recrutés par la responsable de projet.

Compte tenu du caractère particulier de la consultation qui visait à identifier des situations problématiques et à rechercher des solutions, les membres du Comité santé et sécurité publique à l'égard des programmes de prévention des ITSS/UDI qui avaient identifié des participants à un groupe de discussion ont été invités à y participer en tant qu'observateurs. Les entrevues et les groupes de discussion ont tous été animés par la responsable de projet et se sont déroulés en présence d'un second animateur dans la majorité des cas. Une rapporteuse a assisté à toutes les rencontres et dans certains cas un observateur était présent dans la salle. Toutes les fois où un observateur était présent, l'animatrice a d'abord demandé aux participants de se prononcer sur l'acceptabilité que cet observateur soit présent dans la salle. Les participants se sont montrés intéressés ou indifférents à la présence des observateurs et aucun participant n'a manifesté le souhait que ces personnes se retirent à un moment ou à un autre de la discussion.

2.2.7 L'analyse des données

L'analyse des données doit nécessairement tenir compte du contexte dans lequel s'est déroulé le groupe de discussion focalisée. Elle doit aussi tenir compte des interactions entre les participants puisqu'une partie de la connaissance du social se construit à partir des catégories interprétatives formulées par ces acteurs lors des discussions. Dans un premier temps, la confrontation des divers points de vue favorise une compréhension élargie des situations. Dans cette compréhension intersubjective, chacun des participants voit ses interprétations confrontées et enrichies par celles des autres participants. Comme le soulignent Campenhoudt et collab. (2005)^[34], la prise en compte des convergences et des divergences interprétatives entre les participants permet de dégager une vision élargie des principaux enjeux. Les hypothèses interprétatives formulées par les participants pourront aussi être confrontées à l'analyse.

Les données recueillies lors des entrevues individuelles et des groupes de discussion ont fait l'objet d'une analyse de contenu. Lors des entrevues et des groupes de discussion, l'animatrice a pris des notes qui ont servi à animer la discussion et à préparer les catégories pour l'analyse subséquente des données. Tous les *verbatim* des entrevues et des groupes de discussion ont été retranscrits pour permettre l'analyse de contenu. Les catégories d'analyse identifiées à partir des *verbatim* ont servi à codifier tout le matériel en vue de l'analyse. Les données de tous les participants ont été agrégées et l'analyse a reposé sur des thèmes et non sur des opinions personnelles. Au total, six personnes ont contribué à l'une ou l'autre des séquences d'analyse, et ce, dans le but de favoriser la validation croisée des résultats de la première analyse.

Après avoir effectué une analyse de contenu par validation croisée entre quatre membres du groupe de projet, les catégories émergentes ont été classées selon les thèmes suivants : les PES incluant la distribution et la récupération du matériel d'injection, les risques pour la santé des intervenants et des usagers des PES, les mandats des différents acteurs et la concertation entre ces derniers. Un cinquième thème, soit l'itinérance et la marginalité dans l'environnement urbain, a aussi été abordé tant par des répondants du milieu policier que par des répondants du milieu de la santé publique et du milieu communautaire. Après discussion avec les membres du Comité santé et sécurité publique à l'égard des programmes de prévention des ITSS/UDI, il a été convenu que cette problématique relevait d'un autre comité déjà en action. Des recherches sur cette thématique sont actuellement menées par une équipe de l'Université de Montréal^{10[35]} et les membres de la Table interministérielle en itinérance issue du *Plan d'action interministériel en itinérance*^[36] seront mieux outillés pour répondre aux défis que pose cette problématique. Il faut cependant garder à l'esprit que cette problématique est intimement liée à celle de l'usage de drogues par injection et qu'elles se rejoignent sur plusieurs aspects, d'où l'importance de considérer l'implication de ces facteurs dans le déploiement des solutions sur le terrain.

L'analyse de contenu a été réalisée en tenant compte des quatre catégories d'acteurs (policiers, intervenants de santé publique, intervenants communautaires et usagers de PES). Les résultats de l'analyse ont montré une grande similarité entre les propos des participants

¹⁰ Étude de C. Bellot et ME Sylvestre sur la judiciarisation des personnes en situation d'itinérance^[35].

des trois groupes issus du milieu de la santé publique. Les usagers des PES ont été recrutés au sein de l'ADDICQ, organisme communautaire s'inspirant de l'approche de réduction des méfaits et prônant des valeurs de protection de la santé et de prévention des infections inspirées des valeurs de santé publique. Les intervenants communautaires recrutés sont impliqués dans des organisations soutenues par des programmes de santé publique. Aussi, pour des raisons pratiques et de clarté, les résultats présentés dans les tableaux thématiques de la section 4 sont regroupés sous les vocables milieu policier et milieu de la santé publique. Ce dernier regroupe les répondants de santé, les répondants communautaire, et les usagers. Lorsque des différences notables entre les trois groupes du milieu de la santé publique ont été repérées, les nuances sont présentées dans le texte.

2.2.8 Les considérations éthiques

Les informations recueillies ont été traitées de manière à protéger la confidentialité des sources. Ainsi, toutes les personnes qui ont eu accès aux informations recueillies lors des entrevues ou des groupes de discussion ont signé un serment de confidentialité, tout comme les observateurs des différents groupes de discussion. Les enregistrements numériques ont été détruits une fois l'analyse complétée et les *verbatim* sont conservés jusqu'à la fin des analyses qui se terminent avec le dépôt du rapport. Les notes prises lors des rencontres et les formulaires de consentement seront conservés dans un lieu sécuritaire à l'INSPQ pendant cinq ans et seront détruits par la suite.

De plus, aucune information permettant de retracer l'identité d'un participant n'est divulguée lors de la diffusion des résultats de la consultation. Dans le cas d'un groupe de discussion, la confidentialité des données recueillies est également tributaire de la collaboration des autres participants. Les thèmes qui ont été abordés et les mesures de confidentialité mises en œuvre font en sorte que les participants n'ont été exposés à aucun préjudice en participant à cette consultation. Cela ne leur a pas non plus profité directement.

Afin de structurer la démarche de consultation et de s'assurer que les droits des participants sont respectés en tout temps, les responsables de la consultation ont opté pour l'utilisation de trois formulaires d'adhésion à la participation à cette consultation. Tout d'abord, les responsables de la consultation se sont engagés à assurer la confidentialité des sources en signant le serment de confidentialité (annexe 1). Deux formulaires, l'un pour l'entrevue individuelle et l'autre pour le groupe de discussion, ont été utilisés pour le consentement à participer à la consultation et à l'enregistrement des entretiens. Toutefois, comme la participation s'est faite sur une base volontaire et qu'elle représente une opportunité pour les acteurs de faire connaître leurs préoccupations comme groupe et de contribuer ainsi à l'amélioration des pratiques dans le champ de la sécurité publique et de la prévention en santé publique, tous les participants se sont vus offrir la possibilité d'être nommé à titre d'expert-conseil dans le rapport. Ceux qui souhaitaient se prévaloir de cette opportunité ont signé un formulaire d'autorisation d'inscription sur la liste des experts-conseils. Cette pratique, qui vise à reconnaître la contribution des acteurs impliqués dans un processus de consultation, a engagé par ailleurs le participant à prendre part à la relecture du rapport final et à le commenter au besoin. Tous les participants demeuraient libres de se retirer de la liste des experts-conseils après avoir pris connaissance du contenu du rapport.

2.3 LIMITES MÉTHODOLOGIQUES DU RAPPORT

Comme pour toute étude, certaines limites doivent être signalées. La recension des écrits se limite aux documents publiés en français et en anglais. Certains documents internes à des organisations ont été transmis aux auteurs du rapport, mais aucune recherche systématique n'a été effectuée pour retracer tous les documents internes aux organisations sur des projets d'intervention en partenariat. La recherche documentaire sur les initiatives québécoises de collaboration entre des services de police et des organismes communautaires a permis de recenser un certain nombre de programmes destinés aux personnes ayant des problèmes de santé mentale, aux personnes en situation d'itinérance, aux personnes ayant des problèmes de dépendance ou aux travailleurs et travailleuses du sexe. Les PES comptent également parmi les initiatives qui ont bénéficié du soutien des services de police pour leur développement. Cependant, la liste n'est pas exhaustive puisque seules les initiatives ayant fait l'objet d'une publication ont été retracées. De plus, l'analyse transversale ne porte que sur les initiatives ayant fait l'objet d'une évaluation publiée.

Le recrutement des répondants à la consultation s'est fait sur la base d'une bonne connaissance du sujet par les personnes sélectionnées. Ils ont généralement été nommés en raison de leur connaissance des dossiers concernant les interactions entre les interventions policières et les interventions des PES. Toutefois, la composition des groupes de participants aurait pu être tout autre et produire des résultats différents. De plus, la majorité des participants proviennent des régions de Montréal et de Québec. Les représentants de l'Abitibi-Témiscamingue ont été peu nombreux et ne représentent pas la situation de toutes les régions du Québec. Les résultats de la consultation ne peuvent donc être généralisés à l'ensemble des acteurs de leurs catégories. Soulignons que ce n'était pas là le but de l'exercice qui a d'abord été mené pour donner la parole à des intervenants sur le terrain qui sont les mieux placés pour parler de ce qui se vit au quotidien lorsqu'on intervient auprès des personnes UDI.

3 DOCUMENTATION SUR LES INTERVENTIONS POLICIÈRES ET LES PES

La situation des personnes qui font usage de drogues par injection est à la fois complexe et singulière. D'une part, ces personnes sont ciblées par des actions de prévention en santé en raison du mode de consommation qui les expose de manière particulière aux risques de contracter le VIH, le VHB et le VHC. D'autre part, les comportements induits par la consommation peuvent aussi concerner les lois et règlements (infraction criminelle, nuisance publique) ou occasionner des appels au service d'urgence (bruit excessif, comportements dérangeants induits par une intoxication sévère)^[37]. Dans ce contexte, les policiers, dont la mission est d'assurer la paix et l'ordre par des actions de sécurité^[28], sont appelés à gérer et traiter, en première ligne, des situations où la personne est parfois agitée, en perte de contact avec la réalité et insensible à la douleur et ce, sans être outillé adéquatement pour intervenir dans une telle situation^[37]. Pour pallier ces difficultés, les services de police développent des collaborations avec des partenaires en santé et services sociaux afin d'assurer une continuité dans les actions de prévention initiées sur le terrain par les patrouilleurs. Dans une même logique, les responsables des PES se concertent avec différents acteurs du milieu que ce soit les policiers, les commerçants ou des représentants des municipalités afin d'optimiser leurs actions de prévention et de s'assurer que des seringues souillées ne se retrouvent pas dans le domaine public.

Par contre, le travail de concertation entre les policiers et les responsables des PES rencontre parfois des obstacles lorsque des actions reconnues efficaces en prévention de la criminalité affectent la capacité d'agir en prévention du VIH, du VHB et du VHC auprès des personnes UDI. Une analyse des documents publiés récemment sur les effets induits indirectement par des actions policières sur les actions des PES constitue donc une base de réflexion essentielle pour mieux circonscrire les enjeux de l'action intersectorielle et mieux planifier la concertation. Dans une même logique, les activités de prévention des PES peuvent, dans certaines circonstances, avoir un effet sur le travail des policiers en raison de la présence plus importante de personnes UDI dans les secteurs environnant les PES. Il conviendra donc de tenir compte aussi de ces aspects dans la compréhension des interactions entre les interventions policières et celles des PES.

Notons qu'il n'existe pas d'étude québécoise sur la question des interactions entre les interventions policières et celles des PES. Par contre, certaines recherches traitant de questions en lien avec des personnes marginalisées et la prévention de la criminalité^[38, 39] ainsi que d'actions intersectorielles dans la lutte au VIH/sida^[40, 41] ont été consultées en vue de caractériser le contexte québécois. Des ouvrages sur la sécurité intérieure et sur les stratégies d'intervention policière ont aussi été consultés afin de bien comprendre les rôles et les mandats des services de police en prévention de la criminalité dans les milieux urbains. Finalement, des documents québécois et étrangers sur les activités des PES ont aussi fait parti de la recension des écrits en vue de comprendre le rôle des PES en lien avec la sécurité dans les milieux de vie des citoyens.

3.1 LES ACTIONS POLIÉIÈRES VISANT LA RÉGULATION SOCIALE ET LA PROTECTION DES CITOYENS

3.1.1 Le rôle de régulateur et de protecteur du citoyen

L'existence des sociétés repose sur des mécanismes de contrôle social. Ce dernier vise à assurer la conformité des conduites des citoyens aux normes établies et ce, nous dit Loubet del Bayle dans le but de sauvegarder la cohésion et maintenir le bon fonctionnement de la collectivité^[42]. Selon cet auteur, la police est l'une des principales institutions responsables du contrôle social, et la seule qui puisse le mettre en œuvre en ayant parfois recours à l'usage de la force :

[...] la fonction policière est liée à l'existence de rapports sociaux, de relations entre individus et groupes, et de règles relatives à l'agencement de ces rapports sociaux, dont on cherche à assurer l'application et l'observation. [...] Dans cette perspective, la fonction policière apparaît alors comme la fonction dont sont investis certains membres d'un groupe pour, au nom de la collectivité, prévenir et réprimer la violation de certaines des règles qui régissent ce groupe, au besoin par des interventions coercitives faisant appel à l'usage de la force^[42].

Responsables de l'ordre social et de la conformité des conduites aux règles établies, les policiers assurent également un rôle de protection. A cet égard, Cusson et collab.^[28] documentent les activités déployées par les policiers en vue de protéger les citoyens contre les dangers de la vie en société. Ces auteurs, tout comme Loubet del Bayle^[42], soutiennent que « le rôle du policier en est un de protecteur du citoyen dans la mesure où nos sociétés ont écarté l'idée d'une auto protection par les individus eux-mêmes comme réponse aux menaces de l'environnement »^[28].

En fonction de ces considérations, on attribue généralement aux corps policiers les missions de :

- Maintenir la paix, l'ordre et la sécurité publique;
- Prévenir et réprimer le crime et les infractions aux lois;
- Rechercher les auteurs des crimes et des infractions et les traduire en justice.

Cusson et collab.^[28] notent que l'action de sécurité se déclenche lorsqu'il y a une menace réelle ou perçue et que la décision du citoyen d'appeler la police¹¹ détermine fréquemment la nature des problèmes sur lesquels les policiers auront à intervenir. Pour les policiers, l'action de sécurité comporte, dans la pratique, quatre fonctions qui sont le renseignement, la prévention, la répression et la gestion de crise^[28].

Le renseignement est un processus élaboré de cueillette, de vérification, de classification, d'analyse et de diffusion d'informations qui contribue à la planification des opérations policières dans leur ensemble. Il fournit des informations sur les délinquants et les criminels, les victimes potentielles, l'évolution de la criminalité ou certaines menaces à la sécurité publique^[28].

¹¹ Cusson et collab. (2007)^[28] nous informent que les citoyens génèrent plus de 80 % des actions de sécurité de la part des policiers.

La prévention consiste à « [...] agir de manière proactive et non coercitive en vue de réduire la fréquence ou la gravité des infractions »^[28]. On distingue généralement deux approches préventives, soit la prévention situationnelle (ou réduction des occasions) et la prévention sociale (ou par le développement social des personnes et des communautés). En raison de leurs fonctions, les policiers appliquent principalement la prévention de type situationnelle. Cette dernière approche consiste à :

[...] modifier les situations propices à la perpétration d'un délit. Essentiellement, elle a pour objectifs de rendre plus ardue l'accomplissement d'un délit, d'augmenter les risques encourus par un délinquant ou de diminuer le profit qu'il peut en tirer^[43].

La prévention situationnelle est conçue comme un mode de communication qui transmet un message aux délinquants potentiels sur la présence d'un mécanisme de surveillance (les policiers sont généralement postés dans les lieux les plus susceptibles d'être exposés à des actes liés à la criminalité) déployé en vue de prévenir l'escalade des crimes^[28]. La prévention situationnelle peut faire déplacer la criminalité vers d'autres milieux, mais elle demeure malgré tout une mesure adéquate puisqu'elle prévient un grand nombre de délits^[44, 45].

Les policiers, en partenariat avec des organismes et des institutions issus des milieux communautaires, éducatifs, municipaux et de la santé et des services sociaux, réalisent également des actions de prévention sociale. Cette approche « [...] permet d'agir sur les facteurs socio-économiques qui peuvent influencer les comportements délinquants et sur les facteurs de vulnérabilité qui caractérisent les victimes potentielles »^[46]. Elle se résume dans de nombreux cas à favoriser l'adaptation sociale des enfants et des adolescents par des activités d'éducation visant l'amélioration de leurs compétences cognitives et relationnelles^[28].

La répression - Les policiers responsables de la surveillance des secteurs jugés prioritaires pour une présence policière accrue utilisent des actions de prévention et des actions de répression. La répression prend le relais lorsque les actions préventives ont échouées. Elle vise à faire l'usage de la force dans le but soit « [...] d'empêcher qu'un délit ou un crime ne soit commis, soit pour le sanctionner »^[28].

Enfin, **la gestion de crise** vise « ...à rétablir l'ordre et la paix, à sauver les personnes en danger, à sécuriser les biens et à restaurer les contrôles sociaux momentanément en panne »^[28].

3.1.2 La politique du MSP « Vers une police plus communautaire »

Au début des années 2000, le MSP met en place une politique ministérielle^[43, 46] en vue d'améliorer l'efficacité et la légitimité des différents services de police. Cette politique reflète le consensus qui s'est dégagé sur l'opportunité d'une modernisation et d'une réorganisation des services de police du Québec sur une base communautaire. Elle répond à une demande du milieu en précisant le concept de police communautaire et en facilitant l'implantation. Elle s'appuie sur les quatre principes à la base de la police communautaire, soit 1) le rapprochement des services policiers avec les citoyens, 2) la création d'un partenariat réel avec les représentants des organismes du milieu et les institutions locales, pour mieux ancrer les services policiers au sein de la communauté, 3) une intervention policière

modernisée, orientée vers la résolution de problèmes, plutôt que purement réactive, et 4) le renforcement des actions préventives afin d'apporter des solutions à la source même des problèmes de criminalité et de délinquance.

Pour la Sûreté du Québec (SQ), la réflexion concernant l'approche communautaire a commencé en 1987 avec la création de la Direction des relations communautaires. Par la suite, c'est en 1997 « que le modèle de police de proximité a été officiellement intégré à l'offre de la SQ; tous les patrouilleurs ont alors été formés sur l'approche de résolution de problèmes et sur les façons de susciter l'implication citoyenne. »¹² La présence policière familière, la qualité du service aux citoyens, le partenariat, la consultation de la clientèle et la résolution de problèmes sont les cinq fondements de la police de proximité. Dans une perspective similaire, le Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) a mis en place, au printemps 1997, une police de quartier s'appuyant sur les principes de l'approche communautaire^[43]. Ce modèle permet aux policiers de se rapprocher des citoyens afin de mieux répondre à leurs besoins et à leurs préoccupations, notamment par une augmentation des patrouilles à pied visant à renforcer la proximité et l'accessibilité des policiers^[38].

Le modèle de police communautaire adopté par le SPVM repose sur une approche de résolution de problèmes visant à tenir compte davantage des besoins et des préoccupations des résidents et des commerçants¹³. Dans ce contexte, les citoyens de la communauté concernée sont appelés à participer au processus de résolution de problèmes. L'accent est mis sur la recherche de solutions entourant les infractions et les incidents répétitifs^[38], et ce, en vue de résoudre les problèmes de manière durable^[47]. Ainsi, les interactions entre la police et les citoyens sont canalisées vers l'identification et l'analyse du problème et finalement l'application des solutions. En général, les interventions proactives visant à résoudre les problèmes sont réalisées parallèlement aux interventions réactives qui visent à répondre aux appels des résidents et des commerçants.

Le modèle de police de quartier mis en place par le SPVM a fait l'objet d'une évaluation après cinq ans d'existence dans le but de cerner les lacunes et de proposer des solutions afin d'en augmenter l'efficacité et de mieux satisfaire les attentes de la population^[48]. Les modifications proposées visent à répondre aux besoins des citoyens en améliorant le mode de fonctionnement de la police de quartier. Une grande part des recommandations sont d'ailleurs en lien avec les attentes et les préoccupations des résidents et des commerçants, telles que la visibilité policière, les problèmes d'incivilités et de circulation, le suivi des dossiers, le partenariat et le service à la clientèle. Parmi les retombées attendues des recommandations découlant de cette évaluation se retrouvent l'augmentation du nombre de patrouilles à pied, une meilleure visibilité des postes de quartier, un meilleur suivi auprès des plaignants et des victimes, une amélioration de la qualité des services directs à la population et une amélioration du traitement des plaintes. En réponse aux préoccupations des résidents

¹² Sûreté du Québec, Police de proximité, 30 novembre 2011, <http://www.sq.gouv.qc.ca/mission-et-services/organisation/police-proximite-sq.jsp>.

¹³ Plusieurs autres villes appliquent également ces mêmes principes en mettant en place des modèles de police communautaire adaptés à la réalité de leur territoire.

et des commerçants quant aux incivilités¹⁴ et aux désordres sociaux, le SPVM a ajouté 26 codes d'appel (catégories d'incivilités permettant d'en améliorer le traitement) afin de mieux identifier les problèmes liés aux incivilités, d'assurer un suivi et d'être en mesure de dresser un bilan^[48].

L'implantation d'une police communautaire est, pour le MSP, une des voies privilégiées pour améliorer la sécurité des citoyens dans leurs milieux de vie et favoriser le rapprochement entre la police et la communauté. Cette mesure vise aussi l'établissement de partenariats pour le développement de stratégies qui tiennent compte des priorités locales ou régionales^[43]. C'est aussi dans ce contexte que s'établissent des partenariats entre les PES et les services de police au Québec. Dans les grandes villes, des agents de prévention ou agents sociocommunautaires rattachés à un poste de quartier sont chargés d'établir ce lien avec les organismes communautaires en vue d'une concertation sur les enjeux jugés prioritaires.

Au sein des postes de quartier du SPVM, l'agent sociocommunautaire est la personne privilégiée pour établir les relations avec la communauté. Au Service de la police de la ville de Québec, ce sont des agents de prévention qui jouent ce rôle d'interface avec la communauté. Ces agents ont pour mandat de développer des relations de partenariat avec les organismes communautaires et les institutions du quartier; de guider les patrouilleurs dans la résolution de problématiques de sécurité publique; de réaliser des programmes de prévention dans le quartier; et de rencontrer les jeunes, les personnes âgées et les représentants d'entreprises pour leur donner des conseils de sécurité et de prévention.

3.1.3 Comprendre les approches pour prévenir ou réduire les problèmes liés à la drogue

Plusieurs stratégies sont utilisées par les policiers afin d'assurer la paix, l'ordre et la sécurité publique dans le domaine public et des études ont été réalisées pour évaluer les effets de ces méthodes. L'équipe de recherche de l'Université du Queensland en Australie, dirigée par la professeure Mazerolle¹⁵, s'est intéressée à la question de l'efficacité des interventions d'application de la loi visant à réduire ou prévenir les problèmes liés à la drogue¹⁶, et ce, dans une perspective d'amélioration des approches policières en prévention de la criminalité. La revue systématique de la documentation proposée par Mazerolle et collab.^[49], bien qu'elle ne comporte pas d'étude québécoise, offre un aperçu de la diversité des approches développées dans différents pays pour faire face aux problèmes liés à la drogue.

¹⁴ Exemples d'incivilités : présence de prostitué(e)s et sollicitation; présence dérangeante d'itinérants; présence dérangeante de mendiants; regroupement de jeunes sur la voie publique; consommation d'alcool sur la voie publique; usage de drogue en public; vente de drogue dans la rue, les parcs ou autres lieux publics; violences verbales; comportements incivils (crachats, uriner, impolitesse, dépôt d'ordures, jet de débris); violences légères, bagarres, bousculades.

¹⁵ Lorraine Mazerolle est la fondatrice du Australian Research Council (ARC) Centre of Excellence in Policing and Security (CEPS).

¹⁶ Cette étude avait pour objectif de produire une méta-analyse des évaluations des interventions liées à l'application de la Loi sur les drogues, et ce, à tous les niveaux. Les interventions visant à réduire et prévenir les problèmes liés à la drogue tels que l'usage, le trafic, l'approvisionnement, la demande et les problèmes associés aux lieux de trafic de la drogue ont été ciblées. L'analyse porte sur des interventions appliquées par du personnel policier et qui touchent les drogues illicites (héroïne, cocaïne, méthamphétamine, cannabis...).

L'analyse de Mazerolle et collab.^[49] a permis de retracer 155 études portant sur 132 interventions policières distinctes ayant fait l'objet d'une évaluation. De ces 132 interventions évaluées (IE), neuf étaient de nature internationale et portaient sur les saisies de drogues, l'éradication des cultures et la combinaison de ces deux approches. Parmi les interventions internes aux pays, les auteurs ont répertorié des approches qu'ils qualifient de **réactives/ciblées** (29 IE), de **proactives en partenariat** (45 IE), **d'approches individualisées** (19 IE) et **d'approches combinées proactives réactives** (30 IE)^[49]. Les approches réactives/ciblées sont les frappes policières (*crackdown*)¹⁷ (20 IE), les descentes policières (*raids*)¹⁸ (2 IE), les opérations clandestines (*undercover*)¹⁹ (2 IE), l'intensification des actions de sécurité (*intensive policing*)²⁰ (3 IE) et les enquêtes avec saisies (*search and seizures*)²¹ (2 IE).

Les approches proactives en partenariat regroupent les programmes de coopération avec les citoyens dans la lutte à la criminalité (*third party policing*, *civil remedy* et *drug nuisance abatement*)²² (17 IE), la police communautaire²³ (15 IE), les groupes de travail multijuridictionnels (*multijurisdictionnal taskforce*)²⁴ (6 IE), la prévention du crime par l'aménagement de l'environnement urbain²⁵ (2 IE), la création de zones sans drogue²⁶ (1 IE) et les approches de résolution de problèmes en partenariat²⁷ (4 IE). Les auteurs ont recensé 19 évaluations portant sur des approches individualisées, soit les arrestations avec référence vers un service d'aide²⁸ (11 IE) et les interventions de déviation (*diversion*)²⁹ (8 IE).

¹⁷ Les *crackdown* sont des opérations concertées d'intensification des actions policières avec une cible précise. Ces opérations visent le trafic et l'usage de drogues et les comportements qui y sont associés et ont pour objectif d'agir sur la disponibilité de drogue et les activités liées au trafic dans la rue.

¹⁸ Les descentes policières sont dirigées vers des propriétés privées ou des commerces et elles s'accompagnent d'arrestations et d'une saisie de drogues.

¹⁹ Les opérations clandestines reposent sur des enquêtes au long cours, des tactiques pour épingler les trafiquants, voire le recours à des informateurs.

²⁰ L'intensification des actions policières se fonde sur une présence accrue dans un secteur et des opérations de nettoyage visant à faire pression sur le trafic de la drogue.

²¹ Les enquêtes avec saisie se sont principalement développées avec la production des drogues chimiques dans les laboratoires clandestins. Elles ont pour objectif de démanteler les réseaux de trafic en ciblant les fabricants.

²² Dans ce type de programme, il est possible d'avoir recours à la réglementation pour réduire les problèmes de criminalité et d'incivilité. Ce sont souvent des actions de dissuasion et des dispositions visant à réduire l'offre de drogues par l'arrestation des vendeurs.

²³ La police communautaire est une approche policière visant à résoudre les problèmes de sécurité et de criminalité par le rapprochement des policiers avec les citoyens, l'établissement de partenariat, le recours à des techniques de résolution de problèmes et le renforcement des mesures préventives.

²⁴ Les groupes multi juridictionnels visent la mise en commun d'expertises et d'informations permettant de procéder à des arrestations, des saisies, etc., en vue de démanteler le marché de la drogue.

²⁵ Ces actions visent à prévenir la criminalité en modifiant les lieux physiques de l'environnement comme la présence de caméras, l'aménagement des espaces vacants et autres mesures de dissuasion pour les usagers de drogues et les trafiquants.

²⁶ Ces mesures visent à exclure les contrevenants de certaines zones désignées (quadrilatère désigné) afin de faire cesser les activités liées à la drogue dans ce secteur.

²⁷ Ici, les auteurs ont retenu des évaluations d'approches en partenariat qui visaient à résoudre les problèmes liés à la drogue en mettant l'accent sur le commerce.

²⁸ La référence vers un traitement de la dépendance lors d'une arrestation est un exemple de ce type d'intervention.

²⁹ Elles ont pour objectif d'éviter la criminalisation des contrevenants et proposent des alternatives d'éducation ou des programmes d'aide aux personnes dépendantes.

Finalement, les approches combinées proactives réactives sont celles regroupant une multiplicité d'approches dont celle de résolution de problèmes (30 IE)^[49].

Les résultats de cette méta-analyse montrent que les enquêtes avec saisies, les programmes de coopération avec les citoyens, la police communautaire, la prévention du crime par l'aménagement des espaces urbains et les approches de résolution de problèmes contribuent à réduire les conséquences sociales et économiques associées aux problèmes liés à la drogue. Pour les approches individualisées, les interventions avec références et les interventions de diversion s'avèrent efficaces pour la prévention de la criminalité tout comme les approches combinées. À l'inverse, les approches qui se sont montrées les moins efficaces sont les saisies de drogues et les efforts d'éradication des cultures, ainsi que bon nombre d'approches réactives/ciblées telles que les *crackdown*, les descentes de police, les opérations secrètes ou clandestines et l'intensification des interventions policières^[49]. Il faut souligner que ces cinq dernières approches n'ont pas pour objectif premier de réduire et prévenir les conséquences sociales et économiques associées à la drogue, mais sont plutôt orientées vers la réduction de l'offre et de la demande de drogues et le renforcement du message sur l'illégalité de l'usage des drogues. À cet égard, la comparaison entre des approches orientées vers la réduction de l'offre et celles proactives en partenariat peut avoir pour effet d'introduire un biais dans l'interprétation des résultats.

Mazerolle et collab.^[49] émettent, eux aussi, certaines réserves quant à une interprétation trop linéaire des résultats de ces 132 interventions évaluées. Ces interventions ont été menées dans plusieurs pays et certaines limites liées aux devis des études ne permettent pas de tenir compte de l'importance de facteurs tels que la place du marché de la drogue (interne ou externe aux pays) et les lois internes à chaque pays ainsi que d'autres aspects plus spécifiques aux régions ou localités où se sont déroulées ces interventions. Les auteurs concluent que des approches ont été plus efficaces que d'autres dans les contextes particuliers dans lesquels elles ont été utilisées sans que cette évaluation disqualifie les approches qui ont montré une moins bonne performance. Les auteurs estiment que d'autres études seront utiles pour poursuivre cette analyse. Par ailleurs, cette revue exhaustive de la documentation a le mérite d'apporter un éclairage sur les moyens mis à la disposition des services policiers pour intervenir dans le champ de la prévention de la criminalité et la gestion de l'ordre public et d'en comprendre l'utilité lorsqu'il est question d'assurer la sécurité des citoyens.

3.2 LES ACTIONS DES PES VISANT LA SÉCURITÉ DANS LES MILIEUX DE VIE DES CITOYENS

Les tout premiers PES ont été financés par des fonds privés, souvent en réponse à des préoccupations de sécurité et de nuisances exprimées par les résidents et les commerçants des quartiers où se concentraient des personnes UDI^[50]. Les personnes qui s'injectaient dans les espaces publics avec des équipements inadéquats s'exposaient aux risques de contracter le VIH, tandis que le matériel d'injection, abandonné sur place après l'injection, entraînait des risques accrus pour la transmission des infections au VIH au sein de la population. De plus, les personnes UDI infectées constituaient une préoccupation majeure de santé publique en raison des risques de transmission par le partage du matériel et les relations sexuelles non protégées. Les premiers PES ont été implantés en Allemagne et aux

Pays-Bas (Amsterdam) en 1984^[51] et, en 2009, tous les pays de l'Union européenne avaient des PES^[52].

3.2.1 Limiter la transmission des infections au VIH et au VHC

Au début des années 1980, la préoccupation entourant la transmission du VIH chez les personnes qui s'injectaient des drogues est vite devenue centrale dans le développement des PES à travers le monde^[52, 53]. Les autorités de santé publique ont rapidement réagi pour limiter la transmission des infections au VIH et la distribution de matériel stérile s'est avérée la première mesure à mettre en place. Les PES s'inscrivent dans une stratégie globale de réduction des méfaits^[54, 55] liés à l'usage de drogues et sont un élément essentiel dans la prévention du VIH et du VHC auprès des personnes UDI^[13, 17, 56]. Les services offerts dans les PES sont la distribution et la récupération du matériel d'injection, mais aussi de nombreux services en lien avec les conditions de santé des personnes UDI^[57, 58].

Au Québec, le terme PES désigne surtout les organismes communautaires qui se spécialisent dans la prévention des ITSS auprès des personnes UDI comme Cactus-Montréal, Spectre de Rue, Dopamine et Point de Repères. Par contre l'accès à du matériel d'injection stérile dans le cadre de la stratégie de lutte aux ITSS est offert au travers un vaste réseau de centres d'accès au matériel d'injection (CAMI). En 2011, 933 pharmacies, 439 établissements du réseau de la santé et des services sociaux et 78 organismes communautaires situés dans 16 régions du Québec faisaient partie du réseau des CAMI^[59]. L'ensemble de ces CAMI a permis de distribuer 1 319 022 seringues dont 870 338 dans les PES (désigné sous le vocable centre spécialisé de prévention des ITSS auprès des personnes UDI) de Montréal et de Québec^[59].

Les personnes UDI qui se rendent dans les PES ont accès à du matériel d'injection stérile et à de nombreux autres services sociaux et de santé. Ils ont accès à de l'information sur l'injection sécuritaire et sur les moyens alternatifs de consommer à moindre risque. Les personnes en crise trouvent généralement de l'aide et peuvent être accompagnées par un intervenant dans leur recherche de solution. La référence vers d'autres services sociaux et de santé est aussi possible lorsque la personne en fait la demande. Plusieurs PES reçoivent la visite des infirmières du CLSC dans le cadre du programme SIDEP (service intégré de dépistage et de prévention). La présence de l'infirmière au PES permet aux personnes qui le désirent de se faire dépister pour le VIH, le VHC et les autres ITS et de recevoir la vaccination contre l'hépatite B. Dans certains cas, les personnes atteintes du VIH ou du VHC ainsi que les personnes en traitement de la dépendance aux opioïdes peuvent être suivies par des professionnels de la santé qui se rendent dans les locaux des PES pour assurer une continuité de services avec le réseau de la santé et des services sociaux.

Le travail de proximité fait aussi partie de l'offre de service des PES. Il permet d'établir des liens avec des personnes UDI très marginalisées et de les mettre en contact avec des services de prévention et de santé^[57]. L'autonomisation des personnes UDI et leur intégration sociale passent aussi par une participation active à la prévention et à la promotion d'habitudes de vie permettant de réduire les méfaits liés à l'usage de drogues. À cet égard, plusieurs PES soutiennent la participation des personnes UDI au sein de projets de reconnaissance de l'action communautaire, de projets de mobilisation pour la défense

des droits et la promotion de la santé ainsi que de projets d'actions préventives par des pairs^[60, 61].

Toutes ces actions font en sorte que les personnes UDI sont moins isolées et qu'elles ont accès à des conseils sur les meilleures façons de prévenir la transmission des infections et de protéger les autres citoyens par la récupération du matériel souillé. De plus, l'accès à l'ensemble des services offerts dans les PES favorise leur intégration sociale et limite les nuisances dans le domaine public

3.2.2 La récupération du matériel d'injection

La récupération des seringues fait aussi partie des objectifs des PES et plusieurs moyens ont été déployés afin de limiter la présence de seringues dans les milieux de vie des citoyens. Dans l'arrondissement de la Cité de la ville de Québec, des boîtes de récupération extérieures ont été installées dans la communauté et des travailleurs bénévoles assurent la récupération dans les lieux publics^[61]. À Montréal, des initiatives similaires ont aussi été développées par les organismes communautaires qui interviennent auprès des personnes UDI. Des boîtes de récupération extérieures sont accessibles dans les lieux publics permettant de réduire le nombre de seringues à la traîne dans les lieux les plus fréquentés par les consommateurs^[57]. Ces initiatives sont généralement soutenues par les directions de santé publique (DSP) qui mobilisent les principaux acteurs concernés par la présence de seringues dans le domaine public. Pour la ville de Montréal, un comité régional regroupant des représentants de la DSP, de la Ville de Montréal, du SPVM, des organismes communautaires d'accès au matériel d'injection et des centres de santé et de services sociaux (CSSS) a été créé pour coordonner la récupération des seringues laissées dans des lieux inappropriés^[57].

En 2006, l'implantation par le MSSS d'un système intégré de récupération des seringues et des aiguilles usagées^[62] a favorisé la participation des établissements du réseau de la santé et des pharmacies à la récupération du matériel souillés. Ce système permet de récupérer tous les objets piquants et tranchants comportant des risques pour la transmission du VIH et des hépatites B et C sans égard à la provenance^[63]. Des contenants individuels de récupération sont aussi disponibles pour toutes personnes qui utilisent des seringues, soit pour des autosoins³⁰ ou l'injection de drogues. Cette mesure vise à diminuer les risques de piqûres accidentelles sur du matériel souillé.

3.2.3 Limiter les nuisances dans le domaine public

De manière générale, les dispositifs de réduction des méfaits comme les PES suscitent des inquiétudes quant aux nuisances potentielles pour les résidents ou pour les commerçants des secteurs où ils s'implantent^[64-66]. Les effets sur l'ordre public et la criminalité sont toutefois peu documentés pour les PES. Par ailleurs, ces effets sont de plus en plus étudiés avec le développement des services d'injection supervisée (SIS) implantés à Vancouver et à

³⁰ L'utilisation de seringues pour l'administration d'autosoins à la maison est assez répandue que ce soit pour l'injection d'insuline chez les personnes diabétiques, le traitement de maladies auto-immunes telles que la sclérose en plaques, la dialyse péritonéale dans le cas d'insuffisance rénale, l'administration d'antibiotiques, la chimiothérapie, l'injection de narcotiques en soins palliatifs.

Sydney en Australie. Il s'avère que les principales nuisances appréhendées comme la présence d'un grand nombre de consommateurs, les seringues et le matériel d'injection à la traîne et une augmentation de la criminalité dans le secteur d'un PES ne soient pas aussi importantes. Des études menées lors de l'implantation des services d'injection supervisée (SIS) de Sydney en Australie^[67-69] et de Vancouver au Canada^[70-72] ont démontré qu'un tel dispositif de réduction des méfaits, n'entraînait pas d'augmentation des délits, des vols et des activités illégales reliées aux drogues ni des infractions contre les biens ou les personnes dans les secteurs où ils étaient implantés. Ces études ont aussi montré que ces dispositifs n'avaient pas eu d'effet sur le nombre d'infractions aux lois interdisant l'usage ou le trafic de drogues dans ces mêmes secteurs.

Outre les études de Kubler et Wälti^[64] et Kubler (2000)^[73], il existe peu d'études qui décrivent des nuisances liées aux approches de réduction des méfaits. Ces auteurs ont documenté des inconvénients liés principalement à la présence de scènes ouvertes de consommation de drogues dans 12 grandes villes européennes lors de l'implantation des tout premiers PES. Dans l'optique d'accroître l'efficacité des PES, les professionnels de l'approche de réduction des méfaits avaient introduit le concept de zone de tolérance de la consommation dans les secteurs des PES. La création de ces zones de tolérance de la consommation dans 9 villes Suisses, ainsi qu'à Frankfort, Amsterdam et Glasgow a engendré une concentration de consommateurs en provenance d'autres villes où il n'existait pas de programme de réduction des méfaits^[64].

Cette situation a engendré des problèmes économiques et sociaux importants qui ont forcé les autorités de santé publique et de sécurité publique de ces 12 grandes villes européennes à se doter d'une structure de coordination en vue de se concerter sur les actions des PES. Cette structure de coordination, réunissant la police et les intervenants de santé publique (incluant les travailleurs sociaux et communautaires impliqués dans les dispositifs de réduction des méfaits), favorisait la prise de décisions sur une base consensuelle. Ce lieu de concertation s'est avéré un catalyseur important dans la transformation des perceptions que les policiers et les intervenants sociaux avaient les uns des autres. Ils ne se percevaient plus comme des ennemis, mais davantage comme des partenaires dans la recherche de solutions pour réduire les conséquences néfastes entourant l'usage de drogue^[64]. De plus, dans ces villes, le concept de zone de tolérance de la consommation dans les secteurs des PES a été abandonné au profit d'une plus grande reconnaissance des PES et d'un élargissement de la capacité d'accueil des personnes UDI dans les lieux physiques que sont les PES. C'est aussi dans ces villes européennes que sont apparus les premiers SIS. Ces structures permettent d'éviter que les personnes UDI ne s'injectent dans les lieux publics tout en limitant l'obligation de créer des zones de tolérance. Cette orientation n'a cependant pas aboli l'obligation d'une certaine tolérance envers les personnes qui se rendent dans les programmes de réduction des méfaits et c'est au sein des comités de coordination que ce négocient les ententes entre les représentants de l'ordre public et ceux de santé publique.

3.2.4 L'acceptabilité sociale

Contrairement aux appréhensions des résidents et des commerçants, les résultats de la majorité des études, réalisées autour des plus récents dispositifs de réduction des méfaits que sont les SIS de Vancouver et de Sydney en Australie, montrent des effets bénéfiques

sur l'ordre public et sur la qualité du milieu de vie. Une étude^[70] basée sur quatre indicateurs de désordre public (nombre d'usagers s'injectant en public, nombre de seringues et autre matériel jetés dans les lieux publics et nombre de trafiquants de drogues présumés dans le secteur) montre une diminution des nuisances sans augmentation du nombre de trafiquants suite à l'ouverture d'un SIS^[70]. Ces derniers indiquent que les résultats observés concordent avec les statistiques compilées par la ville de Vancouver sur la baisse du matériel d'injection laissé dans les lieux publics. Des études ont aussi démontré que l'utilisation du SIS entraînait une diminution de l'injection dans les lieux publics et la récupération de manière plus sécuritaire des seringues par les personnes UDI^[7, 67, 74]. Des résultats similaires avaient été observés dans les rapports d'évaluation sur les dispositifs européens^[8, 75].

Malgré le fait que les PES n'aient pas fait l'objet d'évaluations aussi exhaustives entourant les effets sur l'ordre public et la sécurité dans les milieux de vie des citoyens, il est raisonnable de croire qu'ils contribuent à leur manière à sécuriser l'espace public tant par les actions de récupération du matériel souillé que par les activités éducatives auprès des personnes UDI. Comme ils sont devenus, au fil des années, des lieux d'insertion sociale et de prise en charge des personnes UDI, les PES peuvent contribuer à la sécurité des résidents et des commerçants des quartiers où ils sont implantés.

3.3 AUGMENTER L'EFFICACITÉ DES PES SANS COMPROMETTRE LA SÉCURITÉ DES CITOYENS

Pour répondre à la préoccupation des membres du Comité santé et sécurité publique à l'égard des programmes de prévention des ITSS/UDI sur les effets possibles des interventions policières sur les PES et sur des stratégies déployées dans un environnement de réduction des méfaits, l'équipe de projet a procédé à une revue de la documentation nationale et internationale. La recherche documentaire a permis de retracer 17 études qui traitaient plus spécifiquement de ces questions. Les caractéristiques de ces études^[32, 38, 39, 49, 76-88] sont présentées à l'annexe 2. Ce sont des revues de la documentation (n = 3), des études qualitatives (n = 8), des analyses statistiques sur les effets des lois et de leur application (n = 3) et des études permettant de mesurer les effets de l'application de la loi sur les personnes UDI (n = 3). Trois champs spécifiques d'interaction entre des activités policières et des activités des PES ont été documentés soit : 1) les effets de l'application des lois sur les drogues illicites sur les PES et les personnes qui les fréquentent; 2) les effets de la prévention de la criminalité et de la gestion de l'ordre public sur des personnes en situation d'itinérance; et 3) les pratiques policières dans un environnement de réduction des méfaits.

Il convient de noter que ces études ont été réalisées entre les années 1995 et 2009 et pourraient ne pas refléter la situation actuelle. De plus, aucune de ces études n'a été réalisée au Québec. Par contre, les informations tirées de cette revue de la documentation constituent une mine de renseignements essentielle permettant d'anticiper des effets indésirables dont il faudra tenir compte dans la recherche de solutions. À cela s'ajoutent des indications sur des expériences de pratiques policières dans un environnement de réduction des méfaits.

3.3.1 Les effets de l'application des lois sur les drogues sur les PES et les personnes qui les fréquentent

Les stratégies policières mises en place visent à réduire l'offre et la demande de drogues en milieu urbain, mais elles ont aussi pour objectif d'assurer la sécurité de la population et agir sur les éléments qui nuisent à la qualité de vie des citoyens. Sans nier l'importance des irritants causés par la présence de rebus de matériel d'injection dans les espaces publics, les risques pour la population et le sentiment d'insécurité qui caractérise les secteurs à forte densité de consommateurs, des auteurs américains^[80, 81], australiens^[49] et canadiens^[85] ont observé que des stratégies policières peuvent aussi avoir des effets sur les usagers des PES. Plusieurs auteurs ont mis en évidence les effets de l'intensification de l'application de la loi sur les consommateurs de drogues et sur la prévention et la prise en charge des problèmes de santé de ces personnes^[32, 49, 76-78, 80, 83-87]. Ces études, bien que réalisées ailleurs qu'au Québec, permettent tout de même de comprendre les principaux effets des interventions policières visant à réduire l'offre et la demande de drogues dans l'espace public sur les comportements à risque des personnes UDI. Elles sont répertoriées au tableau 1, tandis que les caractéristiques de ces études sont présentées à l'annexe 2.

Les auteurs qui se sont attardés aux effets de l'application des lois dans le champ de l'usage de drogues soulignent que ces dernières peuvent, dans certains cas, entraîner des modifications dans les pratiques de consommation des personnes UDI. Elles pourraient augmenter les risques pour la santé des consommateurs et parfois même de la population des quartiers où vivent les personnes UDI^[32, 76-83, 85, 87, 88]. Les principaux effets observés sont la réticence à garder une seringue sur soi, la préparation et l'injection de drogues qui sont faites à la hâte et le rangement et la dissimulation non sécuritaire de la drogue (tableau 1). La réticence à garder une seringue sur soi peut avoir pour conséquences une mise au rebut non sécuritaire du matériel d'injection, une augmentation du risque de partager les seringues et une augmentation du risque de contracter le VIH ou le VHB et le VHC^[32, 76, 77, 79-81, 85-88].

De la même manière, la préparation de la drogue à la hâte pourrait entraîner l'injection de trop grandes quantités de drogues, de drogues non filtrées ainsi que des risques d'accident vasculaire et d'abcès (tableau 1)^[32, 79-81, 85, 87]. Quant au rangement et à la dissimulation non sécuritaire de la drogue, cela peut représenter un risque à la santé lorsque la drogue est dissimulée dans des cavités corporelles^[32, 76, 81, 85]. Les pressions induites par une intervention policière soutenue auraient aussi pour effet d'augmenter les pratiques d'injection non sécuritaires dans des lieux non appropriés^[32, 76, 77, 80, 85, 87]. Finalement, Csete (2007)^[32, 86], ainsi que Wood et collab. (2004)^[32, 86] indiquent que l'intensification de l'application de la loi peut également entraîner, dans certains cas, une transition vers la consommation par injection chez des consommateurs de drogues non injecteurs puisque ce mode de consommation nécessite des quantités moindres de drogues pour obtenir des effets similaires.

Tableau 1 Analyse de la documentation sur les effets des interventions policières sur les pratiques et les comportements des personnes UDI

Réactions documentées	Effets observés	Auteurs
Réticence à garder une seringue sur soi et mise au rebut d'instruments d'injection de manière non sécuritaire	• Augmentation du risque d'échange de seringues entre personnes UDI • Augmentation du risque d'utiliser des seringues usagées • Augmentation du risque de contracter le VIH	Aitken et collab. (2002) Cooper et collab. (2005) Csete (2007) Davis et collab. (2005) Kerr et collab. (2005) Maher et Dixon (1999) Rhodes et collab. (2006) Small et collab. (2006) Werb et collab. (2008) Wood et collab. (2004)
Préparation et injection de drogues faites à la hâte	• Utilisation de seringues souillées • Consommation de trop grandes doses • Risque d'accident vasculaire • Risque d'abcès	Cooper et collab. (2005) Csete (2007) Davis et collab. (2005) Kerr et collab. (2005) Rhodes et collab. (2006) Small et collab. (2006)
Diminution du recours à un PES	• Augmentation du risque lié à des pratiques non sécuritaires	Aitken et collab. (2002) Cooper et collab. (2005) Davis et collab. (2005) Kerr et collab. (2005) Small et collab. (2006) Wood et collab. (2004)
Transition vers l'injection ou changement dans la quantité de drogues consommées	• Augmentation du risque lié aux pratiques d'injection • Consommation de trop grandes doses	Csete (2007) Wood et collab. (2004)
Rangement et dissimulation non sécuritaire de la drogue	• Danger lorsque la drogue est dissimulée dans des cavités corporelles	Cooper et collab. (2005) Csete (2007) Kerr et collab. (2005) Maher et Dixon (1999)
Déplacement des utilisateurs de drogues et du marché	• Difficultés pour les personnes UDI de recourir aux services habituels et pour les intervenants de rejoindre les personnes UDI • Déstabilisation des réseaux sociaux et d'injection • Exposition de nouvelles communautés à l'usage de drogues • Présence sur le marché de fausses drogues ou de produits dilués	Aitken et collab. (2002) Csete (2007) Kerr et collab. (2005) Maher et Dixon (1999) Small et collab. (2006) Wood et collab. (2004)
Diminution du recours aux services de santé et de prévention	• Accès restreint à de l'assistance ou à des soins	Davis et collab. (2005) Kerr et collab. (2005) Small et collab. (2006)
Hausse de l'incarcération	• Augmentation du risque parce que les personnes UDI n'ont pas accès à du matériel sécuritaire (seringues, désinfectant, condoms, etc.)	Csete (2007)
Exacerbation de la stigmatisation, de la marginalisation et de la peur	• Incapacité de s'adresser à la police pour demander de l'aide • Éclatement des réseaux d'injections (soutien social)	Csete (2007) Kerr et collab. (2005) Small et collab. (2006)
Augmentation de la violence et de la fraude	• Diminution du sentiment de sécurité	Aitken et collab. (2002) Cooper et collab. (2004) Dixon et Maher (2002)

Des auteurs^[77, 80, 81, 85-87] se sont questionnés sur les effets d'une présence policière accrue dans les zones fréquentées par des consommateurs de drogues. Ils ont observé des effets négatifs sur la récupération sécuritaire du matériel souillé ainsi qu'une diminution de l'accès au matériel d'injection pour les personnes UDI (tableau 1). Dans les milieux avec forte présence policière et interventions visant les utilisateurs de PES, les auteurs observent une réticence de la part des personnes UDI à se rendre dans les ressources pour se procurer du matériel stérile. Cette réticence est généralement associée à une augmentation des pratiques d'injection non sécuritaires, du partage de matériel d'injection et du risque de contracter le VIH, le VHB et le VHC^[77, 80, 81, 85, 87]. La crainte d'être interpellé avec du matériel sur soi et d'être arrêté pour possession de seringues peut également entraîner une diminution de la récupération sécuritaire du matériel d'injection^[85-87].

Selon les auteurs consultés, la pression exercée par les policiers sur le marché de la drogue et sur les consommateurs peut aussi se traduire par un déplacement du marché et des consommateurs vers d'autres secteurs de la ville (tableau 1)^[32, 76, 77, 85-87]. Ce déplacement ne semble pas être sans conséquence, et ce, autant pour les personnes UDI que pour les communautés concernées. Le déplacement des personnes UDI peut contribuer à une augmentation des risques à la santé liés à une diminution de l'accès à du matériel d'injection stérile et à une augmentation de l'utilisation de seringues usagées et peut entraîner une interruption de l'utilisation des services de santé et de prévention^[80, 85, 87].

Small et collab. (2006)^[87], indiquent qu'une présence policière accrue peut aussi rendre le travail des intervenants de santé plus difficile. Si la présence policière est perçue comme menaçante, elle peut limiter les interventions des infirmières de rue auprès des personnes UDI. Comme les services sont généralement offerts dans les secteurs où les activités liées à la drogue ont lieu, l'accès aux services médicaux et aux programmes de réduction des méfaits peut être compromis lorsqu'il y a déplacement des personnes UDI^[32, 87]. Ces personnes peuvent également être moins enclines à recourir aux services de santé en cas de surdose et à demander l'aide des policiers si elles craignent d'être arrêtées par la suite^[32, 85, 87].

Csete^[32] ainsi que Wood et collab.^[86] ont observé que dans les lieux touchés par un déplacement des personnes UDI, il y a une diminution du sentiment de sécurité au sein des membres de la communauté, un accroissement du trafic de drogues, une augmentation de l'utilisation de drogues et des injections faites en public, ainsi que la présence de seringues usagées disposées de manière non sécuritaire dans le domaine public (tableau 1). Ce type de déplacement semble également avoir des effets sur la propagation des infections en raison d'une reconfiguration des réseaux sociaux des personnes UDI favorisant l'émergence de nouveaux systèmes de partage de seringues^[85]. Aitken et collab.^[77] ont également observé que le déplacement du marché de la drogue et des personnes UDI peut mettre une pression sur les programmes de réduction des méfaits mis en place dans ces villes et nuire à leur maintien en plus de contribuer à l'augmentation des activités liées à la drogue dans les villes voisines. Small et collab.^[87] ainsi que Cooper et collab.^[83] ont observé pour leur part que ces déplacements peuvent aussi avoir des impacts sur la santé des non-utilisateurs de drogues par la présence de seringues dans leur environnement. Aitken et collab.^[77] soulignent aussi une augmentation de la fraude et de la violence consécutive à une opération de nettoyage d'un secteur de Melbourne en Australie. La difficulté à se procurer la

drogue et la crainte d'être interpellé seraient en grande partie responsables de cette situation liée aux effets de l'application des lois sur les drogues.

Ces données tirées de la documentation canadienne et étrangère dressent un portrait multifacettes des réactions des personnes UDI face aux interventions policières et des effets observés sur la prévention. Même si toutes ces situations ne correspondent pas nécessairement à la situation québécoise elles ne sont souhaitées ni par les policiers, ni par les intervenants en prévention du VIH, du VHB et du VHC auprès des personnes UDI. Cette description, à partir de la documentation canadienne et étrangère, se voulait le plus exhaustive possible, et ce, dans le but de soutenir la réflexion pour une harmonisation de pratiques entre le secteur de la santé et communautaire et les services de police.

3.3.2 Les effets de la prévention de la criminalité et de la gestion de l'ordre public sur les usagers des PES

Bien qu'il n'existe pas d'étude au Québec permettant de rendre compte spécifiquement des effets de la prévention de la criminalité et de la gestion de l'ordre public sur les personnes UDI et leur exposition aux risques d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), deux études^[38, 39] se sont intéressées aux effets de la prévention de la criminalité et de la gestion de l'ordre public sur des personnes en situation d'itinérance. Celles-ci permettent d'appréhender certains effets similaires à ceux documentés à la section précédente. Les personnes UDI en situation d'itinérance présentent souvent des problèmes concomitants de santé mentale et de toxicomanie en plus de problèmes de santé physique. Ces personnes se retrouvent dans les endroits publics et sont donc plus susceptibles d'être interpellées par les policiers même si leurs délits sont mineurs (désordres, incivilités, etc.) et ne sont pas liés à la consommation de drogues. À titre d'exemple, l'enquête menée par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse en 2009 dans la région de Montréal montre qu'une bonne partie des interpellations des personnes en situation d'itinérance sont associées à des problèmes de toxicomanie^[38].

L'étude réalisée en 2005 par Bellot et collab.^[39] met aussi en évidence l'importance des constats d'infractions liés à la consommation de drogues et d'alcool dans les lieux publics. Parmi les infractions les plus souvent reprochées aux personnes en situation d'itinérance à la Ville de Montréal se retrouvent le fait d'avoir consommé des boissons alcoolisées sur le domaine public (20,8 %), d'avoir flâné ivre sur une voie ou une place publique (18,9 %), de gêner ou d'entraver la libre circulation, en s'immobilisant, rôdant, flânant dans une place publique (12 %), de se tenir sur le domaine public pour offrir ses services (sexuels, de lavage de pare-brise) (6,5 %), de fréquenter un parc après les heures d'ouverture (3,9 %), de ne pas cesser une violation après en avoir reçu l'ordre d'un agent de la paix (4,5 %), de posséder un couteau (3,1 %), d'utiliser le mobilier urbain à une autre fin que celle à laquelle il est destiné, le détériorer, le modifier (2,5 %), de répandre un liquide sur le sol public (2,3 %) ou d'avoir émis un bruit audible à l'extérieur ou toute forme de tapage (2,2 %)^[39]. Comme l'ont constaté Bellot et collab. (2005) :

La grande majorité des constats remis aux personnes itinérantes (...) concerne la consommation d'alcool et l'ébriété dans le domaine public, ainsi que la présence dérangeante dans l'espace public et la sollicitation^[39].

À la lumière de ces observations, il est raisonnable de penser que l'application des lois et règlements peut exercer une pression sur les populations UDI en situation d'itinérance et contribuer à les éloigner des services des PES. Il apparaît donc important de considérer l'impact de ces interventions dans la réflexion vers une collaboration entre les milieux policier et de la santé publique, et ce, dans la perspective de prévenir à la fois l'usage de drogues et les conséquences négatives liées à cet usage.

3.3.3 Des pratiques policières dans un environnement de réduction des méfaits

En 2002, Aitken et collab.^[77], dans une analyse de l'impact de la répression policière sur le marché de l'héroïne dans une banlieue de Melbourne en Australie, observent que le marché de la drogue s'adapte rapidement après une intervention de type « crackdown » alors que les pratiques d'injection sécuritaires se détériorent. Les conclusions de ces auteurs soutiennent les recommandations formulées par Maher et Dixon^[76] qui suggèrent notamment de développer des stratégies alternatives au maintien de l'ordre pour améliorer la qualité de vie dans le secteur ciblé par les interventions policières. D'autres études consultées font aussi ressortir l'importance des interventions mobilisant un partenariat entre les services policiers, le milieu de la santé publique et la communauté pour réduire les problèmes liés à la drogue et minimiser les effets possibles des stratégies policières visant à réduire l'offre et la demande de drogues dans l'espace public sur les personnes UDI et sur les communautés^[49, 77, 80, 81, 85]. Des pratiques de collaboration entre les services de police, les PES et les services sociaux sont aussi mentionnées par Davis et collab.^[80].

Une recension des écrits portant sur les impacts de l'intensification de l'application de la loi au plan social et de la santé publique en Australie, au Canada, aux États-Unis et en Grande-Bretagne met en évidence des approches alternatives qui auraient moins d'effets négatifs sur la santé, moins de conséquences sociales et un potentiel d'accroissement des bénéfices pour la communauté^[85]. Par exemple, la mise en place des services de réduction des méfaits, tels que des services d'injection supervisée (SIS), permet de minimiser les risques encourus par les personnes UDI, tandis que des services de traitement de la dépendance et des autres problèmes de santé peuvent contribuer à la réduction de la demande de drogues^[89]. Des partenariats entre les policiers et les agences de santé et de services sociaux peuvent également être établis pour préparer des plans de prévention à l'intention des populations les plus vulnérables^[85].

Par contre, Kerr et collab.^[85] soulignent l'existence de différences considérables quant à la perception du rôle des policiers selon les cultures et toutes les options ne peuvent être appliquées dans tous les cas. Aussi, les options proposées pour réduire l'offre et la demande de drogues dans l'espace public tout en considérant l'importance de la prévention des infections devraient tenir compte à la fois du milieu visé et de la culture, ainsi que de la manière dont le rôle des policiers est perçu par la population.

Dans un même ordre d'idée, il ressort de l'étude menée au Québec par Roy et collab.^[40] que les policiers sont plus enclins à tenir compte du contexte dans lequel ils doivent intervenir lorsqu'ils ont à composer quotidiennement avec des populations vulnérables et socialement dérangeantes. Certains des policiers rencontrés dans le cadre de cette étude ont d'ailleurs

mentionné qu'ils considéraient inapproprié d'interpeller et de judiciairiser des personnes vivant dans des conditions de très grande fragilité^[40].

3.4 CONCLUSION

À la lumière des observations tirées de la documentation, il appert que certaines interventions policières peuvent avoir des effets sur les usagers des PES et sur les actions de prévention menées par les intervenants communautaires. Par ailleurs, les actions policières tout comme celles des PES, ont comme objectif d'assurer la sécurité dans les milieux de vie des citoyens et, à cet égard, il conviendra de renforcer les liens de collaboration entre les PES et les services de police. De plus, il apparaît que des pratiques de concertation entre des services policiers et des responsables de la prévention du VIH, du VHB et du VHC auprès de personnes UDI ont aussi été expérimentées avec succès. Pour tirer avantage de ces observations issues de la documentation et apporter un éclairage adapté à la situation du Québec, la consultation réalisée auprès d'acteurs clés a été orientée vers la recherche de stratégies de collaboration en réponse à des expériences vécues sur le terrain.

4 RÉSULTATS DE LA CONSULTATION AUPRÈS D'ACTEURS CLÉS QUÉBÉCOIS

La recherche documentaire a permis de documenter les effets que peuvent avoir certaines interventions policières sur les usagers des PES. Par contre, toutes les études disponibles ont été réalisées ailleurs au Canada ou à l'étranger et ne permettent pas de décrire la situation au Québec. Une consultation auprès d'acteurs clés québécois (policiers, intervenants de santé publique, intervenants communautaires et usagers des PES), réalisée entre les mois de décembre 2010 et mars 2011, a permis de documenter la situation récente eu égard aux interactions entre les actions de sécurité dans les milieux de vie des citoyens et les activités de prévention des PES. Cette consultation a aussi permis de dégager des pistes d'action pouvant alimenter la réflexion du Comité santé et sécurité publique à l'égard des programmes de prévention des ITSS/UDI sur le développement de stratégies permettant d'harmoniser les actions de sécurité et celles de prévention des ITSS auprès des personnes UDI.

D'entrée de jeu, les acteurs consultés ont documenté l'existence de collaborations entre les services de police et les PES et ils ont mentionné l'importance de poursuivre et de formaliser davantage ces collaborations. Les consultations ont permis de dégager de nombreux acquis hérités d'une longue tradition de cohabitation entre les intervenants terrain que sont les policiers et les intervenants communautaires des PES, et même avec les usagers des PES. De nombreuses solutions, en vue d'harmoniser des pratiques déjà existantes entre les services policiers et les intervenants et usagers des PES, ont été proposées par les participants à la consultation, qui ont par ailleurs nommé les difficultés à surmonter pour arriver à une concertation optimale. Un survol des effets observés par les répondants en lien avec la présence des PES dans l'environnement urbain québécois et leur impact sur les pratiques des différents acteurs est aussi présenté dans cette section.

4.1 EFFETS DES ACTIVITÉS POLICIÈRES ET DES ACTIVITÉS DES PES AU QUÉBEC

La question des effets des interventions policières sur les usagers des PES tout comme celle des circonstances où les policiers estiment qu'il est indispensable d'agir dans les environs des PES ont été documentées par les participants au début de chacun des groupes de discussion. Pour les acteurs directement sur le terrain, soit les personnes UDI et les policiers, il ne semblait pas y avoir de problèmes insurmontables autour de cette question. D'une part, les usagers des PES qui ont participé à la consultation estiment que ce n'est pas tant la consommation de drogues qui les expose à des interventions policières, mais davantage les situations en lien avec la marginalité qui les caractérise et les lieux urbains fréquentés. Les policiers ont aussi confirmé cette impression en signalant que ce sont les plaintes pour désordre social dans le domaine public, davantage que l'interpellation pour consommation de drogues, qui motivent leurs interventions. Les répondants de santé publique tout comme ceux des organismes communautaires demeurent, pour leur part, préoccupés par la question des limites aux actions de prévention dans un environnement où les interventions policières s'intensifient.

Comme les effets des interventions policières peuvent agir sur la capacité d'optimiser les interventions en prévention des ITSS, il est important de bien cerner ces aspects et de comprendre les logiques d'action des différents acteurs. Aussi, l'analyse de contenu sur le corpus de données révèle un certain nombre de situations où les interventions policières ont le potentiel d'influencer négativement les actions de prévention mises de l'avant par les directions de santé publique. De plus, l'analyse des situations où les policiers interviennent près d'un PES a aussi permis de comprendre leurs motifs pour intervenir et les limites pour leurs interventions qu'impose la présence d'un PES. Dans tous les cas, des solutions ont été proposées par les différentes catégories d'acteurs en vue de surmonter les difficultés rencontrées dans la pratique. Ces solutions sont présentées et discutées dans les sections 4.2 à 4.5.

Sur la question des lois et règlements (tableau 2), il appert qu'un cas particulier où un règlement municipal³¹, spécifiant qu'« il est interdit, dans un endroit public ou une rue, d'avoir en sa possession quelque objet, matériel ou équipement servant ou facilitant la consommation de stupéfiants au sens de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (L.C., 1996, c.19) à savoir et ce sans restreindre la généralité de ce qui précède, toute pipe à hash, bonbonne, balance portative, seringue et tout autre objet relié à la consommation de stupéfiants », a eu des effets sur les usagers d'un PES. Par ailleurs, ce règlement a été modifié afin de retirer le mot seringue à la suite des demandes des représentants du PES de Québec au conseil municipal³².

Alors que certains policiers estiment que ce règlement peut s'avérer un outil pour gérer des problèmes de désordre public (une personne qui s'injecte dans l'espace public), les usagers des PES ont interprété cette mesure comme une action orientée directement vers les personnes UDI et les programmes de prévention. Les principaux effets mentionnés sont la crainte de transporter des seringues sur soi et d'en garder chez soi des quantités qui pourraient les incriminer. De manière plus importante, cette mesure jette un discrédit sur les actions de santé publique et transmet un message de manque de cohérence entre les réseaux de la santé et des services sociaux et de la sécurité publique.

Les participants à la consultation ont mis en évidence des effets non souhaitables pour les policiers qui travaillent dans l'environnement des PES, comme une exposition accrue aux risques d'acquisition du VIH et du VHC, ainsi qu'une modification des pratiques de fouille lors d'arrestation. Ainsi pour éviter de se blesser sur des seringues, des policiers demandent aux personnes UDI de vider elles-mêmes le contenu de leurs poches (tableau 2). Dans certaines circonstances, cette pratique peut exposer les policiers à des gestes de violence, et ce, plus

³¹ Ville de Québec, Règlement R.V.Q. 1091, Règlement sur la paix et le bon ordre, Avis de motion donné le 2 mars 2009, adopté le 16 mars 2009, en vigueur le 19 mars 2009.

³² Ce règlement a été modifié le 4 octobre 2010 à la demande des organismes communautaires dont Point de Repère.

RÈGLEMENT R.V.Q. 1731

RÈGLEMENT MODIFIANT LE RÈGLEMENT SUR LA PAIX ET LE BON ORDRE RELATIVEMENT À LA POSSESSION D'OBJETS SERVANT À LA CONSOMMATION DE STUPÉFIANTS LA VILLE DE QUÉBEC, PAR LE CONSEIL DE LA VILLE, DÉCRÈTE CE QUI SUIT :

1. L'article 4 du Règlement sur la paix et le bon ordre, R.V.Q. 1091, est modifié par la suppression, après les mots « balance portative », de « seringue ».
2. Le présent règlement entre en vigueur conformément à la loi.

particulièrement lorsque les personnes sont fortement perturbées soit parce qu'elles sont intoxiquées ou en état de choc émotionnel. Pour les personnes UDI, les arrestations avec fouille ont été décrites comme des expériences particulièrement traumatisantes qui ont le potentiel de les éloigner des PES et d'augmenter les risques d'infection au VIH et au VHC par la réutilisation de leurs seringues ou en utilisant celles d'un partenaire d'injection.

Tableau 2 Règlements et actions policières dans un environnement de réduction des méfaits au Québec

Règlements et actions policières	Implications pour les policiers	Effets pour les personnes UDI
Règlements municipaux interdisant la possession de seringues L'utilisation d'un tel règlement n'est pas répandue et les cas portés à l'attention des directions de santé publique ont été rapidement résolus.	Pour les policiers, cette mesure apparaissait comme un moyen pour éloigner les personnes qui ont des comportements dérangeants lorsqu'elles perturbent la quiétude des autres citoyens du quartier. Cette mesure pouvait être utilisée lorsque les personnes en crise faisaient des menaces avec une seringue.	Les personnes UDI craignent de transporter des seringues y compris les seringues souillées à rapporter au PES. Les personnes UDI ne veulent plus garder de grande quantité de seringues chez elles. Elles ont peur d'avoir une inculpation pour opération d'une piquerie. Lorsque les policiers saisissent les seringues neuves, les personnes UDI décodent un message contradictoire entre les autorités de santé publique et de sécurité publique. Les billets d'infractions pour possession de seringues lancent un message d'illégalité dans la prévention du VIH et du VHC.
Arrestation et fouille	Les policiers risquent de se piquer sur des seringues contaminées. Lorsque les policiers demandent aux personnes UDI de vider le contenu de leurs poches, ils peuvent se sentir moins en sécurité puisqu'ils ne peuvent contrôler la situation en cas de dérapage.	Les personnes UDI craignent d'être stigmatisées parce qu'elles ont des cartes de visite des PES et des seringues qui trahissent leur consommation. Lorsqu'elles transportent des seringues sur elles, les personnes UDI craignent d'aggraver leur situation lors d'une arrestation. Les personnes UDI limitent la quantité de seringues demandées au PES et réutilisent leurs seringues souillées pour ne pas avoir avec eux de grandes quantités de seringues. Les personnes UDI sont méfiantes et ne veulent plus se rendre dans les PES.

Tableau 2 Règlements et actions policières dans un environnement de réduction des méfaits au Québec (suite)

Règlements et actions policières	Implications pour les policiers	Effets pour les personnes UDI
Intervention policière dans un PES ou dans une piquerie	Lorsqu'un individu ayant commis un délit se réfugie dans un PES, les policiers interviennent dans les locaux du PES. Lorsqu'un individu perturbe significativement la quiétude des autres usagers dans un PES les policiers sont appelés pour une intervention. Les policiers ont adapté leurs interventions dans les piqueries afin de limiter les blessures sur des seringues. Ils sont plus formels sur le respect des procédures et demandent à ce que personne ne bouge durant l'intervention.	Dans toutes les circonstances, et ce, même si les responsables des PES n'acceptent pas de couvrir les individus en infraction face à la loi, la présence policière dans un PES entraîne des réactions de crainte et de paranoïa. Les personnes UDI craignent de se rendre au PES lorsqu'une telle situation se présente, elles craignent d'être identifiées comme consommateur. Les personnes UDI comprennent le travail des policiers dans les piqueries, mais lorsqu'il y a présence de policiers en grand nombre, leurs relations avec le voisinage s'en trouvent affectées négativement et entraînent un déplacement vers d'autres lieux.
Interpellation près d'un PES	Les policiers interpellent les personnes où elles sont et ne se formalisent pas toujours du lieu où elles se trouvent à moins que des ententes spécifiques aient été négociées. Dans certaines circonstances (infraction avec intrusion dans une propriété privée dans le périmètre d'un PES) les policiers doivent procéder à une arrestation près d'un PES.	Les personnes UDI craignent de se faire interpellier lorsqu'ils sont près d'un PES. Lorsqu'il y a interpellation d'une personne UDI devant un PES, c'est toujours stigmatisant. Des personnes UDI se sentent suivies lorsqu'elles se rendent dans un PES et elles n'osent pas rapporter leurs vieilles seringues.
Interpellation	L'interpellation dans l'espace public est utilisée pour s'assurer de la sécurité des citoyens et elle n'est pas orientée spécifiquement vers les personnes qui font usage de drogues par injection.	Les personnes UDI craignent d'être victimes de harcèlement si elles ont des seringues sur elles lors d'une interpellation. Les personnes UDI qui n'ont pas de lieu pour s'injecter font leurs injections à la hâte pour ne pas être interpellées par la police.
Les ordres de la Cour sur les quadrilatères	Les policiers ont le mandat de faire respecter les conditions émanant d'un ordre de la Cour à l'endroit des personnes ayant reçu une interdiction de se retrouver flânant dans un quadrilatère désigné par cet ordre de la Cour.	Dans certains cas, les quadrilatères ont pour effet d'éloigner les personnes UDI des PES et des services auxquels ils ont accès dans les PES. Dans certains cas, les quadrilatères contribuent à augmenter l'isolement des personnes UDI. Dans certains cas, les quadrilatères entraînent une diminution de la fréquentation des PES.

Il arrive que des interventions policières aient lieu dans un PES (tableau 2). Ces situations sont plutôt rares, mais lorsqu'elles surviennent les personnes qui fréquentent le PES deviennent craintives et se sentent moins en sécurité d'y aller. Selon les répondants de santé publique, les mesures de prévention perdent de leur efficacité lorsque les personnes

UDI limitent leurs visites au PES et demandent moins de seringues que ce qui est requis pour leur consommation afin de limiter la transmission des infections. Il en va de même pour les interpellations qui ont un effet sur les pratiques préventives, et ce, qu'elles aient lieu près d'un PES ou dans l'espace public. Par ailleurs, l'attribution de quadrilatères³³ et le déplacement des individus dans des secteurs éloignés des PES entraînent plutôt l'isolement des personnes UDI et leur éloignement des services qui leur sont destinés.

Même si les actions policières ont un impact sur les mesures de prévention du VIH, du VHB et du VHC, il n'en demeure pas moins que ce sont des mesures qui ont été mises en place pour assurer la sécurité et l'ordre dans l'espace public. À cet égard, ce sont des interventions nécessaires qui sont appelées à demeurer et les participants à la consultation en étaient pleinement conscients. Ils ont d'ailleurs proposé des solutions pour contrer les effets négatifs observés, et ce, dans la perspective de mieux harmoniser les interactions entre les interventions policières et celles des PES. Les quatre prochains points s'articulent autour des acquis dans la collaboration entre le milieu policier et les PES, des difficultés à surmonter ainsi que des solutions préconisées par les acteurs sur le terrain.

4.2 LES PES DANS L'ENVIRONNEMENT QUÉBÉCOIS

Globalement, des répondants de toutes les catégories estiment que les PES sont des programmes efficaces, qu'ils permettent de réduire les risques de transmission du VIH, du VHB et du VHC, qu'ils permettent de mieux encadrer les personnes UDI et de diminuer les scènes ouvertes de consommation (tableau 3). En ce qui a trait aux solutions pour optimiser l'efficacité des PES, les intervenants de santé publique proposent d'élargir le réseau des centres d'accès au matériel d'injection pour mieux rejoindre les usagers alors que ceux du milieu policier souhaiteraient que les organismes communautaires d'échange de seringues offrent une gamme élargie de services aux personnes UDI et deviennent des lieux de prise en charge des consommateurs de drogues. De plus, les policiers qui ont expérimenté la présence d'un programme d'accès à la méthadone à bas seuil d'accessibilité³⁴ jumelé avec un PES³⁵ estiment que les bénéfices sont mesurables et ont un impact direct sur leurs interventions sur la rue. Il convient de mentionner que les répondants du milieu de la santé publique sont eux aussi favorables à l'élargissement de la mission des PES. Du côté des policiers, les répondants qui ont eu à se concerter avec des responsables de PES sont aussi ceux qui connaissent le mieux la situation et les effets de ces programmes sur les personnes UDI. C'est le cas des agents sociocommunautaires dont le mandat est d'assurer la liaison avec les organismes d'aide sur le terrain et les policiers. Les solutions proposées par les

³³ Le quadrilatère est un secteur délimité par des rues formant un carré et à l'intérieur duquel une personne a une interdiction de s'y trouver flânant. Cette condition à respecter est liée à un ordre de la Cour à la suite d'une comparution devant le juge.

³⁴ La notion de bas seuil d'accessibilité (*low-threshold*) fait référence à des services dont les exigences pour y accéder favorisent les personnes qui sont généralement peu accueillies dans les services de santé et qui présentent des conditions d'extrême précarité. Par exemple, on n'exigera pas que les personnes soient engagées dans un programme de traitement de la toxicomanie pour qu'elles aient accès à des soins de santé.

³⁵ Un projet réalisé de concert avec le PES de la ville de Québec, Point de Repères, et le Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve a permis d'offrir, directement dans les locaux du PES, un service d'accès à la méthadone pour des personnes dépendantes aux opioïdes qui ne sont pas toujours admissibles dans les structures du réseau de la santé. Les policiers qui ont eu à intervenir avant et pendant le projet dans le secteur St-Roch ont observé une différence notable sur les personnes UDI et sur les comportements dérangeants.

policiers réfèrent, le plus souvent, à des expériences positives issues de leur pratique sur le terrain et des bénéfices qu'ils en ont tirés comme, la participation à un comité de représentants d'organismes communautaires et des policiers ou simplement le fait de conjuguer leurs efforts avec les travailleurs de rue pour résoudre un problème de seringues à la traîne dans le domaine public.

En ce qui a trait à l'accès au matériel d'injection, les intervenants de santé publique soulignent que la responsabilité partagée entre plusieurs partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et du réseau communautaire pour donner accès au matériel d'injection et assurer la récupération est un acquis important (tableau 3).

Des personnes UDI émettent une réserve sur les modalités d'accès en pharmacie où ils ne retrouvent pas toujours des services d'aide comme dans les organismes communautaires. Pour eux, le PES traditionnel ne devrait jamais disparaître et devrait être accessible facilement. Parmi les solutions proposées pour optimiser les services des PES, l'accès à du matériel d'injection stérile via des machines distributrices et l'ouverture de services d'injection supervisée ont été nommés par des répondants de toutes les catégories du milieu de la santé publique.

Tableau 3 Principales observations sur les acquis, les difficultés à surmonter et les solutions proposées sur le thème des PES selon les répondants du milieu policier (P)³⁶ et du milieu de la santé publique (SCU)³⁷ incluant le milieu communautaire et les usagers des PES³⁸

Acquis		Difficultés à surmonter		Solutions proposées	
	P SCU		P SCU		P SCU
Les effets des PES sur les usagers					
- Il y a des preuves d'efficacité - Les personnes UDI diminuent leur consommation - Les PES encadrent mieux les personnes UDI - Il y a moins de scènes ouvertes de consommation	✓ ✓ ✓			- Maintenir et élargir l'accès au matériel d'injection pour protéger la population - Les PES devraient offrir une plus grande gamme de services pour les personnes UDI - Les programmes de méthadone doivent être plus accessibles, car les résultats sont probants	✓ ✓ ✓
L'accès au matériel d'injection					
- Dans les centres de distribution - En pharmacie - Par la distribution dans les lieux de consommation	✓ ✓ ✓	Peu de services d'aide pour les consommateurs quand la distribution se fait en pharmacie	✓	- Machines distributrices - Services d'injection supervisée - De nouvelles initiatives pour compléter la gamme de services - Avoir accès à des données sur les activités de distribution	✓ ✓ ✓ ✓

³⁶ P = Policiers.

³⁷ SCU = Intervenants de santé publique et communautaire incluant les usagers des PES.

³⁸ Une grande similitude dans les propos des participants de la santé publique, des milieux communautaires et les représentants des usagers des PES ont été observés. Pour des raisons pratiques et de clarté, les résultats présentés dans les tableaux thématiques de la section 4 sont regroupés sous les vocables milieu de la santé publique et communautaire (se référer à la section 2.3.7 de la méthodologie pour plus de détails). Lorsque des différences notables entre les trois groupes du milieu de la santé publique ont été repérées, les nuances sont présentées dans le texte.

Tableau 3 Principales observations sur les acquis, les difficultés à surmonter et les solutions proposées sur le thème des PES selon les répondants du milieu policier (P)³⁹ et du milieu de la santé publique (SCU)⁴⁰ incluant le milieu communautaire et les usagers des PES⁴¹ (suite)

Acquis			Difficultés à surmonter			Solutions proposées		
	P	SCU		P	SCU		P	SCU
La collaboration entre les PES et la police								
- Il y a des PES qui ont trouvé des formules gagnantes pour une bonne collaboration avec les policiers - Il y a des services policiers qui ont conclu des ententes avec les PES pour faciliter le travail des intervenants communautaires	√	√	- La présence des policiers près des PES est mal vue de la part des responsables des PES - La présence des policiers près des PES nuit à la prévention - Les interventions policières dans les PES sont compliquées pour tout le monde - Les usagers des PES réutilisent leurs vieilles seringues par crainte d'être interceptés par la police	√	√	- Sensibilisation des intervenants communautaires au rôle de la police et aux raisons qui motivent les interventions policières - Éviter les concentrations de nombreux consommateurs - Se concerter sur la marche à suivre lorsqu'une intervention policière doit se dérouler dans un PES	√	√

³⁹ P = Policiers.

⁴⁰ SCU = Intervenants de santé publique et communautaire incluant les usagers des PES.

⁴¹ Une grande similitude dans les propos des participants de la santé publique, des milieux communautaires et les représentants des usagers des PES ont été observés. Pour des raisons pratiques et de clarté, les résultats présentés dans les tableaux thématiques de la section 4 sont regroupés sous les vocables milieu de la santé publique et communautaire (se référer à la section 2.3.7 de la méthodologie pour plus de détails). Lorsque des différences notables entre les trois groupes du milieu de la santé publique ont été repérées, les nuances sont présentées dans le texte.

Tableau 3 Principales observations sur les acquis, les difficultés à surmonter et les solutions proposées sur le thème des PES selon les répondants du milieu policier (P)⁴² et du milieu de la santé publique (SCU)⁴³ incluant le milieu communautaire et les usagers des PES⁴⁴ (suite)

Acquis	Difficultés à surmonter		Solutions proposées	
	P	SCU	P	SCU
Les effets des PES sur l'environnement urbain				
- Diminution des plaintes pour seringues à la traîne - Les partenaires récupérateurs sont plus nombreux	√		Informar les policiers sur les règles de distribution/récupération	√
		√	Soutenir davantage les partenaires de la distribution/récupération du matériel d'injection	√
			Des boîtes de récupération bien visibles	√
			Sensibiliser et inciter les consommateurs à la récupération	√
		- La gestion des plaintes pour comportements dérangeants dans les secteurs où sont établis les PES - Les grandes quantités de seringues inquiètent les citoyens - La distribution/récupération dans l'espace public sans surveillance des répondants de santé - La distribution du matériel par les travailleurs de rue peut entraîner plus de seringues à la traîne - Des partenaires qui ne respectent pas les ententes de récupération - Le fait que des consommateurs laissent traîner des seringues disqualifie le programme - Les PES voisinent souvent les secteurs de la vente de drogues	√ √ √ √	

√ = Les répondants de cette catégorie ont abordé ce thème en discussion.

⁴² P = Policiers.

⁴³ SCU = Intervenants de santé publique et communautaire incluant les usagers des PES.

⁴⁴ Une grande similitude dans les propos des participants de la santé publique, des milieux communautaires et les représentants des usagers des PES ont été observés. Pour des raisons pratiques et de clarté, les résultats présentés dans les tableaux thématiques de la section 4 sont regroupés sous les vocables milieu de la santé publique et communautaire (se référer à la section 2.3.7 de la méthodologie pour plus de détails). Lorsque des différences notables entre les trois groupes du milieu de la santé publique ont été repérées, les nuances sont présentées dans le texte.

Pour leur part, les policiers estiment manquer de données sur la distribution pour pouvoir mieux apprécier les enjeux entourant l'accès au matériel d'injection. Ils souhaiteraient voir se développer des services plus complets autour des PES et être en mesure de diriger les personnes qui consomment vers ces services pour de l'aide et de la prise en charge des problèmes liés à leur consommation.

La présence d'un PES dans l'environnement urbain s'accompagne aussi d'un certain nombre d'inconvénients qui ont été nommés par les personnes consultées et pour lesquels des solutions ont été identifiées (tableau 3). Une des difficultés rencontrées aux environs des PES est la présence de policiers qui indispose les intervenants communautaires et semble nuire aux actions de prévention. Il faut comprendre que les personnes UDI qui se rendent dans les PES sont visées à la fois par les interventions policières et par les interventions en prévention ce qui complexifie le travail des uns et des autres, et ce, de manière plus importante lorsque les PES sont situés dans des zones à forte densité de nuisances urbaines. Des répondants du milieu de la santé publique et du milieu policier s'entendent sur le fait qu'il conviendrait d'éviter les trop fortes concentrations de consommateurs en un même lieu et sur la nécessité de se concerter sur la meilleure façon de procéder lorsqu'une intervention policière doit se dérouler à proximité de ou dans un PES. Retenons ici le propos d'un répondant UDI qui mentionne que la concentration des services fait en sorte que les personnes UDI doivent se regrouper près des zones où se trouvent les services pour y avoir accès. Il y a donc ici un double effet qui favorise le développement d'un PES là où les consommateurs sont les plus nombreux et qui a aussi pour effet d'augmenter la concentration des personnes UDI dans ce secteur. Il faut savoir que les personnes UDI sont souvent peu mobiles en raison de la précarité de leurs conditions de vie et qu'elles ont tendance à se rapprocher des services pour y avoir accès. Il apparaît donc nécessaire de développer des sites qui se trouvent plus près des milieux de vie des consommateurs qui ne se retrouvent pas nécessairement dans les zones à forte densité de nuisances urbaines afin de diminuer la pression sur les centres-villes.

Les répondants du milieu de la santé publique mentionnent que la distribution de matériel d'injection par les travailleurs de rue, ainsi que le fait que des partenaires ne respectent pas toujours les ententes de récupération du matériel souillé peuvent poser problème (tableau 3). À ces difficultés, les répondants du milieu policier proposent des solutions qui viseraient à soutenir les partenaires de la récupération, à rendre bien visibles les boîtes de récupération pour le matériel d'injection et à accroître la sensibilisation des consommateurs pour la récupération du matériel souillé. Des répondants du milieu de la santé publique soulignent que la présence policière dans les environs des PES oblige à revoir les modes d'accès au matériel d'injection et que dans ces conditions, ils s'exposent à ce que des seringues soient laissées dans le domaine public par les consommateurs qui craignent d'être interpellés en possession de seringues. De même, lorsqu'un partenaire aussi important que les autorités municipales (autres que les policiers) ne respecte pas ses ententes de récupération du matériel souillé, les conséquences sur l'environnement urbain se répercutent sur l'ensemble de la communauté. Des usagers des PES reconnaissent aussi qu'ils se disqualifient aux yeux des autres citoyens lorsqu'ils ne récupèrent pas leurs seringues usagées adéquatement.

Même si des répondants policiers estiment que les PES contribuent à diminuer les plaintes entourant la présence de seringues à la traîne et que des répondants du milieu de la santé publique indiquent avoir une bonne collaboration de la part de nombreux partenaires pour la récupération des seringues souillées, des événements récents ont montré la fragilité de ces acquis (tableau 3). La concentration de consommateurs dans les centres-villes atteint généralement son apogée au cours de la période estivale. C'est aussi le moment où un nombre important d'employés toutes catégories confondues s'absentent pour les vacances. Parmi les difficultés identifiées, des événements survenus au cours de l'été précédant la consultation ont contribué à accroître la tension entre les policiers et les intervenants des PES. À cet égard, les répondants du milieu policier ont rapporté avoir répondu à de nombreuses plaintes pour comportements dérangeants en raison de l'insécurité créée par la présence de grandes quantités de seringues distribuées dans des lieux publics et l'absence de surveillance dans les lieux extérieurs de distribution. Il faut souligner que dans un effort pour joindre les usagers les plus marginalisés qui ne se rendaient pas dans les PES, des initiatives de mise à la disposition de seringues dans un lieu public sans surveillance ont été tentées. Cette distribution non concertée a occasionné des plaintes de la part des résidents et des commerçants et suscité beaucoup d'inquiétude sur la sécurité des citoyens dans les secteurs où se sont déroulées ces initiatives. La situation qui a été rapidement contrôlée par les autorités de santé publique et les services de police illustre bien la fragilité des mesures de prévention en réduction des méfaits lorsque tous les acteurs ne se sont pas bien concertés entre eux.

Forts de cette expérience, des répondants du milieu policier suggèrent d'apporter les correctifs suivants en vue de surmonter les difficultés rencontrées, soit de mieux informer les policiers sur les règles de distribution et de récupération du matériel d'injection et de structurer davantage la distribution et la récupération du matériel d'injection. Ils sont aussi d'avis que des boîtes de récupération de seringues devraient être bien visibles dans l'environnement urbain et qu'il devrait y avoir davantage de sensibilisation des personnes UDI relativement à l'importance de la récupération du matériel d'injection. Ces solutions seront discutées plus à fond à la section 4.5 portant sur la concertation.

Les consultations ont aussi mis en évidence la présence de bonnes pratiques dans l'élaboration d'ententes pour une cohabitation plus harmonieuse entre les interventions des policiers et celles des PES. Ces pratiques ont cours autant dans les grands centres urbains qu'en régions semi-urbaines. Notons que ces collaborations se font autant avec la police municipale qu'avec la Sûreté du Québec et qu'elles se réalisent principalement entre des organismes communautaires et des services de police. Les responsables des PES ont des rencontres suffisamment fréquentes avec les interlocuteurs policiers pour convenir des meilleures pratiques à adopter. Les différents intervenants s'assurent ainsi d'une complémentarité entre leurs actions respectives. La caractéristique principale qui ressort des analyses de ces situations est la position géographique de ces sites à l'extérieur des zones à forte densité de nuisances urbaines des centres-villes.

4.3 LES RISQUES ASSOCIÉS AUX INFECTIONS À VIH, À VHB ET À VHC

Les risques associés à la transmission du VIH, du VHB et du VHC associés à des blessures accidentelles sur des seringues contaminées sont très faibles pour le VIH et faibles pour le VHB et le VHC^{45[90]}. Cependant, le stress qui accompagne un tel incident est élevé et il est recommandé de mettre en place des mesures afin d'éviter que des personnes ne soient exposées à des piqûres accidentelles sur des seringues souillées. Les travailleurs qui exercent des professions les exposant à ces risques reçoivent généralement une formation sur ces questions, et des mesures de précaution additionnelles sont développées pour éviter les risques d'exposition accidentelle. Chez les policiers, ces aspects font partie de la formation de base et dans certaines circonstances les policiers ont accès à des mises à jour en cours d'emploi.

Lors des consultations, plusieurs répondants du milieu policier ont soulevé la question des piqûres accidentelles et des risques associés à la pratique policière dans des environnements à forte concentration de personnes UDI. Les précautions additionnelles mises en place pour éviter de se piquer sur des seringues contaminées ont été identifiées. Ces mesures ont été regroupées sous les acquis (tableau 4). Par exemple, des autos patrouilles sont munies de bacs de récupération de seringues afin d'éviter de manipuler des seringues souillées. Lorsque les policiers sont en présence de consommateurs de drogues, ils prennent plus de précautions afin d'éviter les contacts avec le sang ainsi qu'avec les seringues. Les policiers vont plutôt demander à la personne UDI de vider le contenu de ses poches pour éviter les piqûres accidentelles. Les répondants du milieu policier estiment tout de même que le fait de donner des seringues est une bonne mesure de prévention et bon nombre d'entre eux indiquent participer à la récupération du matériel d'injection souillé. Dans certaines circonstances, des policiers ont assuré la récupération de matériel souillé auprès de personnes UDI en grande précarité. Ces actions sont généralement menées de concert avec un partenaire communautaire.

Il y a certes des acquis, mais il reste aussi des difficultés à surmonter concernant les risques de transmission d'infections et, à cet égard, des répondants du milieu policier se sont montrés très préoccupés. Ces derniers estiment qu'ils ne sont pas suffisamment informés sur les risques associés aux piqûres accidentelles et qu'ils sont davantage exposés lorsqu'ils interviennent auprès de personnes en crise, et ce, plus particulièrement pour les policiers qui patrouillent dans les secteurs où les consommateurs se retrouvent en plus forte concentration (tableau 4). Plusieurs d'entre eux se sont piqués accidentellement sur des seringues avec tout le stress que cela comporte. Le traitement à la trithérapie est aussi un événement marquant au plan professionnel et personnel. Les usagers des PES ont aussi confirmé le fait que les policiers ne sont pas suffisamment informés et que cela induit des situations pénibles où la personne UDI se sent jugée dans des moments de grande

⁴⁵ En 2005, l'INSPQ a produit un avis sur les risques de transmission du VIH et des hépatites par piqûre accidentelle à partir d'une recension des écrits. Les études réalisées principalement auprès des travailleurs de la santé montrent que la profondeur de la blessure et la présence de sang frais sont des facteurs importants dans la transmission. Autrement, les risques sont peu élevés, et ce, même chez les travailleurs de la santé exposés à des objets tranchant ou piquant sans blessure profonde. Le rapport concluait que les risques sont très faibles en ce qui concerne le VIH et faible en ce qui concerne les hépatites B et C. (Noël et collab. 2005)^[89].

détresse. Il faut garder à l'esprit que plusieurs des personnes fréquentant les PES peuvent avoir des problèmes de santé mentale et que les interactions avec des policiers surviennent souvent dans les moments de grande détresse. C'est aussi ce qu'expriment des répondants du milieu policier lorsqu'ils mentionnent devoir maîtriser des consommateurs en crise.

Tableau 4 Principales observations sur les acquis, les difficultés à surmonter et les solutions proposées sur le thème des risques pour l'acquisition/transmission du VIH, du VHB et du VHC selon les répondants du milieu policier (P) et du milieu de la santé publique (SCU) incluant le milieu communautaire et les usagers des PES

Acquis		Difficultés à surmonter		Solutions proposées	
	P SCU		P SCU		P SCU
Les risques d'accident dans la manipulation du matériel d'injection souillé					
• Pour éviter de se piquer, les policiers demandent aux consommateurs de vider le contenu de leurs poches • Les policiers prennent plus de précautions lorsqu'ils interviennent auprès des consommateurs qui s'injectent • Pour leur sécurité, les policiers ont des bacs de récupération dans leurs autos • Il arrive que des policiers assurent la récupération des seringues dans des situations où les personnes UDI ne sont pas en état de se rendre au PES • Le fait de donner des seringues protège tout le monde y compris les policiers	√ √ √ √ √ √ √ √	• Les policiers ne sont pas suffisamment informés sur les risques associés aux piqûres sur des seringues contaminées • Les risques de se piquer sur des seringues lors d'arrestation • Les policiers des centres-villes sont plus exposés à ces risques • Il faut parfois maîtriser des consommateurs en crise avec des seringues partout sur eux • Des policiers ont dû suivre une trithérapie contre le VIH • La confidentialité entourant le statut VIH (grand stress lorsqu'un policier se pique sur les seringues) • Les seringues à la traîne constituent un risque pour la population • Les intervenants sur la rue sont plus exposés quand ils transportent des grandes quantités de seringues à distribuer et récupérer • Les personnes UDI s'exposent à plus de risques lorsqu'ils craignent la police	√ √ √ √ √ √ √ √ √	• Il faut que les policiers soient mieux informés sur les risques liés aux seringues • Mettre en place des moyens pour rassurer les policiers qui se piquent sur des seringues sur les risques encourus pour eux et leur famille	√ √ √ √ √ √ √ √ √

P = Policiers.

SCU = Intervenants de santé publique et communautaire incluant les usagers des PES.

√ = Les répondants de cette catégorie ont abordé ce thème en discussion.

Pour des répondants du milieu policier, la préoccupation sur les seringues à la traîne dans le domaine public a aussi été associée aux risques auxquels la population en générale est exposée. Des intervenants du milieu communautaire ont, quant à eux, soulevé la question des risques pour les travailleurs de rue qui transportent des bacs de seringues souillées lorsqu'ils font la récupération (tableau 4). Les solutions proposées sont venues principalement des répondants du milieu policier et des usagers des PES. Le Comité santé et sécurité publique à l'égard des programmes de prévention des ITSS/UDI a été directement interpellé sur les inquiétudes entourant les risques d'exposition accidentelle et ce point a déjà fait l'objet de discussions entre les représentants de la santé publique et ceux de la sécurité publique siégeant sur ce comité.

Notons par ailleurs que les travailleurs communautaires sont généralement bien informés sur les risques associés aux infections au VIH, au VHB et au VHC. Ils ont accès à de la formation, à des forums de partage d'informations et à des rencontres organisées par les directions de santé publique. Ce n'est pas le cas pour les policiers qui ont certes une formation de base dans leur cheminement académique, mais pas nécessairement de complément de formation sur ce sujet, particulièrement en cours d'emploi. Tous les policiers ne sont pas exposés également à cette problématique et lorsqu'ils ont à intervenir auprès de personnes UDI susceptibles d'être infectées par le VIH ou le VHB et le VHC, ils peuvent se sentir plus vulnérables et parfois même avoir des réactions démesurées par rapport aux risques encourus. Des répondants du milieu policier ont indiqué qu'il existe un écart important entre leurs compétences et habiletés et celles des travailleurs communautaires en ce qui a trait au VIH, au VHB et au VHC. Ce sont, dans les deux cas, des intervenants de première ligne auprès des personnes UDI et leur capacité à intervenir adéquatement repose dans tous les cas sur une formation qui permet d'acquérir non seulement la connaissance des virus, mais aussi des habiletés pour mieux orienter les personnes UDI vers les services appropriés. Cette préoccupation a été plus particulièrement exprimée par des répondants du milieu policier qui interviennent sur le terrain.

4.4 LES RÔLES ET LES MANDATS DES DIFFÉRENTS ACTEURS SUR LE TERRAIN

Sur la question des rôles et des mandats des différents acteurs sur le terrain, les consultations ont été riches d'enseignements. La majorité des répondants de toutes les catégories ont fait part d'expériences positives, de difficultés rencontrées dans la pratique, ainsi que de nombreuses solutions qui permettraient d'harmoniser davantage les interactions entre des intervenants de première ligne qui se côtoient au quotidien. Le thème des rôles et des mandats est caractérisé par une grande concordance entre les points de vue de différents acteurs, et ce, plus particulièrement chez les répondants issus du terrain. Au Québec, les interactions entre les milieux communautaire et policier s'inscrivent dans une longue tradition de collaboration et, même s'il n'existe pas à ce jour de protocole d'entente entre les PES et les services policiers, de nombreuses interactions se sont déroulées sur un mode coopératif.

Les consultations ont permis de mettre en évidence des collaborations entre des usagers des PES, des intervenants communautaires, des pairs bénévoles et des services policiers basées sur des ententes informelles et qui se maintiennent dans le temps (tableau 5). La formation de comité de travail ou plus simplement les rencontres de partage d'information

sur les manières d'intervenir permettent aux intervenants sur le terrain de mieux coordonner leurs actions. Les responsables de PES comprennent bien que les policiers sont là pour assurer la sécurité de tous les citoyens tout comme les policiers savent que les PES sont dédiés à la prévention. Par contre, des événements mettant en cause l'efficacité du travail des uns et des autres peuvent créer des irritants. Les situations les plus souvent nommées par les répondants ont été l'ingérence d'un intervenant communautaire dans une intervention policière et inversement l'ingérence d'un policier dans une intervention communautaire, l'arrestation de suspects directement dans les PES et les interpellations qui se déroulent dans le voisinage des PES. Ces événements ont souvent été associés à une méconnaissance du travail des uns et des autres, ainsi qu'au manque d'ententes formelles et de lieux d'échange pour se renseigner mutuellement sur les rôles et responsabilités de chacun.

Parmi les difficultés à surmonter pour lesquelles les intervenants terrain ont peu d'emprise, on retrouve les mouvements de personnel ainsi que les difficultés liées à la prise en charge des personnes toxicomanes désaffiliées des services sociaux et de santé (tableau 5). Des répondants du milieu policier qui développent des liens de collaboration avec des intervenants communautaires pour mieux référer les personnes UDI rapportent que le roulement des intervenants nuit à la pérennité des actions posées. Pour des répondants du milieu communautaire, le fait que les policiers changent constamment, et ce, plus particulièrement dans les grands centres-villes comme ceux de Montréal et de Québec a été nommé comme un problème nuisant à la concertation. Ces exemples mettent en évidence l'importance d'établir des ententes organisationnelles au-delà des individus sur le terrain. La pérennité des actions autour de cette problématique ne peut donc se fonder uniquement sur des individus spécifiquement ciblés qui occupent des postes clés, parce que le roulement de personnel est une situation incontournable pour les services de police, mais aussi en ce qui concerne les travailleurs communautaires.

Le rôle joué par la police communautaire a été nommé parmi les acquis. Les répondants de toutes les catégories estiment que l'intervention réalisée par les agents de prévention ou agents sociocommunautaires fait aussi partie des solutions permettant de mieux harmoniser les interactions entre les policiers et les PES. Pour les répondants du milieu de la santé publique, l'approche de la police communautaire permet de créer des environnements favorables à la prévention. Pour leur part, des répondants du milieu policier ont souligné que la présence d'un agent sociocommunautaire leur permet d'établir et de conserver de bons liens avec les intervenants communautaires. Il faut souligner que les agents de prévention ou sociocommunautaires⁴⁶ ont précisément le mandat d'établir les relations avec la communauté assurant ainsi le lien entre les interventions des policiers et celles des organismes communautaires.

⁴⁶ L'agent sociocommunautaire ou l'agent de prévention est la personne ressource du poste de quartier en ce qui a trait aux relations avec la communauté. Se référer à la section 3.1.2 pour les grandes lignes de la politique sur la police communautaire.

Tableau 5 Principales observations sur les acquis, les difficultés à surmonter et les solutions proposées sur le thème des rôles et des mandats selon les répondants du milieu policier (P) et du milieu de la santé publique (SCU) incluant le milieu communautaire et les usagers des PES

Acquis	Difficultés à surmonter				Solutions proposées			
	P	SCU		P	SCU		P	SCU
Les rôles et les mandats des différents intervenants sur le terrain								
- Des intervenants communautaires et des policiers qui collaborent pour apporter des solutions aux problèmes rencontrés - Il y a des ententes entre PES et policiers pour éviter de se nuire - Pour le ramassage des seringues dans les piqueries et les lieux extérieurs de consommation, des policiers se mettent en lien avec les organismes communautaires - Le rôle des policiers est facilité quand ils connaissent bien le milieu et qu'ils peuvent référer les personnes UDI aux bonnes ressources - La police assure la sécurité dans les milieux de vie de tous les citoyens - Des PES ont développé des liens avec la communauté qui favorisent la sécurité dans les milieux de vie - Le rôle joué par la police communautaire est un point positif pour les PES	✓	✓	- Le rôle des policiers tout comme celui des intervenants communautaires est souvent mal connu des uns et des autres et entraîne des perceptions négatives - L'absence d'ententes formelles entre les organisations sur le respect des mandats de chacun - Des intervenants terrain qui se nuisent dans leurs interventions - Le ramassage des seringues dans le domaine public peut irriter les policiers pour qui ce n'est pas le rôle - Les mouvements de personnel (intervenants et policiers) ainsi que le manque de travailleurs de rue - L'intervention policière se heurte aux limites de la prise en charge des personnes toxicomanes	✓	✓	- Consolider l'approche de police communautaire - Renforcer le rôle des policiers sociocommunautaires, car ils sont des acteurs significatifs pour assurer les liens entre le milieu policier et le milieu communautaire - S'inspirer des expériences réussies et développer un cadre de référence pour harmoniser les pratiques - Les directions de santé publique devraient assurer le <i>leadership</i> dans ce dossier - Les programmes d'aide aux personnes toxicomanes doivent être renforcés et les policiers doivent pouvoir faire des références vers ces services - Un programme de certification des travailleurs bénévoles des PES - Avoir des outils pour suivre la situation et faire des ajustements - La disponibilité d'une ressource d'aide juridique contribue à diminuer la discrimination envers les personnes UDI	✓	✓

P = Policiers.

SCU = Intervenants de santé publique et communautaire incluant les usagers des PES.

√ = Les répondants de cette catégorie ont abordé ce thème en discussion.

Sur la question du *leadership* dans ce dossier, il apparaît que des répondants des organismes communautaires et du milieu policier souhaiteraient que les directions de santé publique l'assument. Lors de l'implantation des PES à la fin des années 1980, les départements de santé communautaire ont été les principaux artisans de la collaboration entre les services policiers et les PES. Par la suite, ce sont les organismes communautaires qui se sont chargés de maintenir les ententes. Avec la réforme de 2003, les DSP ont été appelées à jouer un rôle plus discret dans les pratiques partenariales puisque la Loi 25⁴⁷ les placent en deuxième ligne par rapport au rôle des réseaux locaux^[91]. Il conviendra donc de réfléchir aux modalités du *leadership* que peuvent assurer les directions de santé publique dans ce dossier.

Au nombre des solutions pratiques, notons le développement d'outils de suivi de la situation qui permettent de réagir et de proposer des ajustements lorsque surviennent des difficultés. Des répondants du milieu policier ont mentionné l'idée de délivrer un certificat aux usagers des PES qui s'impliquent dans la prévention auprès de leurs pairs afin de permettre la distinction entre un pair aidant qui s'inscrit dans le programme et un consommateur qui tente d'échapper à une sanction en se déclarant intervenant pour le PES. Finalement, la disponibilité d'une ressource d'aide juridique⁴⁸ peut aider à contrer la discrimination à laquelle les personnes UDI sont exposées tant du point de vue de l'accès aux soins et services que de leur participation citoyenne.

Les intervenants communautaires se plaignent souvent du manque de ressources pour la prise en charge des personnes UDI les plus désorganisées. Lors des consultations, ils n'ont pas été les seuls à soulever cette problématique, des répondants du milieu policier estiment également qu'ils sont souvent confrontés à des situations où les personnes interpellées ont besoin d'aide et nécessitent une prise en charge immédiate. Les initiatives pour les référer à des services sociaux ou de santé se heurtent souvent à des échecs comme lorsqu'une personne en crise ou en détresse est reconduite dans un centre hospitalier et que les policiers la retrouve à la rue dans l'heure qui suit. Des initiatives comme la Division urgence sociale à Laval, l'Équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance (EMRII) à Montréal et le Programme d'encadrement clinique et d'hébergement (PECH) à Québec semblent présenter des pistes prometteuses pour favoriser une meilleure intégration du travail des acteurs sur le terrain. Il en sera question à la section 6.

En conclusion, si le thème des rôles et des mandats a mobilisé une part importante des discussions lors des consultations, celui de la concertation a aussi été particulièrement productif pour la suggestion de solutions. Voyons comment les acteurs terrain conçoivent la concertation en partant de leur expérience et de leurs connaissances du terrain.

⁴⁷ La loi 25 crée en 2003 les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS).

⁴⁸ Le Centre de justice de proximité a été identifié lors des consultations comme un service d'aide utile. Il est situé dans le quartier Saint-Roch à Québec et offre des services d'information, de soutien et d'orientation aux citoyens du district judiciaire de Québec. Visiter le <http://justicedeproximite.qc.ca/quebec/> pour obtenir plus d'information.

4.5 DES PISTES FAVORISANT LA CONCERTATION

Plusieurs acquis en termes de concertation entre les différents intervenants ont été mentionnés par l'ensemble des catégories de répondants aux consultations (tableau 6). Par ailleurs, il serait trompeur de croire que ces situations prévalent dans toutes les régions du Québec. Ce sont souvent des initiatives régionales, sectorielles ou émanant d'individus proactifs dans leur milieu qui ont été identifiées. Toutes ces initiatives ont été rapportées par des répondants des différentes catégories. Parmi les répondants, des usagers de PES ont rapporté des collaborations mettant en interaction les services policiers, des intervenants communautaires et des usagers des PES. Ces interactions se déroulent généralement bien et sont des gages de succès à la fois pour les interventions policières et pour les interventions communautaires. Comme le soulignait un répondant du milieu policier, il faudrait que les organisations formalisent des ententes de partenariat afin que les ententes ne prennent pas fin avec le départ des individus.

Les principaux problèmes soulevés concernent le manque de cohérence dans les actions posées à divers niveaux, l'absence de représentants des organismes communautaires dans les démarches de concertation et le peu d'intérêt manifesté par les représentants de la ville sur ce dossier (tableau 6). Des répondants de toutes les catégories ont associé ces difficultés au manque de communication entre les différents acteurs. Ce manque de communication serait aussi responsable d'une perception parfois négative des approches policières tout comme de celles en réduction des méfaits. Le message indique qu'il faut comprendre l'approche des uns et des autres pour mieux se respecter dans nos interventions. Finalement, des répondants de toutes les catégories ont signalé le fait que la concertation s'avère plus difficile dans un contexte où il n'y a pas de structure officielle, ni de lignes directrices pour la soutenir et pour favoriser une meilleure harmonisation des pratiques.

Des répondants soutiennent que la mise sur pied de comités réunissant les principaux acteurs concernés serait un facteur favorable à la concertation (tableau 6). Des répondants du milieu policier souhaiteraient mieux connaître l'approche de réduction des méfaits. D'ailleurs, ceux du milieu de la santé publique estiment qu'ils devraient faire connaître davantage cette approche ainsi que le rôle des PES. L'idée d'un cadre de référence permettant aux différents intervenants de situer leurs pratiques les uns par rapport aux autres et de respecter les mandats de chacun a aussi été évoquée. Des répondants de toutes les catégories se montrent favorables à la poursuite des collaborations entre les milieux policier et communautaire pour la récupération des seringues. Par contre, l'idée de renforcer les messages sur la récupération sécuritaire des seringues auprès des personnes UDI a été nommée à la fois par des représentants du milieu policier et du milieu de la santé publique.

Tableau 6 Principales observations sur les acquis, les difficultés à surmonter et les solutions proposées sur le thème de la concertation selon les répondants du milieu policier (P) et du milieu de la santé publique (SCU) incluant le milieu communautaire et les usagers des PES

Acquis	Difficultés à surmonter				Solutions proposées			
	P	SCU		P	SCU		P	SCU
Des pistes d'action pour la concertation								
• Des policiers et des intervenants communautaires qui siègent sur les mêmes comités et collaborent	✓	✓	• Le manque de cohérence dans les actions posées à divers niveaux (comités loin des actions terrain, réponse morcelée au problème de la toxicomanie)	✓	✓	• Créer des comités pour favoriser la communication et la concertation	✓	✓
• Des policiers s'impliquent dans la récupération du matériel d'injection	✓	✓				• Impliquer tous les acteurs concernés par le problème et qui peuvent apporter des solutions		✓
• Des organismes communautaires qui ont pris l'initiative d'informer les policiers et les commerçants sur leur rôle de prévention	✓	✓	• Les organismes communautaires ne sont pas toujours invités à participer aux démarches de concertation		✓	• Offrir de la formation sur la réduction des méfaits et le rôle des PES	✓	✓
• Des agents sociocommunautaires qui sensibilisent les policiers		✓	• Les villes ne sont pas suffisamment concernées par ce problème de santé publique et par la réduction des méfaits	✓	✓	• Élaborer un cadre de référence pour favoriser les bonnes pratiques		✓
• Des policiers qui réfèrent les consommateurs vers les PES	✓	✓	• L'absence de structure officielle et de marche à suivre rend la concertation difficile	✓	✓	• Poursuivre la collaboration entre policiers et organismes communautaires pour la récupération des seringues	✓	✓
			• Le manque de communication entre les différents intervenants	✓	✓	• Renforcer les messages sur la récupération sécuritaire des seringues auprès des personnes UDI	✓	✓
			• Les perceptions négatives des différents intervenants à l'égard des approches de santé publique versus celles de sécurité publique	✓	✓	• Transmettre des messages sur la légalité de posséder des seringues		✓
						• Que la concertation sur les enjeux entourant les PES soit soutenue au niveau supérieur par les différentes associations de policiers		✓
						• Avoir une politique qui intègre la prévention, le traitement, la réduction des méfaits et la répression comme la politique suisse		✓

P = Policiers.

SCU = Intervenants de santé publique et communautaire incluant les usagers des PES.

√ = Les répondants de cette catégorie ont abordé ce thème en discussion.

Parmi les solutions proposées par des représentants du milieu de la santé publique, l'existence d'une politique nationale basée sur une approche des quatre piliers (la prévention, le traitement, l'application de la loi et la réduction des méfaits)⁴⁹ telle que développée en Suisse et à Vancouver, ainsi qu'une collaboration plus étroite entre les autorités policières et les autorités de santé publique sur les enjeux liés aux interventions policières et celles des PES, favoriseraient la concertation. Des répondants du milieu communautaire ont, eux aussi, exprimé l'importance du rôle des organisations policières pour favoriser la concertation.

Finalement, des événements récents entourant une réglementation municipale sur la possession de seringues ont eu un impact sur les usagers des PES qui ne veulent plus transporter de grandes quantités de seringues propres ainsi que les seringues destinées à la récupération. Dans ce contexte, des répondants du milieu de la santé publique souhaiteraient que des représentants du milieu policier se joignent à la santé publique pour transmettre des messages sur la légalité d'avoir en sa possession des seringues pour prévenir la transmission des infections au VIH, au VHB et au VHC (tableau 6).

4.6 CONCLUSION

En conclusion, les consultations ont mis en évidence des situations variables selon les régions et selon les quartiers et surtout, elles ont permis de rendre compte de la possibilité d'appliquer des solutions relativement simples pour répondre aux difficultés soulevées dans la pratique des travailleurs communautaires et des policiers sur le terrain. Certaines expériences de prise en charge des personnes UDI comme l'accès à la méthadone à bas seuil d'accessibilité, ont particulièrement été appréciées du milieu policier. Il appert que les personnes UDI qui ont accès à de tels services sont moins désorganisées, ce qui contribue à réduire les nuisances dans le domaine public, et ce, même si ces personnes ne délaissent pas complètement leur consommation.

Au Québec, il existe une tradition de collaboration entre le milieu policier et celui de la santé publique, ainsi que des initiatives prometteuses qui peuvent inspirer la réflexion du Comité santé et sécurité publique à l'égard des programmes de prévention des ITSS/UDI. De plus, tel que le démontrent les chapitres subséquents, certains leviers propres au Québec, ainsi que des politiques développées ailleurs dans le monde, peuvent aussi être utiles pour soutenir les actions proposées et en assurer la pérennité.

⁴⁹ Pour une description détaillée de l'approche des quatre piliers développée en Suisse et adaptée, par la ville de Vancouver se référer aux sections 5.2 et 5.4 du présent rapport.

5 LES EXPÉRIENCES CANADIENNES ET ÉTRANGÈRES

Cette section apporte un éclairage sur différentes stratégies mises de l'avant dans certains pays ou dans certaines régions en vue de répondre à cette double problématique de la prévention de la toxicomanie, du VIH, du VHB et du VHC et de la prévention de la criminalité. Confrontés à cette problématique, des pays et des villes ont développé des politiques ou des stratégies capables de soutenir le travail des différents acteurs sur le terrain en leur fournissant les outils administratifs et légaux leur permettant de consolider leurs efforts de concertation et de collaboration. L'Angleterre, la Suisse et l'Australie comptent parmi les premiers pays à avoir développé des approches de réduction des méfaits, mais ils ne sont pas les seuls puisque le Canada (Vancouver), l'Allemagne, les Pays-Bas, la Norvège, le Luxembourg, l'Espagne et le Portugal ont aussi adopté de telles approches. Les modèles de l'Angleterre, de la Suisse, de l'Australie et celui de Vancouver ont été retenus en raison de leurs orientations permettant d'intégrer à la fois les préoccupations de santé publique et de sécurité publique. Ces quatre modèles ont été synthétisés et sont présentés à titre d'exemple pouvant guider la réflexion.

5.1 ANGLETERRE - *MERSEY HARM REDUCTION MODEL*

La première stratégie avec une approche de réduction des méfaits, le *Mersey Harm Reduction Model*, a été développée en Angleterre au milieu des années 1980 afin de prendre en compte les problèmes causés par la consommation de drogues^[92]. Cette approche innovatrice ne visait pas à réduire la consommation de drogues, mais plutôt à minimiser les dommages liés à cette consommation. Avec l'émergence du VIH et la prise de conscience par les autorités gouvernementales des risques d'infection pour les usagers de

drogues liés à l'utilisation de matériel d'injection non stérile, il était devenu impératif de mettre à leur disposition du matériel d'injection stérile ainsi que divers services favorisant la réduction des méfaits^[93]. En plus des PES, les services mis en place comprenaient entre autres des programmes de substitution à la méthadone, des programmes de prescription d'héroïne, des services-conseils et de soutien, ainsi que des interventions de justice pénale (*criminal justice interventions*) visant à offrir au contrevenant la possibilité de suivre un traitement contre la dépendance au lieu d'être incarcéré^[16]. Dans cette optique de réduction des méfaits, les

Mersey Harm Reduction Model

Première stratégie avec une approche de réduction des méfaits. Elle a été développée en Angleterre au milieu des années 1980 pour répondre aux problèmes causés par la consommation de drogues.

Cette stratégie ne visait pas à réduire la consommation de drogues, mais plutôt à minimiser les dommages liés à cette consommation.

- programmes d'échange de seringues;
- programmes de substitution à la méthadone;
- programmes de prescription d'héroïne;
- services-conseils et de support;
- interventions de justice pénale.

Les policiers ont adhéré à cette approche en référant les consommateurs de drogues vers ces services.

policiers de cette région ont élargi leur rôle. Désillusionnés quant au fait de devoir arrêter continuellement les mêmes individus et reconnaissant le potentiel de l'approche de réduction des méfaits proposée, les policiers ont adopté un rôle de santé publique, notamment en

référant les usagers de drogues interceptés auprès de différents services, comme les PES^[93]. Le succès de ce modèle dépend d'ailleurs pour une grande part de la collaboration des services de police. En effet, les policiers ont accordé leur appui aux autorités de santé en acceptant de ne pas exercer une surveillance sur les consommateurs de drogues, en dirigeant les personnes interpellées vers les services de santé, en n'intentant pas de poursuites pour possession de seringues et en appuyant publiquement les PES^[94].

La création du *Drug action Team* (DAT) basée sur un partenariat entre la police, les services sociaux et les services de santé, est aussi une stratégie développée en Angleterre pour favoriser la concertation en matière de prévention du VIH, du VHB et du VHC^[85]. Dans le modèle du Royaume-Uni, les autorités locales telles que la police, les services sociaux, les services de santé et le milieu de l'éducation se rencontrent pour identifier et discuter des patrons locaux (*local patterns*) de consommation de drogues et des problèmes qui y sont associés pour les consommateurs et la communauté. Après avoir identifié les types de problèmes rencontrés au sein de la communauté, ce groupe examine ce qui peut être réalistement mis en place pour résoudre ces problèmes. Cette réflexion mène à l'instauration de différents programmes locaux visant à résoudre ou du moins à atténuer ces problèmes. Un aspect important du modèle du Royaume-Uni est qu'il s'inscrit dans une approche gouvernementale et fournit un mécanisme à différents niveaux d'organisations gouvernementales pour coordonner leurs réponses aux problèmes associés à la drogue. Le DAT est soutenu par un *Drug Reference Group* (DRG) composé de membres de la communauté et de parties intéressées par les connaissances entourant l'utilisation de drogues et les dommages qui y sont liés^[95]. Des évaluations de cette approche ont indiqué des effets positifs tels qu'une augmentation de la conscience des services de santé et des programmes de réduction des méfaits parmi les policiers et une plus grande collaboration entre ces différents partenaires. Cependant, les auteurs rapportent des impacts généralement modestes et des difficultés à atteindre les buts visés :

While a small number of evaluations have indicated some positive benefits of DATs, such as increased awareness of health issues and harm reduction among police and greater collaboration among partners, the impacts have generally been modest, and success in achieving many of the more ambitious goals associated with DATs has proved difficult. (...) For example, police and service providers often have different objectives, values, and treatment philosophies (i.e., abstinence versus harm reduction), and therefore have difficulty cultivating healthy working partnerships, especially if forced into partnerships in a top-down fashion.^[85]

Le développement de services de réduction des méfaits dans la région de Mersey au milieu des années 1980 a attiré l'attention d'autres pays dont la Suisse^[14, 96] et l'Australie^[15] qui, à l'exemple de l'Angleterre, ont développé dans les années qui ont suivi des services de réduction des méfaits.

5.2 SUISSE - LA POLITIQUE SUISSE DES QUATRE PILIERS DANS LE DOMAINE DES DROGUES ILLÉGALES

La politique suisse des quatre piliers dans le domaine des drogues illégales^[14] est un exemple de stratégie basée sur une approche pragmatique qui inclut la réduction des méfaits parmi les actions efficaces pour lutter contre la toxicomanie et les infections

transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Cette approche est fondée sur la prévention de la consommation de drogues, sur la disponibilité de thérapies pour venir en aide aux personnes dépendantes, sur la réduction des effets négatifs de l'usage de drogues et sur la répression en vue de réduire les effets négatifs de la consommation de drogues illégales.

En prévoyant des mesures touchant aux domaines de la prévention, de la thérapie, de la réduction des méfaits et de la répression, cette politique a pour but de stabiliser la situation sociale et sanitaire des personnes toxicomanes^[14]. Elle vise à la fois à mettre en place des programmes de réduction des méfaits pour les usagers de drogues et à offrir différentes options de traitement pour ceux désirant mettre fin à leur consommation^[16]. Par le biais de

deux programmes de mesures visant à réduire les problèmes de drogues, l'État suisse est parvenu à réduire le nombre d'infections par le VIH et de décès dus à la drogue, ainsi que le nombre de délits liés à l'acquisition de drogues. De plus, les scènes ouvertes de consommation de drogues, problème important aux yeux de la communauté, sont en grande partie disparues. La Suisse met en place, pour les années 2006 à 2011, son troisième programme de mesures en vue de réduire les problèmes de drogues (ProMeDro III) et de consolider les résultats atteints par le biais des programmes précédents^[14]. Ce programme définit les buts et les activités prévues pour

Programme de mesures en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro III)

La politique suisse en matière de drogue s'appuie sur l'approche des quatre piliers :

- la prévention de la consommation de drogues,
- la disponibilité de thérapies pour venir en aide aux personnes dépendantes,
- la réduction des effets négatifs de l'usage,
- la répression en vue de réduire les effets négatifs de la consommation de drogues illégales dans le déploiement de leur stratégie de lutte à la drogue et aux ITSS.

Une interaction entre les différents piliers permet de faciliter l'atteinte des buts visés par cette approche, ils ne doivent donc pas être considérés comme des champs d'intervention isolés.

chacun des piliers et sert de référence aux différents acteurs mettant en place la politique suisse en matière de drogues. La coordination des activités est assurée par l'État. À la différence des programmes de l'Angleterre^[92] et de l'Australie^[15], celui-ci intègre le pilier de la réduction des méfaits qui prévoit des offres et des interventions visant la diminution des effets négatifs de la consommation de drogues pour les usagers et pour la communauté. La réduction des méfaits comporte des mesures de prévention du VIH et des hépatites, des offres visant à améliorer la situation sociale des personnes toxicodépendantes (travail, logement et structures d'accueil de jour et de loisirs)^[14], ainsi que des services à bas seuil d'accessibilité tel que des programmes d'accès à la méthadone, des centres de jour, des lits dans des refuges, des PES, des services d'injection supervisée et des programmes d'accès à la méthadone en prison^[16].

Une interaction entre les différents piliers permet de faciliter l'atteinte des buts visés par cette approche, ils ne doivent donc pas être considérés comme des champs d'intervention isolés. À titre d'exemple, des mesures de réduction des méfaits et de traitement peuvent se renforcer mutuellement et permettre d'atteindre des améliorations de l'état de santé des

usagers de drogues. D'un autre côté, les mesures prises selon différents piliers peuvent parfois être contradictoires. À titre d'exemple, alors que selon une optique de répression les individus ayant des problèmes de consommation seront considérés comme étant des criminels, ces mêmes individus seront plutôt considérés comme nécessitant des soins et de la compréhension dans le cadre du traitement. En ce qui a trait à la répression, il appert que des mesures doivent être prises pour sensibiliser davantage les services de police et les intervenants en toxicomanie à leurs points de vue respectifs et renforcer leur collaboration. Cette collaboration semble être indispensable à la prise en compte de tous les aspects de la politique suisse en matière de drogues^[14].

À Francfort en Allemagne, une stratégie similaire à celle adoptée par la Suisse a été mise en place grâce à la collaboration de nombreux partenaires. L'approche retenue combine des initiatives de santé et une stratégie policière ne tolérant pas la consommation de drogues sur la place publique et orientant les consommateurs vers des services d'injection supervisée, de traitement ou de refuge. En Allemagne ce sont des programmes à bas seuil d'accessibilité comprenant la réduction des méfaits et le traitement de la dépendance qui ont été développés. Cette notion de bas seuil d'accessibilité permet à des personnes qui n'arrivent généralement pas à se conformer aux exigences des services dans le réseau de la santé et des services sociaux d'être prises en charge malgré les conditions d'extrême précarité dans lesquelles elles se trouvent. Misant sur une approche à bas seuil d'accessibilité, l'Allemagne a mis en place des programmes de substitution à la méthadone, des refuges pour utilisateurs de drogues, des centres de crise multiservices, des PES et des services d'éducation et d'assistance. Le déploiement de ces services s'est avéré à la fois bénéfique pour les services de police en fournissant des options pour la prise en charge des personnes intoxiquées interpellées dans l'espace public et pour les services de prévention et de traitement du réseau de la santé et des services sociaux. Finalement, les *Drug courts* [pour le traitement de la toxicomanie], introduits au milieu des années 1980, offrent aux individus devant purger une sentence de trois ans et moins de prison la possibilité d'opter pour un traitement, incluant un traitement de substitution à la méthadone, plutôt que de purger leur peine d'emprisonnement^[16]. Ce sont là aussi des mesures qui allègent le fardeau de la sécurité publique en termes d'incarcération et de processus de judiciarisation.

5.3 AUSTRALIE - NATIONAL DRUG STRATEGIC FRAMEWORK

Les problèmes liés à la consommation de drogues sont de plus en plus considérés comme un problème de santé publique et une responsabilité de société. Plusieurs pays ont développé des stratégies en vue de minimiser les répercussions de l'usage de drogues à la fois sur les usagers et sur la communauté. Dans le but de fournir un cadre pour la mise en place d'une approche intégrée et coordonnée des problèmes liés à la drogue, l'Australie a développé une stratégie nationale soutenue et complétée par une gamme de stratégies, plans et projets aux niveaux national, territorial, gouvernemental et non gouvernemental. Cette politique est basée sur l'expérience précédente du *National Drug Strategic Framework 1998-99 to 2003-04*^[15].

L'approche australienne en matière de drogues est basée sur le principe de minimisation des dommages (*harm minimisation*), principe qui n'approuve pas l'utilisation de drogues, mais qui réfère plutôt aux politiques et programmes visant à réduire les « dommages » liés à la

drogue. Cette approche considère les drogues licites et illicites ainsi que la prévention de dommages anticipés et la réduction des dommages actuels. L'approche de minimisation des dommages se déploie à travers trois composantes en interaction, soit les implications pour les individus et les communautés; les environnements social, culturel, physique, légal et économique, et la drogue elle-même.

Les stratégies employées peuvent varier selon la nature du problème, la population concernée, le temps et la localité^[15]. L'approche australienne reconnaît le besoin de combiner différentes approches pour minimiser les dommages liés à la consommation de drogues, soit la réduction de l'offre, la réduction de la demande et la réduction des méfaits. Tandis que l'approche de réduction de l'offre consiste en des stratégies pour interrompre, ou du moins perturber la production et l'offre de drogues illicites et pour contrôler et réguler les substances licites, l'approche de réduction de la demande réfère à des stratégies mises en place pour prévenir la consommation de drogues, ce qui inclut des stratégies visant l'abstinence. L'approche de réduction des méfaits comprend quant à elle des stratégies visant à réduire les conséquences néfastes liées à la consommation de drogues, à réduire les comportements à risque qui y sont associés, à solidifier les partenariats actuels et à en établir de nouveaux. Le développement et le renforcement des liens avec les stratégies apparentées à celles visant la réduction des dommages liés à la consommation de drogues sont aussi encouragés^[15].

National Drug Strategic Framework

L'approche de minimisation des dommages se déploie à travers trois composantes en interaction :

- les implications pour les individus et les communautés;
- les environnements social, culturel, physique, légal et économique;
- la drogue elle-même.

Cette approche reconnaît le besoin de combiner différentes approches pour minimiser les dommages liés à la consommation de drogue :

- l'approche de réduction de l'offre,
- l'approche de réduction de la demande.

L'approche de réduction des méfaits comprend des stratégies visant à réduire les dommages liés à la consommation de drogue pour les individus et pour les communautés.

- réduire les comportements à risque,
- solidifier les partenariats actuels et en établir de nouveaux,
- développer et renforcer les liens avec les stratégies apparentées à celles visant la réduction des dommages.

Afin de tester le modèle anglais du *Drug Action Team* (DAT), un projet pilote a été mis en place dans quatre différentes régions de l'Australie. Ce projet pilote est basé sur le modèle de police communautaire développé au Royaume-Uni et implique la mise en place d'une structure de consultation au sein de la communauté constituée d'un *Drug Action Team* (DAT), pour la mise en place des stratégies d'action, et d'un *Drug Reference Group* (DRG), pour le soutien^[95]. Le *National Community Based Approach to Drug Law Enforcement DAT/DRG model* varie quelque peu du modèle du Royaume-Uni. Il y a également des variations entre le modèle des deux projets évalués et celui des deux autres projets mis en place, notamment en vertu des différences dans les structures administratives et les problèmes rencontrés dans chacune des localités où ils sont implantés. Dans les deux

projets pour lesquels Mildford et collab.^[95] rapportent une évaluation, l'accent est davantage mis sur les bénéfices immédiats de la réduction des méfaits que sur la collecte d'information à propos de l'utilisation de drogues au niveau local. Il y a également une différence structurelle dans la relation entre le DAT et le DRG; le modèle a été adapté pour utiliser le *Safer WA committee* dans le rôle du DRG. Le *Safer WA committee* est coordonné par la police et rassemble des éléments clés de la communauté, de la police et du personnel de l'agence de santé afin de partager leurs visions dans le but de réduire le crime et ses conséquences pour la région. Ce groupe ne met pas spécifiquement l'accent sur l'utilisation de drogues et ses conséquences et n'est pas le mieux placé pour fournir une compréhension du portrait de la situation locale (en lien avec la drogue), bien qu'il fournisse de bons liens avec la communauté^[95].

Cette approche, qui inclut le développement d'une formation en santé auprès des policiers, a donné lieu, pour le projet pilote mis en place en Australie, au développement de cartes contenant des informations utiles pour les consommateurs de drogues (services d'urgence, d'assistance, de soutien et de traitement) pouvant être distribuées aux personnes UDI par les policiers^[85]. Ces cartes représentent à la fois une opportunité pour les consommateurs pour demander de l'aide et une opportunité pour les policiers de leur venir en aide. Plusieurs des individus ayant reçu des services d'assistance et de soutien dans les régions où ces cartes ont été distribuées ont indiqué avoir reçu l'une de ces cartes. Cette initiative a également accru le niveau et la qualité de la coopération entre les policiers et les agences de santé^[49].

5.4 CANADA - A FRAMEWORK FOR ACTION: A FOUR-PILLAR APPROACH TO DRUG PROBLEMS IN VANCOUVER

Des expériences de collaboration en matière de prévention du VIH, du VHB et du VHC sont également mises en place au Canada, plus particulièrement à Vancouver, un des principaux points d'entrée de la drogue en Amérique du Nord. Dans le but d'instaurer des actions visant les problèmes liés aux drogues à Vancouver, un plan d'action basé sur les quatre piliers a été élaboré. *A Framework for action : A Four-Pillar Approach to Drug Problems in Vancouver* fait appel à plusieurs acteurs, notamment au sein des agences gouvernementales et non gouvernementales, du système de justice et du système de santé. Afin d'atteindre un équilibre entre l'ordre public et la santé publique, l'approche de Vancouver est basée sur la politique des quatre piliers qui sont 1) la prévention; 2) le traitement; 3) l'application de la loi; et 4) la réduction des méfaits. Les actions proposées dans ce document prennent place dans une stratégie visant à créer une communauté sécuritaire et en meilleure santé^[16].

Dans l'optique de réduire les « dommages » liés à la consommation et à la vente de drogues illicites pour les usagers de drogues et les communautés, ce plan d'action a pour objectifs :

- D'amener les autres paliers de gouvernement à mener des actions et prendre leurs responsabilités par rapport aux éléments du plan d'action qui relèvent de leur juridiction et encourager une approche régionale de développement de services;
- De travailler au rétablissement de l'ordre public en diminuant les impacts des drogues illicites sur la communauté, les scènes ouvertes de consommation de drogues, les impacts du crime organisé sur la communauté et les individus, en tenant compte des

préoccupations du voisinage, des organisations et des individus concernant la sécurité, les activités criminelles, les abus de drogues et les problèmes qui y sont liés, et en mettant en place des techniques de prévention du crime pour augmenter la sécurité du public;

- De travailler à réduire les problèmes de santé liés à la consommation de drogues en réduisant les dommages pour la communauté et les individus, en sensibilisant le public sur le fait que la dépendance est un problème de santé, en tentant de diminuer la propagation du VIH et de l'hépatite C, en réduisant le nombre de décès par surdose, en réduisant le nombre de personnes faisant un mauvais usage de drogues, et en fournissant des services aux groupes à risque tels que les jeunes, les femmes et les individus ayant des problèmes de santé mentale;
- De recommander la création d'un poste de coordination pour mettre en place les actions prévues dans ce plan et l'évaluation de la mise en place du plan par des représentants de la police, du domaine de la santé, de la municipalité, de certains ministères et de la communauté^[16].

La politique du Service de police de Vancouver sur les drogues est basée sur cette approche des quatre piliers. Cette politique a été développée dans le but de fournir une référence aux dirigeants du Service de police de Vancouver, aux policiers, à la population, aux dirigeants

A Four-Pillar Approach to Drug Problems in Vancouver

L'approche de Vancouver est basée sur la politique des quatre piliers

- La prévention,
- Le traitement,
- L'application de la loi,
- La réduction des méfaits.

Les actions proposées prennent place dans une stratégie visant à créer une communauté sécuritaire et en meilleure santé.

Dans l'optique de réduire les « dommages » liés à la consommation et à la vente de drogues illicites pour les usagers de drogues et les communautés, le plan d'action a pour buts :

- D'amener les autres niveaux de gouvernement à mener des actions et à s'engager dans le plan d'action proposé;
- De travailler à la restauration de l'ordre public;
- De travailler à réduire les problèmes de santé liés à la consommation de drogue;
- De recommander la création d'un poste de coordination.

de la Ville de Vancouver et aux différents partenaires impliqués dans l'application de la Loi sur les drogues. En matière de réduction des méfaits, le Service de police de Vancouver soutient un éventail de stratégies et d'initiatives mises en place par les autorités de santé et par d'autres organisations ayant pour objectif la réduction des méfaits dans la société. À titre d'exemple, le Service de police de Vancouver endosse les objectifs de santé publique en lien avec les PES et le SIS *InSite*. Le Service de police de Vancouver s'est également engagé par le passé dans des initiatives de réduction des méfaits. À titre d'exemple, l'initiative visant à retirer le vin de riz, substance non réglementée et responsable de nombreux décès, des lieux de vente habituels pour en confier la vente à la société d'État régissant le commerce des boissons alcooliques et assurant la qualité des produits^[97].

La réduction des méfaits apparaît, du point de vue du Service de police de Vancouver, comme étant nécessaire pour soutenir les objectifs de santé publique que sont la réduction de la transmission du VIH, du VHB et du VHC et la prévention des surdoses. Sa mission de sécurité publique basée sur la loi est liée au pilier de réduction des méfaits en termes de réduction du crime et de la peur du crime, de réduction du désordre dans les rues et de protection des personnes vulnérables. Conscient du fait que l'application de la loi peut parfois avoir des effets négatifs sur la mise en œuvre de pratiques de réduction des méfaits, le Service de police de Vancouver essaie de gérer et de minimiser ces effets par le biais d'une communication avec les intervenants des services de santé^[97].

En conclusion, on retiendra que les stratégies de réduction des méfaits se sont développées en réponse à des situations problématiques entourant l'usage de drogues et la sécurité dans les milieux de vie et qu'elles répondaient à la fois à des préoccupations de santé publique et de sécurité publique. Lorsque des politiques de réduction des méfaits ont été proposées, elles ont été préparées de concert avec les autorités de santé publique et de sécurité publique. Ces politiques ont obtenu des appuis du milieu parce que les autorités municipales ou gouvernementales se sont engagées et ont proposé des mesures de soutien à la concertation. De manière générale, et ce, même si elles ne sont pas parfaites, ces politiques ont contribué à harmoniser les pratiques de santé publique et de sécurité publique.

6 LE CONTEXTE QUÉBÉCOIS DE LA CONCERTATION INTERSECTORIELLE

Le Québec bénéficie d'un certain nombre de dispositifs pouvant favoriser l'amorce d'une réflexion interministérielle pour une meilleure prise en charge des problèmes liés à l'usage de drogues et des risques à la santé engendrés par la consommation de drogues. Au cours des dernières décennies, des efforts soutenus pour favoriser une meilleure concertation entre les différents ministères concernés par ce problème ont été déployés^[18, 43, 98-100]. Pour assurer une meilleure compréhension de la problématique de l'usage de drogues et des actions menées pour en réduire l'offre, la demande et les conséquences néfastes, il importe de bien saisir les objectifs spécifiques de chacune des instances et les objectifs de collaboration proposés dans le cadre des stratégies ministérielles.

6.1 DESCRIPTION DES MANDATS DU MSSS ET DU MSP ET DES LEVIERS POUR L'ACTION

Le MSSS a pour mission de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être des Québécoises et des Québécois^[101]. Pour sa part, la Direction de santé publique du MSSS définit les activités devant être mises en œuvre afin d'agir sur les déterminants exerçant une influence sur les dimensions physique et psychosociale de la santé dans le cadre de son *Programme national de santé publique 2003-2012*^[18]. Le PNSP permet de structurer et d'organiser les interventions aux paliers central, régional et local. Ce programme s'inscrit dans le prolongement de la Loi sur la santé publique⁵⁰, laquelle définit les principales fonctions de la santé publique qui sont la surveillance continue de l'état de santé de la population, la promotion de la santé et du bien-être, la prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes, et la protection de la santé. La Loi sur la santé publique, adoptée en 2001, prévoit des leviers pour favoriser la concertation entre des acteurs de différents milieux qui peuvent agir sur les déterminants de la santé^[18].

La *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement*^[19], encadrée par le PNSP, reprend pour le domaine des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) les objectifs de ce programme et propose des stratégies d'actions visant à renforcer le potentiel des personnes, soutenir le développement des communautés, participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être, soutenir les groupes vulnérables et encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces. La situation des groupes particulièrement touchés par les ITSS et faisant souvent face à d'autres problématiques est très complexe. Une intervention concertée auprès des populations vulnérables doit donc faire appel à différents secteurs^[27, 102]. La stratégie d'action concernant l'élaboration de projets d'action intersectorielle vise la poursuite de l'action amorcée avec des acteurs d'autres secteurs (autres ministères ou acteurs extérieurs au réseau de la santé et des services sociaux), d'autres directions ou d'autres paliers du réseau de la santé et des services sociaux. Un certain nombre de collaborations sont déjà amorcées, telles que le travail de concertation au niveau régional avec les intervenants en toxicomanie, avec le milieu scolaire et les centres de détention. Un travail de concertation se fait aussi avec le MSP, le ministère de l'Éducation

⁵⁰ Gouvernement du Québec (2001) Loi sur la santé publique, Gouvernement du Québec, [en ligne], http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html.

du Québec, avec la Coalition des organismes communautaires québécois de la lutte contre le sida (COCQ-sida), avec l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec (AITQ), l'Association des centres de réadaptation en dépendance et avec la Commission de la santé et des services sociaux des premières nations du Québec et du Labrador. Dans le but de faire progresser les mesures de réduction des méfaits, le MSSS considère que des interactions plus étroites devraient être développées entre les secteurs des ITSS et de la toxicomanie^[19, 102]. De plus, la toxicomanie présuppose une consommation de drogues illicites et des interactions avec les services policiers.

C'est dans cette perspective que le directeur national de santé publique du Québec a ouvert le dialogue avec le MSP en demandant la création d'un groupe de travail sur l'harmonisation des pratiques dans ces deux secteurs⁵¹. Cette demande visait d'une part la collaboration entre les services policiers et le réseau de la santé et des services sociaux pour la récupération sécuritaire des seringues usagées et, d'autre part, la création d'un groupe de travail visant à favoriser la cohérence entre les actions policières et les interventions du réseau de la santé et des services sociaux auprès des personnes qui font usage de drogues par injection^[27, 102].

Le MSP, qui a pour mission d'assurer la sécurité publique au Québec, « est appelé à diminuer la vulnérabilité des Québécoises et des Québécois notamment face aux risques liés à la criminalité et aux sinistres »⁵². Pour ce faire, il intervient dans trois secteurs d'activités spécifiques qui sont les services de prévention et de lutte contre la criminalité, d'intervention policière et de protection publique et privée, les services correctionnels, et les services de sécurité civile et de sécurité incendie. Le MSP « compte ainsi sur la collaboration de divers partenaires, dont les organisations policières, les services d'incendie, les municipalités et les organismes communautaires, sans oublier la Sûreté du Québec et les organismes qui relèvent du ministre de la Sécurité publique »⁴². À cet effet, et dans une logique de complémentarité avec la politique ministérielle « Vers une police plus communautaire », le MSP a élaboré en 2001 une politique en matière de prévention de la criminalité intitulée « Pour des milieux de vie plus sécuritaires »^[46].

Cette politique présente une démarche structurée d'intervention visant la prévention de la criminalité qui « consiste en des mesures proactives et non pénales qui ont pour but spécifique de réduire la criminalité en agissant sur les facteurs qui la déterminent, soit sur les circonstances et l'environnement dans lesquels sont commis les délits ou encore sur les facteurs contemporains⁵³ qui prédisposent à la criminalité »^[46]. Par le biais de cette politique, le MSP propose une vision à long terme de la prévention de la criminalité à tous les partenaires impliqués. Ces derniers sont : la société civile, les organismes communautaires, les entreprises du secteur privé et le secteur de l'enseignement et de la recherche et, au niveau des pouvoirs publics, les autres ministères et organismes du gouvernement du Québec, le gouvernement fédéral, les municipalités et les services policiers^[46].

⁵¹ Document interne MSP, « Mandat – Comité sur la prévention du VIH et des hépatites B ET C » 29 octobre 2008.

⁵² Site du MSP 27 février 2012, <http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/ministere/mission.html>.

⁵³ Les facteurs contemporains qui prédisposent à la criminalité renvoient, dans cette définition, aux facteurs socio-économiques pouvant influencer les comportements délinquants et aux facteurs de vulnérabilité qui caractérisent les victimes potentielles.

En s'appuyant sur les trois principes directeurs suivants, soit une approche préventive, des stratégies d'intervention diversifiées et une approche intégrée, le MSP propose différentes orientations stratégiques visant à atteindre l'objectif principal de cette politique qui est de « réduire la criminalité réelle et d'offrir à la population du Québec des milieux de vie plus sécuritaires »^[46]. Au nombre de ces orientations se retrouvent des stratégies locales de prévention de la criminalité mises en œuvre sous la responsabilité des municipalités en concertation avec les partenaires du milieu, ainsi qu'une stratégie d'intervention pour les entreprises du secteur privé afin d'apporter des solutions aux problèmes de criminalité spécifiques aux entreprises de ce secteur. Des stratégies sont également prévues pour soutenir les volets recherche, développement et formation en matière de prévention de la criminalité, ainsi que pour promouvoir la prévention de la criminalité dans le but d'informer les citoyens et de susciter la participation des différents partenaires dans l'élaboration de stratégies locales^[46].

6.2 LEVIERS POUR CRÉER DES ENVIRONNEMENTS FAVORABLES À LA CONCERTATION

Tout en respectant leur mission et leur mandat respectifs, les représentants des réseaux de la santé et des services sociaux et de la sécurité publique peuvent agir en collaboration lorsqu'ils sont interpellés par une problématique commune. À ce titre, comme le mentionne le MSP dans sa politique en matière de prévention de la criminalité intitulée *Pour des milieux de vie plus sécuritaires*, la prévention de la criminalité relève en tout premier lieu de sa compétence. Toutefois, il s'avère que « d'autres ministères et organismes gouvernementaux, en particulier ceux à vocation sociale et socioéconomique, peuvent contribuer de façon significative à la prévention de la criminalité par l'intermédiaire de certains programmes placés sous leur responsabilité »^[46]. Le MSP propose également une stratégie de concertation interministérielle dans le but de développer une vision gouvernementale en matière de prévention de la criminalité et une stratégie de soutien à l'action, aux plans technique et financier, afin de favoriser le développement d'actions préventives par les communautés adaptées aux problèmes de criminalité auxquels elles doivent faire face.

En matière de toxicomanie, le MSSS a animé une démarche de concertation avec plusieurs autres ministères, soit le MSP, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, le ministère du Conseil exécutif (Secrétariat à la jeunesse et Secrétariat aux affaires autochtones), le ministère des Transports (Société de l'assurance automobile du Québec), le ministère de la Justice, le ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, et le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, afin d'élaborer le *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*^[99]. Ce plan d'action gouvernemental oriente et harmonise l'intervention des ministères et des organismes d'État et du milieu concernés par la toxicomanie en mettant l'accent sur la concertation, et ce, dans le respect de la mission de chacun. Il vise à encourager les individus et les communautés à adopter des comportements responsables à l'égard de la consommation de substances psychoactives et à optimiser les actions du gouvernement et des communautés en les rendant complémentaires et concertées. Il donne suite au *Cadre de référence pour l'élaboration d'un plan d'action national de lutte contre la toxicomanie*^[98] adopté en 2002, complète les démarches amorcées par le gouvernement et certains ministères et organismes, tient compte des politiques existantes et est conçu en lien avec la Politique ministérielle en prévention de la criminalité du MSP. Le *Plan d'action interministériel*

en toxicomanie 2006-2011 est basé sur cinq principes, soit une intervention adaptée, une responsabilité individuelle, une responsabilité collective, des actions fondées sur la connaissance et l'expérience, et la concertation^[99].

Le *Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013*^[36] a également été élaboré par le MSSS en collaboration avec plusieurs ministères et organismes gouvernementaux, soit le MSP, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, le ministère de la Justice, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, le ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire, le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, le ministère du Conseil exécutif (Secrétariat à la jeunesse et Secrétariat aux affaires autochtones) et la Société d'habitation du Québec, chacun d'entre eux étant porteur d'un rôle spécifique en vertu de son mandat. Tandis que le MSSS contribue à ce plan d'action sur le plan sociosanitaire, le rôle du MSP, de concert avec le ministère de la Justice, est en lien avec la prévention de la judiciarisation et le partage de l'espace public^[36]. Ce plan d'action donne suite aux audiences publiques sur l'itinérance tenues par la Commission des affaires sociales du Québec à l'automne 2008. La teneur des propos exprimés lors de ces audiences et le cadre de référence en itinérance du MSSS^[100] commandaient l'élaboration d'un plan d'action interministériel en itinérance. Ce plan d'action, qui « fournit des leviers pour répondre aux besoins des hommes et des femmes qui requièrent de l'aide pour s'en sortir », est échelonné sur trois ans et repose sur cinq priorités, soit la prévention, la stabilité résidentielle, l'amélioration, l'adaptation et la coordination de l'intervention, la cohabitation tolérante et sécuritaire dans les lieux publics, ainsi que la recherche^[36].

Le Québec dispose donc d'un ensemble de mesures et de cadres de référence qui peuvent être utilisés pour soutenir une démarche visant la prévention de la toxicomanie et la prévention de la criminalité. Il existe divers leviers qui peuvent être utilisés par les instances de santé publique et de sécurité publique pour permettre de répondre aux préoccupations des acteurs sur le terrain et de favoriser la concertation pour assurer la prévention des infections au VIH, au VHB et au VHC et la sécurité dans les milieux de vie des citoyens. Le PNSP tout comme la Stratégie québécoise de lutte aux ITSS ont des dispositions permettant la collaboration entre le secteur de la santé et des services sociaux avec d'autres instances publiques, privées et communautaires. Des dispositions similaires sont aussi inscrites dans la politique ministérielle du MSP qui, de surcroît, peut s'appuyer sur l'approche de police communautaire. À cela s'ajoutent deux plans d'action interministériels, celui en toxicomanie et celui en itinérance qui offrent des leviers importants pour la concertation. Les expériences étrangères peuvent aussi être mises à profit afin d'alimenter la réflexion vers une harmonisation des pratiques de prévention auprès de la population d'UDI exposée aux risques d'infection au VIH, au VHB et au VHC.

6.3 PROJETS QUÉBÉCOIS DE COLLABORATION INTERSECTORIELLE

Le Québec est aussi à l'avant-garde dans ses initiatives intersectorielles impliquant les instances policières, de santé et services sociaux et communautaires pour encadrer des interventions auprès de populations particulièrement vulnérables sur le plan de la santé mentale et de la dépendance. L'équipe de projet a recensé un certain nombre d'initiatives en vue de dégager des pistes d'intérêt pour la collaboration intersectorielle. L'analyse n'avait pas pour objectif d'évaluer la pertinence ou la performance de ces initiatives, mais plutôt de

proposer une analyse transversale des facteurs favorables ou défavorables à leur implantation. Aussi, le lecteur qui souhaite plus de détails sur les projets peut se référer à l'annexe 3 pour une description plus complète et consulter les nombreuses références citées dans le texte en lien avec ces projets.

Parmi les initiatives développées en vue d'aider à résoudre les problèmes au quotidien des adultes ayant des problèmes de santé mentale et des démêlés avec la justice, le Programme d'encadrement clinique et d'hébergement (PECH), le Programme d'accompagnement justice-santé mentale (PAJ-SM), l'équipe UPS – Justice et la Division urgence sociale ont été mis sur pied respectivement dans les villes de Québec, de Montréal et de Laval (tableau 7)^{54[103]}. Dans le cas de PECH, l'initiative vient du milieu de la sécurité publique et a pour objectif d'offrir un lieu d'encadrement pour des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et pour lesquelles il y a des signalements^[104]. Lorsqu'un policier doit intervenir auprès d'une personne en crise et ayant des problèmes de santé mentale, il peut faire appel au PECH. Cet organisme dispose de trente minutes pour envoyer un intervenant en soutien. Dans la majorité des cas, la personne en crise est prise en charge par l'intervenant^[105] (se référer à l'annexe 3 pour une description plus détaillée des initiatives). De son côté, le PAJ-SM, est une initiative de différents organismes communautaires, du ministère de la Justice et du MSSS, en collaboration avec la Ville de Montréal^[106-108]. Ce service implanté dans le cadre d'un projet pilote vise à éviter le recours à l'incarcération et à réduire la criminalisation des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Ces deux services constituent également des pôles de référence pour les policiers lors de l'arrestation de personnes présentant des troubles de santé mentale. Les policiers assurent ainsi une prise en charge immédiate des personnes qui autrement se retrouveraient en détention alors que le problème relève plutôt du réseau de la santé et des services sociaux.

L'équipe UPS-Justice, implantée en 1996, est un soutien aux différents intervenants sur l'ensemble de l'île de Montréal pour évaluer l'état mental des personnes qui présentent un danger pour elle-même ou pour les autres. Les intervenants réalisent des interventions dans la communauté et accompagnent les personnes à la cour^[109]. Pour le volet d'intervention dans la communauté, l'intervenant se rend sur les lieux de l'événement, il évalue la situation de crise et fait une première intervention. Au besoin, il réfère la personne à une ressource appropriée comme l'hébergement de crise ou l'hospitalisation psychiatrique^[110]. L'équipe UPS-Justice offre un soutien aux intervenants en proposant des alternatives autres que le recours à une intervention policière^[111].

⁵⁴ D'autres villes au Québec ont aussi développé des projets similaires, c'est le cas de la ville de Terrebonne avec son programme^[102].

Tableau 7 Expériences québécoises de collaboration ou de concertation intersectorielle entre les milieux policier, de la santé et des services sociaux et d'intervention auprès des populations vulnérables

<i>Population ciblée</i>	<i>Initiative</i>	<i>Type de partenariat</i>	<i>Type d'intervenant impliqué</i>	<i>En opération</i>
Santé mentale	Programme d'encadrement clinique et d'hébergement (PECH) – Ville de Québec	Collaboration agents correctionnels/ policiers/santé	Agents correctionnels, policiers, intervenants communautaires	Oui
	Programme d'accompagnement justice-santé mentale (PAJ-SM) – Montréal	Collaboration MSSS-Ministère de la Justice/initiateurs	Procureurs de la Couronne, avocat de l'aide juridique, juges, agent de probation, médecin omnipraticien spécialisé en santé mentale, agents de liaison santé et services sociaux, intervenant d'Urgence psychosociale-justice	Projet pilote en cours
	Équipe UPS – Justice	Collaboration/policiers et intervenants sociaux	Intervenants ayant une formation en travail social, en soins infirmiers, en sexologie, en psychologie, en psychoéducation et en criminologie	Oui
	Division urgence sociale	Collaboration/policiers et intervenants sociaux	Intervenante sociale et auxiliaire sociale	Oui
Personnes en situation d'itinérance	Équipe de médiation urbaine (EMU) – Montréal	Policiers membres du comité opérationnel/ collaboration	Médiateurs professionnels et bénévoles	Projet pilote en cours
	Équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance (EMRII)	Collaboration/policiers et intervenants sociaux	Intervenants du CSSS Jeanne-Mance	Oui
	Dernier Recours – Montréal	En soutien aux policiers		Fermé
	Service de dégrisement de la Maison de Lauberivière – Ville de Québec	Collaboration/policiers et intervenants sociaux	Responsable de secteur, intervenant, préposé	Fermé
Dépendance	Projet NAOMI (<i>North American Opiate Medication Initiative</i>) – Montréal	Policiers en soutien sur le comité-conseil	Médecins, infirmières, intervenants psychosociaux	Étude terminée
	Méta d'Âme – Montréal	Concertation	Usagers et ex-usagers de méthadone (pairs aidants)	Oui
	Relais-Méthadone – Montréal	Concertation	Infirmière coordonnatrice, infirmiers(ères), intervenants psychosociaux, travailleurs de milieu, médecins	Oui
PES	Cactus Montréal	Concertation	Travailleurs de rue	Oui
	Pikatemps – Val d'Or	Concertation	Travailleurs de milieu	Oui
	Plein Milieu – Montréal	Concertation	Travailleurs de milieu	Oui
	Point de Repères – Ville de Québec	Concertation	Travailleurs de milieu	Oui
	Spectre de Rue – Montréal	Concertation	Intervenants, infirmières, travailleurs de rue	Oui
Travailleurs-travailleuses du sexe	Projet Prostitution de rue – Montréal	Collaboration	Policiers, intervenants communautaires	Non

La Division urgence sociale a été mise en place par la municipalité de Laval en 1965 (tableau 7). Elle relève maintenant du secteur intervention de quartier de la Division soutien au territoire de la police de Laval et intervient sur des urgences psychosociales avec les policiers. Cette division offre des services psychosociaux d'urgence aux personnes à la suite d'un évincement de leur logement, d'un incendie, d'une évacuation ou en cas d'insalubrité. Elle offre aussi des services aux personnes en situation d'itinérance, en perte d'autonomie faisant face à des problèmes familiaux ou financiers, aux prises avec des problèmes de santé mentale, de dépendance ou de violence. Quoique les personnes ciblées par cette division puissent faire face à des problématiques diverses, la majorité des interventions effectuées le sont auprès de personnes ayant des problèmes de santé mentale. Lorsqu'ils sont appelés pour intervenir (directement ou par l'entremise des policiers), les intervenants de la Division urgence sociale font l'évaluation de l'état mental de la personne, estiment son degré de dangerosité et réfèrent vers les services appropriés au besoin^[112].

Les services offerts par l'Équipe de Médiation Urbaine (EMU), par l'Équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance (EMRII), par Dernier Recours et par le Service de dégrisement de la Maison de Lauberivière ciblent pour leur part les personnes en situation d'itinérance (tableau 7). Seules les initiatives EMU et EMRII sont toujours en opération en 2011. L'Équipe de Médiation Urbaine est un projet pilote qui a pour objectif de trouver des solutions alternatives au problème des contraventions émises par les policiers de Montréal aux personnes marginalisées et en situation d'itinérance. L'approche repose sur du « travail de proximité, de prévention de situations à risque, de saine gestion des incivilités auprès de personnes en situation d'exclusion (itinérants, jeunes de la rue, Autochtones) et [de la] résolution de conflits entre ces personnes et les autres occupants de l'arrondissement Ville-Marie »^[113]. Dans ce projet les policiers ont été impliqués au sein du comité opérationnel dont le mandat était de conseiller les travailleurs de proximité. En cours de projet, des collaborations avec les services de police se sont développées. L'Équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance (EMRII) a été mise en place par le Service de police de la Ville de Montréal. Elle a pour principal objectif de rejoindre les personnes en situation d'itinérance, ou à risque de le devenir, qui font régulièrement l'objet d'interventions policières afin de leur offrir des alternatives et de développer des interventions policières adaptées à leur besoin ou à leur situation. Cette équipe travaille en soutien aux policiers patrouilleurs et « applique les principes de la résolution de problème dans leur intervention dans le but de réduire le nombre d'interventions policières à répétition auprès des mêmes personnes itinérantes »^[114].

Le projet Dernier Recours avait, quant à lui, pour objectif d'assurer le rôle de coordination des interventions de référence et de dépannage aux personnes en situation d'itinérance sur le territoire de la Ville de Montréal^[115], tandis que le Service de dégrisement de la Maison de Lauberivière offrait de l'accompagnement et de la surveillance dans les situations d'intoxication^[116]. Ces services représentaient une alternative pour les policiers qui pouvaient y référer les personnes itinérantes ou intoxiquées, plutôt que de les incarcérer.

À Montréal, trois initiatives ciblant les personnes ayant des problèmes de dépendance aux opioïdes ont été développées, soit les initiatives Méta d'Âme, Relais-Méthadone et NAOMI (tableau 7). Le centre de jour Méta d'Âme, parrainé par le Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN), assure un soutien aux personnes sous traitement à la

méthadone^[117, 118]. Le CRAN est aussi associé au programme Relais-Méthadone, premier service d'accès à la méthadone à bas seuil d'accessibilité au Canada, créé en 1999^[119, 120]. Ce programme offre un traitement de substitution et un encadrement médical et psychosocial pour les personnes dépendantes aux opioïdes^[121]. Le projet NAOMI (*North American Opiate Medication Initiative*) est une étude clinique réalisée, pour le volet québécois, entre 2005 et 2009 par le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) en collaboration avec le CRAN. L'étude ciblait des personnes dépendantes aux opioïdes ne répondant pas aux traitements conventionnels^[122] et à qui un traitement supervisé à l'héroïne sous prescription médicale a été proposé^[123]. Dans ces trois initiatives impliquant le CRAN, les collaborations avec les services policiers se sont généralement établies à la phase d'implantation afin d'en assurer la viabilité. Par contre, ce sont de bons exemples d'initiatives qui permettent de sortir les personnes de la rue et de prévenir la transmission des infections au VIH, au VHB et au VHC.

L'implantation des PES, au début des années 1990, a donné lieu à des ententes, souvent informelles, entre les milieux policiers et de la santé et des services sociaux. Ces ententes ont été cruciales pour le déploiement des mesures de prévention du VIH, du VHB et du VHC au Québec. Ces ententes ont porté sur la non intervention des policiers à l'intérieur des PES (sauf pour des raisons de force majeure) et l'établissement de zones protégées dans le périmètre des PES (les policiers devaient minimiser leur présence dans ces secteurs afin de favoriser la fréquentation des sites). Quatre PES ont été abordés dans la documentation consultée, soit Cactus Montréal, Point de Repères, Spectre de rue et Plein Milieu (tableau 7). Cactus Montréal, premier PES à voir le jour au Québec en 1989^[124, 125], Spectre de rue^[126] et Plein milieu^[127] offrent des services aux personnes UDI de Montréal. À Québec, Point de Repères est situé dans la basse-ville^[128] tandis qu'en Abitibi-Témiscamingue Pikateps dessert la communauté de Val d'Or^[129].

Finalement, un projet s'adressant plus particulièrement aux travailleurs et travailleuses du sexe a été recensé, soit le projet La prostitution de rue – intervention en situation de crise qui a fait suite au projet pilote Temps d'arrêt^[40] mis en place en 2003 à la Ville de Montréal suivant une initiative de la ville et du SPVM^[130] (tableau 7). En plus du SPVM, et plus spécifiquement des postes de quartier 21 et 22, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, l'arrondissement Ville-Marie et certaines ressources communautaires ont collaboré au projet. Ce projet avait entre autres objectifs de favoriser la référence des policiers aux organismes communautaires, de maintenir ou améliorer l'accès aux services communautaires pour les travailleurs et travailleuses du sexe et de poursuivre les efforts pour leur assurer une accessibilité aux soins de santé. Des efforts de sensibilisation, notamment auprès des policiers, quant aux réalités auxquelles les travailleurs et travailleuses du sexe sont confrontés faisaient partis des objectifs de ce projet^[130] qui n'est plus en cours à la suite de protestations de la part des résidents et des commerçants du quartier.

6.4 CONDITIONS FAVORABLES À LA COLLABORATION

Pour compléter le portrait québécois de la collaboration intersectorielle entre les milieux policiers, le milieu de la santé et des services sociaux et les milieux d'intervention auprès des populations vulnérables, une analyse transversale a été réalisée en vue de dégager les

conditions favorables et les obstacles à l'implantation d'initiatives concertées (tableau 8). Les responsables et les intervenants impliqués dans les différentes initiatives québécoises impliquant une collaboration ou une concertation entre les milieux policier, communautaire et de la santé et des services sociaux mis en place en matière de prévention auprès des populations vulnérables ont, pour la plupart, eu à faire face à différents obstacles lors de l'implantation et de la mise en œuvre de leur initiative respective. Des conditions favorables à la mise en œuvre de ces projets ont aussi été décrites dans la documentation ainsi qu'un certain nombre de stratégies déployées par les acteurs pour surmonter les obstacles rencontrés et favoriser l'implantation de ces initiatives.

Tableau 8 Conditions favorables et obstacles à l'implantation d'initiatives québécoises de collaboration intersectorielle entre les milieux policier, de la santé et des services sociaux et les milieux d'intervention auprès des populations vulnérables

Conditions favorables	Initiatives
Entente entre le MSP et le MSSS prévoyant une meilleure collaboration entre les agents des deux systèmes et signature d'une entente officielle au niveau local	PECH UPS-Justice
Persévérance et ténacité des intervenants communautaires pour convaincre les services policiers et gagner la confiance des policiers	PECH
Caractéristiques professionnelles (intervenants impliqués, chef de police, ...)	PECH
Journées de séminaire pour convenir d'une conception commune du projet	EMU
Évaluation des besoins de la clientèle visée	UPS-Justice
Évaluation moins d'un an après l'implantation	EMU
Soutien d'un comité consultatif pour l'implantation du projet	NAOMI Relais- Méthadone UPS-Justice
Participation à des comités, tables de concertation ou regroupements afin de collaborer étroitement avec les instances actives au sein du milieu	Cactus Montréal Division urgence sociale UPS-Justice
Obstacles	Initiatives
Lutte de pouvoir et résistance entre intervenants de milieux différents	PECH
Difficultés d'implantation en lien avec des facteurs internes à l'équipe	PECH
Manque de cohérence en ce qui a trait à la compréhension collective du projet	EMU
Inadéquation de l'environnement (territoire trop vaste, locaux non appropriés, ...)	EMU Dernier Recours
Organismes communautaires du secteur peu réceptifs à l'implantation	EMU
Relations difficiles avec la communauté résidentielle et commerçante	Cactus Montréal Dernier Recours
Manque de concertation et de coordination avec les ressources du milieu	EMU Dernier Recours
Absence de politiques sociales déterminant les orientations à emprunter en matière d'itinérance	Dernier Recours

Les intervenants de PECH ont dû surmonter plusieurs obstacles lors de l'implantation du projet, notamment un choc des cultures entre policiers et intervenants communautaires^[104]. Parmi les obstacles notés se retrouvent des divergences d'intérêts, de la méfiance, une

résistance du milieu policier et des luttes de pouvoir entre agents correctionnels et intervenants communautaires. Certains agents étaient persuadés que les intervenants du PECH étaient à leur service, ce qui causait des irritants pour la démarche (tableau 8)^[104]. La persévérance et la ténacité des intervenants communautaires, qui ont pris le temps de s'asseoir avec les policiers pour leur faire connaître les objectifs du programme, est un facteur clé dans la réussite de l'implantation de ce projet. Cela a permis de gagner la confiance des policiers. La mise en œuvre d'une approche de police communautaire et des garanties quant à la pérennité du programme ont également contribué à gagner la confiance des policiers. Une entente entre le MSP et le MSSS qui prévoyait une meilleure collaboration entre les acteurs des deux secteurs, c'est-à-dire des efforts préalables de restructuration des liens entre les agents sociosanitaires et ceux de la sécurité publique au niveau central, est un autre facteur ayant favorisé l'implantation et le maintien de PECH. De plus, certaines caractéristiques professionnelles, dont une orientation axée sur l'objet d'action, ainsi que les vécus hybrides des acteurs clés (ouverture d'esprit, appréciation des différences, flexibilité, autonomie et capacité à prendre ses distances par rapport à son secteur d'ancrage) ont contribué à la réussite de ce projet^[104].

L'ÉMU a également éprouvé certaines difficultés lors de l'implantation de son projet, notamment en lien avec des facteurs internes à l'équipe comme le type d'organisation du travail ou les besoins de formation des médiateurs (tableau 8). La diversité des perspectives que les promoteurs, les bailleurs de fonds et les partenaires avaient à l'égard des enjeux et des finalités de la médiation sociale a également posé problème. En effet, l'équipe a dû faire face à un manque de cohérence en ce qui a trait à la compréhension collective du projet. Certains partenaires, en provenance majoritairement d'organismes en réinsertion sociale de personnes sans domicile fixe et/ou en difficulté, estimaient que l'approche préconisée s'adaptait difficilement à la réalité de leur clientèle. La trop grande superficie du territoire couvert par le petit nombre de médiateurs, ainsi que le manque de réceptivité des organismes communautaires du secteur face à l'implantation du projet sont au nombre des facteurs défavorables à son implantation. Les promoteurs du projet ont alors organisé des journées de séminaire pour aider les médiateurs à convenir d'une conception commune de l'EMU. De plus, une évaluation réalisée dans la première année du projet a aussi contribué à favoriser son implantation^[113].

Le centre d'information, de référence et de dépannage Dernier Recours a eu pour sa part des relations difficiles avec la communauté résidentielle et commerçante et a dû conjuguer avec un manque de concertation et de coordination avec les ressources du milieu (tableau 8). L'inadéquation de l'environnement pour offrir des locaux sécuritaires où dormir, l'endroit étant non sécuritaire en raison de la concentration de la population, est un autre facteur défavorable à l'implantation de ce projet. L'évaluation qui en a été faite mentionne également que les policiers ont dû apporter un soutien à Dernier Recours, alors que, au contraire, le soutien devait être apporté aux policiers par l'organisme. De plus, le fait que le *leadership* ait été assumé par l'administration municipale semble avoir contribué à l'effritement du réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes qui reposait sur plusieurs ressources communautaires déjà connues de cette clientèle. L'absence de politiques sociales déterminant les orientations à emprunter en matière d'itinérance au moment où ce projet a été implanté semble également avoir joué en sa défaveur^[115]. Il convient de retenir

les difficultés d'implantation mentionnées par les auteurs de l'évaluation afin d'éviter de reproduire les mêmes erreurs.

Afin de favoriser l'implantation du projet NAOMI et de Relais-Méthadone, un comité consultatif a été formé pour chacune de ces initiatives. Le comité de conseillers techniques pour l'implantation du projet NAOMI s'est réuni deux fois par année au cours des cinq années qui ont précédé le démarrage du projet. Ce comité était composé d'usagers, de policiers, de décideurs du réseau public, de chercheurs, d'éthiciens, de groupes communautaires, de professionnels et de personnes d'affaires de la communauté, ainsi que d'élus des trois paliers de gouvernement^[122]. Le comité consultatif de recherche mis en place dans le cadre de l'implantation du projet Relais-Méthadone regroupait quant à lui des représentants des intervenants, des promoteurs du projet, des gestionnaires du programme et des chercheurs^[119].

Cactus Montréal a dû faire face à de nombreuses reprises aux protestations de résidents et de commerçants, notamment lors du premier déménagement en 1995 et de ceux de 1999 et de 2004. En 1999, l'organisme a d'ailleurs éprouvé des difficultés à trouver un nouveau local^[125]. Afin de favoriser une cohabitation plus harmonieuse, une ronde de ramassage de seringues est effectuée quotidiennement pour réduire les irritants et éviter les plaintes. De plus, dans le but de collaborer étroitement avec les instances actives au sein du milieu, l'organisme participe à divers comités, tables de concertation ou regroupement^[125]. C'est ce que font également les intervenants de la Division urgence sociale. En effet, ils participent à différents comités externes afin de coordonner leurs interventions et leurs pratiques avec les différents partenaires des réseaux communautaires et institutionnels. Ils siègent également sur des conseils d'administration d'organismes sans but lucratif œuvrant sur le territoire et auxquels leur clientèle peut être référée^[122]. Ces actions visant à rendre la concertation plus efficiente sont au nombre des facteurs favorables à l'implantation et la pérennité des projets qui nécessitent une étroite collaboration entre les acteurs des milieux policier, de santé publique et communautaire.

L'équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance (EMRII) a été mise en place en 2010. Son implantation n'a donc pas encore fait l'objet d'une évaluation permettant de faire ressortir les conditions favorables à son implantation ou les obstacles rencontrés. Par ailleurs, il est prévu que ce projet fasse l'objet d'un suivi au cours des deux premières années de son implantation par une structure de coordination favorisant la participation des gestionnaires, des coordonnateurs cliniques et des intervenants impliqués dans le projet^[114].

Les informations entourant les initiatives de collaboration ou de concertation entre des milieux policier, de santé et services sociaux et communautaires montrent qu'il existe dans les faits des lieux de concertation et que des collaborations basées sur des ententes formalisées ont permis le développement d'un partenariat entre ces milieux. Retenons que le déploiement de ces initiatives a présenté certains obstacles, ce qui est le propre des nouvelles initiatives, mais que des conditions favorables ont aussi présidé à leur réussite. Parmi les conditions favorables, les ententes entre représentants du MSP et du MSSS, le soutien d'un comité consultatif, le développement des habiletés et compétences personnelles et professionnelles grâce à la formation ont eu une incidence positive.

L'évaluation et plus particulièrement en cours d'implantation semble un facteur de réussite de ces initiatives.

6.5 PLANIFIER LA MISE EN PLACE DE SOLUTIONS ADAPTÉES AU QUÉBEC

En matière de prévention de la criminalité liée à l'usage de drogues, de prévention de l'usage de drogues et de réduction des méfaits, le Québec a développé des stratégies et des plans d'action qui font appel à une volonté de concertation entre les différents acteurs et qui peuvent faciliter les collaborations intersectorielles. Les informations issues de la consultation auprès des acteurs sur le terrain ainsi que la documentation sur les initiatives et les différentes stratégies ministérielles et interministérielles québécoises constituent des points d'ancrage pour planifier la mise en place de solutions adaptées permettant de favoriser l'offre de services des PES tout en respectant les actions de sécurité en prévention de la criminalité menées par les policiers. La synthèse de toutes ces informations est présentée ici en termes de constats et de pistes d'action pouvant servir de guide pour la réflexion et la préparation d'un plan d'action.

Pour cet exercice, six champs d'action ont été retenus soit : 1) le rôle des PES, 2) l'accès au matériel d'injection, 3) les zones d'intervention, 4) les risques associés aux infections au VIH, au VHB et au VHC, 5) les rôles et les mandats et 6) la concertation. Les principaux constats ont été dégagés à partir des propos des différents acteurs (usagers des PES, intervenants communautaires, intervenants de santé publique et policiers) rencontrés lors des entrevues, des groupes de discussion ainsi que des rencontres avec le Comité santé et sécurité publique à l'égard des programmes de prévention des ITSS/UDI (tableau 9). À cette synthèse des propos des acteurs les plus directement concernés par la problématique, les auteurs du rapport ont ajouté une analyse transversale de la documentation sur les stratégies et les plans d'action québécois en lien avec la problématique de l'usage de drogues et la prévention de la criminalité.

6.5.1 Le rôle des PES

Sur la question du rôle des PES, les personnes consultées estiment que ces programmes ont démontré leur efficacité et qu'il conviendrait d'élargir leur mandat afin d'offrir une plus large gamme de services aux personnes UDI (tableau 9). À cet égard, dans le document du MSSS « Actions proposées pour la prévention du VIH-sida et de l'hépatite C chez les personnes utilisatrices de drogues », il est recommandé de consolider les PES et de développer des approches globales de prise en charge des personnes UDI qui les fréquentent^[102]. Quant à la sensibilisation des différents partenaires sur l'importance d'une plus grande concertation, il faut ici se référer à divers documents gouvernementaux : le *Programme national de santé publique*^[18], le *Cadre de référence pour l'élaboration d'un plan national de lutte à la toxicomanie*^[98], ainsi qu'à la *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement*^[19] qui visent à soutenir l'application de la Loi 100 concernant la concertation entre les partenaires locaux en vue d'améliorer l'état de santé de la population.

6.5.2 L'accès au matériel d'injection

L'accès au matériel d'injection peut, dans certains cas, causer des préjudices aux résidents et aux commerçants (tableau 9), mais il existe des mesures qui permettent de minimiser les effets des PES sur l'environnement urbain. Sur la question de la récupération des seringues et des aiguilles usagées, le MSSS a proposé une démarche en vue de consolider les rôles et les responsabilités à partager entre les différents acteurs^[63]. Pour répondre à la préoccupation entourant la récupération du matériel dans le domaine public, il serait souhaitable de développer une collaboration avec l'Association Québécoise pour la promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues (AQPSUD)⁵⁵ pour la mobilisation des usagers de drogues autour de la question de la récupération sécuritaire du matériel d'injection. Les principaux leviers se trouvent dans le *Programme national de santé publique*^[18], la *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement*^[19] et les *Actions proposées pour la prévention du VIH-sida et de l'hépatite C chez les personnes utilisatrices de drogues*^[102] qui visent à soutenir le développement des communautés en vue d'améliorer les conditions de santé. Finalement, sur la question des services d'injection supervisée, plusieurs documents^[18, 19, 57, 89, 102, 131] peuvent servir de base de réflexion.

6.5.3 Les zones d'intervention

Les zones d'intervention pour la distribution du matériel d'injection se couplent souvent avec des secteurs visés par la surveillance policière. Pour minimiser les impacts entre les activités des uns et des autres, il est proposé d'augmenter le nombre de centres d'accès au matériel d'injection stérile. Cette mesure est soutenue dans les *Actions proposées pour la prévention du VIH-sida et de l'hépatite C chez les personnes utilisatrices de drogues*^[102]. En ce qui concerne la constitution d'un groupe de travail sur la question des rôles et mandats des intervenants des PES et des policiers (tableau 9), la *Politique ministérielle en prévention de la criminalité pour des milieux de vie plus sécuritaires*^[46] peut servir de levier pour l'action.

6.5.4 Les risques associés aux infections au VIH, au VHB et au VHC

Un des constats issus de la consultation est l'insuffisance d'information et de formation sur les risques associés au VIH, au VHB et au VHC. À cet égard, il faut noter qu'il n'existe pas de formation adaptée à la situation des services de police du Québec. Il serait donc souhaitable qu'une formation spécifique soit développée en fonction des besoins des services de police du Québec. Dans le cadre de l'« Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC) en santé publique »^[18] il est prévu d'agir sur le développement des compétences des personnes qui interviennent auprès des personnes UDI. Or donc, il serait possible d'utiliser ce levier pour développer un module de formation adapté à la situation des services de police au Québec en concertation avec l'INSPQ et le MSP^[132].

⁵⁵ AQPSUD est un organisme provincial d'« empowerment » avec une philosophie de réduction des méfaits qui regroupe des personnes UDI impliquées dans la promotion de la santé, la prévention des ITSS et l'amélioration des conditions de vie de ces personnes.

Tableau 9 Principaux constats et pistes d'actions identifiés par les quatre groupes d'acteurs (usagers des PES, intervenants communautaires, intervenants de santé publique et policiers) lors de la consultation qui s'est déroulée entre les mois de décembre 2010 et mars 2011

Champ	Constats	Pistes d'action possibles
Le rôle des PES	Les PES sont des programmes efficaces pour prévenir les infections au VIH, au VHB et au VHC. Ils permettent de mieux encadrer les personnes UDI dans leur consommation et la prise en charge de leur santé et de diminuer le désordre social dans l'espace public.	- Élargissement du mandat des PES afin que certains centres spécialisés puissent aussi répondre à des problèmes de santé des personnes UDI et qu'ils soient des lieux d'insertion sociale et de référence pour les policiers; - Intégration des services entre les CSSS (CLSC, CRPAT et autres services de traitement des infections et de la dépendance aux drogues) et les PES; - Sensibilisation des élus municipaux sur l'importance de soutenir les approches de réduction des méfaits en vue d'améliorer la sécurité dans les milieux de vie pour l'ensemble des citoyens.
L'accès au matériel d'injection	- La multiplication des lieux de distribution du matériel d'injection stérile est souhaitable pour donner accès au plus grand nombre de personnes UDI et contrer les effets de concentration des populations d'usagers dans les centres-villes. - Par contre cette mesure peut poser divers problèmes en termes de contrôle du matériel dans le domaine public et de qualité des services de prévention offerts aux personnes UDI.	- Amélioration de la visibilité du système intégré de récupération des seringues et des aiguilles usagées (SIRSAU) et mobilisation accrue des partenaires; - Mobilisation des usagers de drogues pour assurer l'éducation et le soutien par les pairs, la diffusion des messages de prévention et de récupération sécuritaire des seringues usagées ; - Offre d'alternatives à l'injection dans les espaces publics comme les services d'injection supervisée.
Les zones d'intervention	Les PES offrant un accès à une gamme de services plus importante sont souvent situés dans des secteurs où se concentrent la criminalité et la présence policière ce qui rend plus difficile les interventions des intervenants communautaires et des policiers.	- Considération de différentes alternatives pour l'accès aux seringues et aux services des PES afin de ne pas provoquer le déplacement des populations vers les centres-villes et de les garder dans leurs milieux de vie naturels; - Constitution d'un groupe de travail sur la question des zones d'intervention où policiers et intervenants des PES doivent se concerter; - Développement de mécanismes d'information entre les responsables des PES et les policiers qui permettent d'informer les policiers sur les actions des PES et inversement d'informer les responsables des PES sur les interventions policières en lien avec les PES.
Les risques associés aux infections au VIH, au VHB et au VHC	Les policiers ne sont pas suffisamment informés sur les risques d'acquisition et de transmission des infections au VIH et au VHC ce qui entraîne un sentiment d'insécurité et des réactions parfois disproportionnées envers les personnes UDI.	- Développement d'une formation, adaptée à la réalité des policiers, sur le VIH, le VHB et le VHC et sur l'approche de réduction des méfaits dans le cadre de leur cursus académique; - Offre de sessions d'information et/ou de formation intégrées avec des intervenants communautaires en prévention des ITSS et des policiers concernés par cette problématique.

Tableau 9 Principaux constats et pistes d'actions identifiés par les quatre groupes d'acteurs (usagers des PES, intervenants communautaires, intervenants de santé publique et policiers) lors de la consultation qui s'est déroulée entre les mois de décembre 2010 et mars 2011 (suite)

Champ	Constats	Pistes d'action possibles
Les rôles et les mandats des intervenants de première ligne	Les intervenants communautaires et les policiers interviennent auprès des mêmes personnes, assez souvent avec des objectifs similaires de protection de la vie et de l'intégrité des personnes et pourtant les rôles et mandats de chacun sont souvent mal connus.	- Constitution d'un groupe de travail, sur la question des rôles et mandats des intervenants des PES et des policiers afin d'identifier des moyens de mieux les faire connaître en vue d'harmoniser les pratiques; - Développement d'initiatives du secteur de la santé et des services sociaux qui visent une prise en charge des populations vulnérables socialement (santé mentale, itinérance, judiciarisation, toxicomanie) de concert avec les services de police; - Sensibilisation des partenaires au rôle des agents sociocommunautaires et à l'approche de police communautaire déjà implantée dans certains secteurs où se retrouvent des populations vulnérables socialement.
La concertation	La situation des populations marginalisées et vulnérables socialement qui se retrouvent dans les centres-villes est complexe et la coordination des actions pour assurer la sécurité de tous les citoyens devient de plus en plus nécessaire et force les acteurs à se concerter sur les moyens à déployer pour y répondre.	- Établissement de mécanismes de concertation entre les services de police et les PES impliquant des intervenants terrain; - Définition d'une politique qui tienne compte des différents aspects liés à l'usage de drogues et à la répression de l'offre.

6.5.5 Les rôles et les mandats des intervenants de première ligne

Les rôles et les mandats ont été au cœur des discussions et, pour les trois pistes d'actions dégagées, il existe aussi des leviers. Sur la question de l'harmonisation des pratiques, le MSP favorise l'établissement de « partenariats actifs et permanents avec les organismes du milieu et institutions locales ou régionales »^[43] ainsi que sur l'implantation de « mécanismes d'information et d'échanges permanents avec les différents partenaires »^[43]. Du côté du MSSS, la mobilisation des partenaires municipaux (incluant les services de police) et de santé concernés par la problématique des personnes UDI est aussi encouragée en vue de développer des actions concertées sur le terrain^[18, 19, 98, 99].

6.5.6 La concertation

Devant la situation complexe des personnes UDI qui se retrouvent dans les centres-villes, la coordination des actions entre les différents intervenants sur le terrain devient nécessaire et des réflexions sont déjà en cours à cet effet. Ainsi, le MSSS préconise une harmonisation et une adaptation des lois de façon à prévenir tant la toxicomanie que la criminalité qui y est associée et à favoriser la réinsertion sociale des personnes dépendantes tout en assurant la sécurité des individus et des collectivités^[98, 99]. Le *Programme national de santé publique*^[18] encourage aussi les actions intersectorielles par des ententes interministérielles^[18], tandis que la *Politique ministérielle en prévention de la criminalité pour des milieux de vie plus sécuritaires*^[46] est aussi favorable au développement d'une stratégie de concertation interministérielle en vue de conjuguer les efforts en prévention de la criminalité. Finalement, le *Cadre de référence pour l'élaboration d'un plan national de lutte à la toxicomanie*^[98] et le *Plan d'action interministériel en toxicomanie*^[99] mettent de l'avant l'idée d'une réflexion sur l'adoption d'une politique intégrée en matière de prévention de l'usage de drogues et de réduction des méfaits liés à l'usage de drogues^[98, 99].

Cette analyse laisse voir une certaine concordance entre les solutions proposées par les acteurs sur le terrain et les leviers disponibles pour la mise en œuvre de collaborations intersectorielles entre les acteurs communautaires (incluant les usagers des PES), de santé publique et des services de police. Les pistes d'action possibles sont formulées à titre indicatif en vue de soutenir la réflexion des membres du Comité santé et sécurité publique à l'égard des programmes de prévention des ITSS/UD dans la réalisation de leur mandat d'améliorer la cohérence entre les actions de sécurité publique et les actions de santé publique auprès des personnes qui font usage de drogues par injection dans le respect des missions respectives et des lois en vigueur.

7 CONCLUSION

Ce document portant sur les conditions permettant de relever le défi de l'action intersectorielle entre les services de police et les PES au Québec a été réalisé pour répondre à une demande du MSSS dans le cadre des travaux du Comité santé et sécurité publique à l'égard des programmes de prévention des ITSS/UDI. Les auteurs du rapport ont fait ressortir un certain nombre de pistes d'action à la lumière des informations issues de la documentation consultée et des résultats de la consultation auprès d'informateurs clés provenant des différents milieux concernés, laissant aux membres du Comité santé et sécurité publique à l'égard des programmes de prévention des ITSS/UDI le soin de formuler les recommandations jugées les plus pertinentes à l'avancement de ce dossier.

Les actions de prévention ne sont pas l'apanage d'un seul groupe d'acteurs et les logiques et les philosophies d'intervention peuvent différer d'un groupe à l'autre. La nécessité d'harmoniser les pratiques se fait généralement sentir lorsque les actions préventives menées par certains acteurs entrent en conflit avec celles d'autres acteurs impliqués auprès des mêmes populations. C'est notamment le cas des populations toxicomanes, dont la dépendance à des produits illicites les place dans une position paradoxale entre le soin et la répression. Bon nombre de consommateurs, et c'est le cas des personnes UDI, sont judiciairisés en raison des délits commis pour soutenir leur consommation. Le policier qui agit en prévention de la criminalité est donc légitimé d'agir auprès des personnes UDI autant que l'intervenant de santé publique en prévention du VIH, du VHB et du VHC. Dans ce cas particulier, les acteurs mis en relation doivent réfléchir à des solutions qui permettent à la fois de respecter les interventions des uns et des autres tant en santé publique qu'en sécurité publique.

La documentation internationale a permis de constater que les interventions policières, par ailleurs hautement justifiées et encadrées par des lois et des règlements, pouvaient avoir des effets sur les actions de préventions des PES. Au Québec, même si les consommateurs de drogues ne sont pas interpellés principalement sur ce motif, leur présence dans les secteurs à plus haute densité d'activités criminelles ou de désordres sociaux dans l'espace public interpelle les policiers. Ces derniers sont, le plus souvent, les premiers appelés quand les personnes UDI ont des comportements jugés dérangeants. Lorsque la personne est désorganisée et en crise, les intervenants de première ligne ont comme premier réflexe de référer la personne vers des services d'aide. Il faut toutefois que de tels services existent et qu'ils soient connus des policiers, ce qui n'est pas toujours le cas. De plus, les policiers gardent souvent un souvenir désagréable de leur passage aux urgences avec une personne ayant besoin de soins immédiats. Les personnes toxicomanes et celles présentant des problèmes de santé mentale ne sont pas bienvenues dans les urgences et elles ne se conforment généralement pas aux conditions d'admission et quittent avant même d'avoir reçu les soins requis par leur état de santé. Il convient donc de réfléchir à des solutions différentes et c'est ce qui est proposé dans des initiatives comme PECH à Québec, Division urgence sociale à Laval, ÉMU et EMRII à Montréal. Les PES proposent aussi de plus en plus de services d'encadrement des personnes toxicomanes et leurs locaux sont généralement accessibles à des heures où les usagers sont en activité. Les organismes communautaires constituent généralement de bons points d'ancrage pour les clientèles

désaffiliées et doivent faire partie de la solution pour assurer une continuité aux actions préventives amorcées par les policiers.

Toutes ces initiatives demandent un haut niveau de concertation entre les différents acteurs et doivent être encouragées par une volonté des deux ministères à soutenir les intervenants sur le terrain. Par ailleurs, même si la concertation est inscrite dans les documents des différents ministères, ainsi que dans les plans d'action interministériels, il n'est pas assuré qu'elle puisse s'inscrire dans la pratique sans le soutien d'outils appropriés. Les consultations ont fait ressortir la nécessité d'une bonne connaissance des approches déployées sur le terrain et des mécanismes de concertation appropriés pour faire face aux problèmes qui surviennent dans l'interface entre les pratiques des différents acteurs. Le problème de la consommation de drogues fait intervenir différents acteurs à divers paliers et nécessite une bonne connaissance des approches et des philosophies d'intervention des uns et des autres.

Des partenariats entre les policiers et les acteurs de la santé et des services sociaux peuvent également être établis pour préparer des plans d'action visant la prévention à l'intention des populations les plus vulnérables. Par contre, Kerr et collab.^[85] soulignent l'existence de différences considérables en ce qui a trait à la perception du rôle des policiers selon les cultures, et toutes les stratégies ne sont pas applicables dans tous les cas. Aussi, les actions proposées doivent tenir compte à la fois du milieu visé et de la culture, ainsi que de la manière dont le rôle des policiers est perçu par la population.

Dans les villes du Québec, comme dans plusieurs autres villes devant faire face à des problématiques sociales autour de l'usage de drogues et de l'itinérance, les policiers sont de plus en plus perçus comme des intervenants de première ligne, ceux à qui revient le mandat de réprimer la criminalité tout en assurant la protection des citoyens les plus vulnérables. Ils ne sont généralement pas outillés pour relever seuls ce défi. Les initiatives développées au Québec au cours des dernières décennies témoignent d'une volonté d'associer différents partenaires pour répondre à cette problématique particulière et se caractérisent par un lien plus étroit avec des intervenants communautaires. L'un des grands défis à surmonter sera de concilier les approches tout en respectant les mandats de chacun. À cet égard, la formation et le partage de connaissances entre les différents intervenants s'avèrent un levier intéressant pour soutenir la concertation sur le terrain.

Il ne faut pas oublier l'importance du rôle des élus municipaux dans ce dossier. Il conviendra de les outiller adéquatement afin que les dossiers de santé publique qui touchent directement la communauté, comme c'est le cas des PES, soient mieux compris. Parmi les pistes d'action, les directions régionales de santé publique pourraient se donner comme objectif d'améliorer la compréhension de cette problématique auprès des élus municipaux et les autorités municipales pourraient nommer des conseillers municipaux responsables des dossiers de santé publique afin de créer des ponts avec les policiers et les responsables de santé publique au sein de leur communauté.

RÉFÉRENCES

1. Parent, R., Alary, M., Morissette, C., *et al.* (2011) Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogues par injection - Épidémiologie du VIH de 1995 à 2009 - Épidémiologie du VHC de 2003 à 2009, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 87 p.
2. Friedman, S.R. and Des Jarlais, D.C. (1991) HIV among drug injectors: the epidemic and the response. *AIDS Care*, 3(3), 239-250.
3. Benninghoff, F., Solai, S., Huissoud, T., *et al.* (2003) Évaluation de Quai 9 « Espace d'accueil et d'injection » à Genève - Période 12-2001 / 12-2002, Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 186 p.
4. Spreyermann, C. and Willen, C. (2002) Rapport d'évaluation projet pilote Cactus - Évaluation des centres d'accueil et d'assistance de l'association Drop-in de Bienne, Berne, Autriche, sfinx, 55 p.
5. Ali, R., Auriacombe, M., Casas, M., *et al.* (1999) Report of the External Panel on the evaluation of the Swiss scientific studies of medically prescribed narcotics to drug addicts, Zurich, World Health Organization, 18 p.
6. Haemmig, R.B. (1995) Harm reduction in Bern: from outreach to heroin maintenance. *Bull N Y Acad Med*, 72(2), 371-379.
7. Zurhold, H., Degkwitz, P., Verthein, U., *et al.* (2003) Drug consumption rooms in Hamburg, Germany: Evaluation of the effects on harm reduction and the reduction of public nuisance. *Journal of Drug Issues*, Summer 2003, 663-688.
8. Hedrich, D. (2004) European report on drug consumption rooms, Luxembourg, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 96 p.
9. Brisson, P. (1997) La réduction des méfaits : sources, situation, pratiques, Québec, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 109 p.
10. Wodak, A. (2006) Lessons from the first international review of the evidence for needle syringe programs: the band still plays on. *Subst Use Misuse*, 41(6-7), 837-839.
11. Wodak, A. and Cooney, A. (2006) Do needle syringe programs reduce HIV infection among injecting drug users: a comprehensive review of the international evidence. *Subst Use Misuse*, 41(6-7), 777-813.
12. Strike, C., Leonard, L., Millson, M., *et al.* (2006) Ontario needle exchange programs: best practice recommendations, Toronto, ON, Health Canada, 250 p.
13. WHO (1998) Basic principles for effective prevention of HIV infection among injecting drug users, Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 15 p.

14. Ledermann, S. and Sager, F. (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 Programme complet Berne, Office fédéral de la santé publique, Département fédéral de l'intérieur, 91 p.
15. Intergovernmental Committee on drugs (2004) The national drug strategy - Australia's integrated framework 2004-2009, Sydney, Ministerial Council on Drug Strategy, 26 p.
16. MacPherson, D. (2001) A Framework for action. A Four-Pillar Approach to Drug Problems in Vancouver, Revised, Vancouver, 85 p.
17. Brown Rodgers, A. (2000) A Comprehensive Approach: Preventing Blood-Borne Infections among Injection Drug Users, Academy for Educational Development, Centers for disease control, Prevention division of HIV/AIDS prevention, 42 p.
18. Ministère de la Santé et des Services sociaux and Direction générale de la santé publique (2008) Programme national de santé publique 2003-2012 - Mise à jour 2008, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, 103 p.
19. MSSS (2004) Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement. Orientations 2003-2009, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 56 p.
20. MSSS (1994) L'usage de drogues et l'épidémie du VIH, cadre de référence pour la prévention, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux - Centre de coordination sur le sida, 43 p.
21. Noël, L. and Cloutier, R. (2005) Les centres d'accès aux seringues au Québec, un vaste réseau de collaborateurs. L'intervenant, 21(02), 56-59.
22. Noël, L., Antil, T. and Champagne, M. (1998) Les programmes de prévention de VIH chez les UDI au Québec : une démarche collective d'évaluation, Québec, Centre de Santé publique de Québec, 104 p.
23. Noël, L. and Cloutier, R. (2008) Statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention du VIH et des hépatites B et C auprès des personnes UDI au Québec - Avril 2006 à mars 2007, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 12 p.
24. Morissette, C. and Leclerc, P. (2004) Monitoring des centres d'accès au matériel stérile d'injection, 44 p.
25. Émond, S. (2001) Évaluation du regroupement UDI (septembre 2000 à mars 2001), Montréal, Spectre de rue, 29 p.
26. Noël, L., Laforest, J. and Allard, P.-R. (2007) Usage de drogues par injection et interventions visant à réduire la transmission du VIH et du VHC - Revue systématique de la littérature et validation empirique, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 151 p.

27. Anctil, H. (2010) L'épidémie silencieuse - Les infections transmissibles sexuellement et par le sang - Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux 73 p.
28. Cusson, M., Chapitre premier - De l'action de sécurité, in Traité de sécurité intérieure, Cusson, M., Dupont, B. and Lemieux, F., Editors. 2007, Éditions Hurtubise HMH Ltée: Montréal. p. 43-57.
29. Jauffret-Roustide, M. (2006) Le crack selon l'enquête Coquelicot. SWAPS, 44, 2-3.
30. Bouchard, L.M., Maurice, P. and Rainville, M. (2011) Trousse diagnostique de sécurité à l'intention des collectivités locales – Manuel pour accompagner le processus et déterminer le diagnostic de sécurité, vol. 6 collection Vivre en sécurité, se donner les moyens, Québec, Institut national de santé publique du Québec, p.
31. Biron, C. (1998) Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie - Orientations et stratégie, MSSS - Gouvernement du Québec, 48 p.
32. Csete, J. (2007) Interdiction d'accès : les pratiques policières et le risque de VIH pour les personnes qui utilisent des drogues, Toronto, Réseau juridique canadien VIH-sida, 22 p.
33. Jacob, R. and Lapointe, G. (2008) Élaboration des rapports sur les politiques publiques et la santé - Guide méthodologique, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 143 p.
34. van Campenhoudt, L., Chaumont, J.-M. and Franssen, A. (2005) La méthode d'analyse en groupe - Applications aux phénomènes sociaux. Paris, Dunod. 215 p.
35. Bernier, D., Bellot, C., Sylvestre, M.-E., *et al.* (2011) La judiciarisation des personnes en situation d'itinérance à Québec : point de vue des acteurs socio-judiciaires et analyse du phénomène, Montréal, Université d'Ottawa et Université de Montréal, 43 p.
36. Comité de travail interministériel (2009) Plan d'action interministériel en itinérance - 2010-2013, Québec, Gouvernement du Québec, 50 p.
37. Martin, E. (2011) Les interventions policières en lien avec la consommation de drogue. Intersection, 32(juin 2011), 9.
38. Campbell, C. and Eid, P. (2009) La judiciarisation des personnes itinérantes à Montréal : un profilage social, Montréal, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 213 p.
39. Bellot, C., Raffestin, I., Royer, M.N., *et al.* (2005) Judiciarisation et criminalisation des populations itinérantes à Montréal, Montréal, Secrétariat National des Sans-abris, 150 p.
40. Roy, S., Perreault, M., Lévesque, P.-A., *et al.* (2005) Représentations des actions intersectorielles dans la lutte contre le VIH/Sida - Volet 1 : Les points de vue des acteurs clés de divers secteurs du centre-ville de Montréal, Montréal, UQAM - Université de Montréal, 106 p.

41. Roy, S., Perreault, M., Thomas, G., *et al.* (2006) Représentations des actions intersectorielles dans la lutte contre le VIH/Sida - Volet 2 : Les points de vue des acteurs clés de divers secteurs de Québec et de Sherbrooke, Montréal, UQAM - Université de Montréal, 78 p.
42. Loubet Del Bayle, J.-L. (2006) Police et politique. Une approche sociologique. Paris, L'Harmattan. 317 p.
43. Ministère de la Sécurité publique (2000) Politique ministérielle - Vers une police plus communautaire, Québec, ministère de la Sécurité publique, 32 p.
44. Cusson, M., Chapitre 27 - La prévention : les principes et la prévention policière, in Traité de sécurité intérieure, Cusson, M., Dupont, B. and Lemieux, F., Editors. 2007, Éditions Hurtubise HMH Itée: Montréal. p. 403-412.
45. Blais, E. and Cusson, M., Chapitre 7 - Les évaluations de l'efficacité des interventions policières : résultats des synthèses systématiques, in Traité de sécurité intérieure, Cusson, M., Dupont, B. and Lemieux, F., Editors. 2007, Éditions Hurtubise HMH Itée: Montréal. p. 115-129.
46. Veillette, J. (2001) Politiques ministérielles en prévention de la criminalité pour des milieux de vie plus sécuritaires, Québec, ministère de la Sécurité publique, 37 p.
47. Service de police de la Ville de Montréal. Approche de la résolution de problèmes. 15 janvier 2010]; Available from: http://www.spvm.qc.ca/fr/PDQ/2_1_1_1_approche.asp.
48. Direction du Service de police de la Ville de Montréal (2003) Optimisation de la police de quartier, Montréal, Service de police de la Ville de Montréal, 62 p.
49. Mazerolle, L., Soole, D. and Rombouts, S. (2007) Drug law enforcement - A review of the evaluation literature. *Police Quarterly*, 10(2), 115-153.
50. Hedrich, D., Pirona, A. and Wiessing, L. (2008) From marginal to mainstream: The evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 15(6), 503-517.
51. CDC (1993) The Public Health Impact of Needle Exchange Programs in the United States and Abroad, volume 1, Berkeley, San Francisco, The Regents of the University of California, 521 p.
52. Bello, P.Y., Ben Lakhdar, C., Carrieri, M.P., *et al.* (2010) Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues, Paris, Inserm, 573 p.
53. Rhodes, T. and Hedrich, D. (2010) Harm reduction: evidence, impacts and challenges, Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions, 462 p.
54. Strike, C., Leonard, L., Millson, M., *et al.* (2006) Les programmes d'échange de seringues en Ontario : recommandations de pratiques exemplaires, Toronto, Comité ontarien de coordination de l'échange de seringues, 292 p.

55. Winkelstein, E. (2010) Guide to developing and managing syringe access programs, New York, Harm Reduction Coalition, 92 p.
56. Wright, N.M.J., Millson, C.E. and Tompkins, C.N.E. (2005) What is the evidence for the effectiveness of interventions to reduce hepatitis C infection and the associated morbidity?, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network, 41 p.
57. Lessard, R. and Morrisette, C. (2011) 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, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 149 p.
58. Noël, L. and Cloutier, R. (2009) Statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention du VIH et des hépatites B et C auprès des personnes UDI au Québec - Avril 2007 à mars 2008, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 11 p.
59. Noël, L., Gagnon, D. and Cloutier, R. (2012) Statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention des ITSS auprès des personnes UDI au Québec - Avril 2010 à Mars 2011, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 21 p.
60. Comité d'intervention auprès des cocaïnomanes (2001) Lieu d'insertion sociale pour les cocaïnomanes du centre-ville de Montréal, Montréal, CHUM, 49 p.
61. Point de Repères (2009) Point de Repères : Rapport annuel d'activités 1^{er} avril 2008 au 31 mars 2009 Québec, Point de Repères, 72 p.
62. Gilbert, H. (2006) Implantation du système intégré de récupération des seringues et des aiguilles usagées - Premier rapport d'étape, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, 44 p.
63. Gilbert, H., Cloutier, R., Bertrand, L., *et al.* (2005) La récupération des seringues et des aiguilles usagées : une responsabilité à partager, Montréal, MSSS Protection de santé publique, 124 p.
64. Kübler, D. and Wälti, S. (2001) Drug policy-making in Metropolitan Areas: Urban conflicts and governance. *Int. Journal of Urban and Regional Research*, 25(1), 35-53.
65. Chauffaut, D., Olm, C. and David, E. (2004) Evaluation du dispositif d'automates échangeurs/distributeurs de seringues volet environnement, Marseille, Direction départementale des affaires sanitaires et sociales des Bouches-du-Rhône et de la Mairie de Marseille et Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie, 129 p.
66. Dubé, E., Massé, R. and Noël, L. (2009) Acceptabilité des interventions en réduction des méfaits. *Revue canadienne de santé publique*, 100, 24-28.
67. MSIC (2003) Final report of the evaluation of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre, Sydney, University of New South Wales, 214 p.

68. Salmon, A.M., Thein, H.H., Kimber, J., *et al.* (2007) Five years on: what are the community perceptions of drug-related public amenity following the establishment of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre? *Int J Drug Policy*, 18(1), 46-53.
69. Freeman, K., Jones, C.G., Weatherburn, D.J., *et al.* (2005) The impact of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre (MSIC) on crime. *Drug Alcohol Rev*, 24(2), 173-184.
70. Wood, E., Kerr, T., Small, W., *et al.* (2004) Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. *CMAJ*, 171(7), 731-734.
71. Wood, E., Tyndall, M.W., Montaner, J.S., *et al.* (2006) Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injecting facility. *Cmaj*, 175(11), 1399-1404.
72. Wood, E., Tyndall, M.W., Lai, C., *et al.* (2006) Impact of a medically supervised safer injecting facility on drug dealing and other drug-related crime. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 1, 13.
73. Kubler, D. (2000) *Politique de la drogue dans les villes suisses entre ordre et santé : Analyse des conflits de mise en oeuvre*. Paris, L'Harmattan. 311 p.
74. Stoltz, J.A., Wood, E., Small, W., *et al.* (2007) Changes in injecting practices associated with the use of a medically supervised safer injection facility. *J Public Health (Oxf)*, 29(1), 35-39.
75. Kemmesies, U.E. (1999) The open drug scene and the safe injection room offers in Frankfurt am Main 1995, Frankfurt am Main, Germany, Coordination Bureau of the European Cities on Drug Policy, 36 p.
76. Maher, L. and Dixon, D. (1999) Policing and public health: Law enforcement and harm minimization in a street-level drug market *Brit. J. Criminol.*, 39(4), 488-512.
77. Aitken, C., Moore, D., Higgs, P., *et al.* (2002) The impact of a police crackdown on a street drug scene: evidence from the street. *Int J of Drug Policy*, 13, 193-202.
78. Dixon, D. and Maher, L. (2002) ANH HAI: Policing, culture and social exclusion in a street heroin market. *Policing and Society*, 12(2), 93-110.
79. Rhodes, T., Platt, L., Sarang, A., *et al.* (2006) Street policing, injecting drug use and harm reduction in a Russian city: a qualitative study of police perspectives. *J Urban Health*, 83(5), 911-25.
80. Davis, C.S., Burris, S., Kraut-Becher, J., *et al.* (2005) Effects of an intensive street-level police intervention on syringe exchange program use in Philadelphia, PA. *Am J Public Health*, 95(2), 233-236.
81. Cooper, H., Moore, L., Gruskin, S., *et al.* (2005) The impact of a police drug crackdown on drug injectors' ability to practice harm reduction: A qualitative study. *Soc Sci Med*, 61(3), 673-84.

82. Friedman, S.R., Cooper, H.L., Tempalski, B., *et al.* (2006) Relationships of deterrence and law enforcement to drug-related harms among drug injectors in US metropolitan areas. *Aids*, 20(1), 93-9.
83. Cooper, H., Moore, L., Gruskin, S., *et al.* (2004) Characterizing perceived police violence: implications for public health. *Am J Public Health*, 94(7), 1109-1118.
84. Oscapella, E. How Canadian laws and policies on "illegal" drugs contribute to the spread of HIV infection and hepatitis B and C. 1995 2009-10-20]; Available from: <http://www.cfdp.ca/aids95.html>.
85. Kerr, T., Small, W. and Wood, E. (2005) The public health and social impacts of drug market enforcement: A review of the evidence. *Int J of Drug Policy*, 16, 210-220.
86. Wood, E., Spittal, P., Small, W., *et al.* (2004) Displacement of Canada's largest public illicit drug market in response to a police crackdown. *CMAJ*, 170(10), 1551-1556.
87. Small, D., Kerr, T., Charette, J., *et al.* (2006) Impacts of intensified police activity on injection drug users: Evidence from an ethnographic investigation. *Int J of Drug Policy*, 17, 85-95.
88. Werb, D., Wood, E., Small, W., *et al.* (2008) Effects of police confiscation of illicit drugs and syringes among injection drug users in Vancouver. *Int J Drug Policy*, 19(4), 332-8.
89. Noël, L., Gagnon, F., Bédard, A., *et al.* (2009) Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée - Analyse critique de la littérature, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 81 p.
90. Noël, L. and Bedard, A. (2005) Les risques de transmission d'infections liés à la présence de seringues et d'aiguilles à des endroits inappropriés, Québec, INSPQ, 16 p.
91. Bilodeau, A., Beauchemin, J., Bourque, D., *et al.* (2011) L'intervention en prévention des ITSS à Montréal : potentialités, limites et défis de la collaboration dans le contexte de la création des CSSS - Démarche évaluative en soutien à la mise en oeuvre de la Stratégie québécoise de lutte contre le VIH, le VHC et les ITS, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 110 p.
92. Eaton, G., Seymour, H. and Mahmood, R. (1998) The development of services for drug misusers on Mersey. *Drugs: education, prevention and policy*, 5(3), 305-318.
93. O'Hare, P. (2007) Merseyside, the first harm reduction conferences, and the early history of harm reduction. *Int J Drug Policy*, 18(2), 141-4.
94. Bellot, C. (1997) Recension des écrits sur les politiques liées aux drogues, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, 101 p.
95. Midford, R., Acres, J., Lenton, S., *et al.* (2002) Cops, drugs and the community: establishing consultative harm reduction structures in two Western Australian locations. *Int J of Drug Policy*, 13, 185-192.

96. Office fédéral de la santé publique (2006) Plan d'actions ProMeDro III 2006-2011, Berne, Office fédéral de la santé publique, Département fédéral de l'intérieur, 14 p.
97. Vancouver Police Department. Vancouver Police Department Drug Policy. 31 may 2010]; Available from: <http://vancouver.ca/police/assets/pdf/reports-policies/vpd-policy-drug.pdf>.
98. MSSS (2002) Agir ensemble. Cadre de référence pour l'élaboration d'un plan d'action national de lutte contre la toxicomanie, MSSS, 19 p.
99. Comité de travail interministériel (2006) Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 80 p.
100. MSSS (2008) L'itinérance au Québec - Cadre de référence, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 52 p.
101. Ministère de la Santé et des Services sociaux. MSSS - Mission. 25 janvier 2010]; Available from: <http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/mission.php>.
102. Gilbert, H. (2009) Actions proposées pour la prévention du VIH-sida et de l'hépatite C chez les personnes utilisatrices de drogues, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, 62 p.
103. L'Heureux, N., Coordonnatrice aux interventions psychosociales, Service de police de la ville de Terrebonne, Editor 2012. p. 16.
104. White, D., Jobin, L., McCann, D., *et al.*, De la concertation à l'action intersectorielle, in Pour sortir des sentiers battus - L'action intersectorielle en santé mentale, White, D., Jobin, L., McCann, D., *et al.*, Editors. 2002, Les publications du Québec: Québec. p. 91-114.
105. Denis, B., Martin, E., Charron, H., *et al.* (2010) Entrevue avec Benoît Côté, directeur du programme d'encadrement clinique et d'hébergement (PECH) à Québec. Intersection, 31, 11-12.
106. Henry, D. (2009) Le tribunal de la santé mentale fête une année d'existence. Porte ouverte, Bulletin de l'Association des services de réhabilitation sociale du Québec, 22(1), 15-16.
107. Jaimes, A., Crocker, A., Bédard, E., *et al.* (2009) Les tribunaux de santé mentale : <déjudiciarisation et jurisprudence thérapeutique>. Santé mentale au Québec, 34(2), 171-197.
108. Institut universitaire en santé mentale Douglas. Le programme d'accompagnement justice-santé mentale (PAJ-SM) à la cour de la ville de Montréal. 2010 6 mai 2010 25 janvier 2010]; Available from: <http://www.douglas.qc.ca/info/pajsm-montreal>.
109. Urgence psychosociale-justice (UPS-J). [cited 2011 Oct 12]; Available from: <http://www.asmfmh.org/html/french/articles/ups-j.html>.

110. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2009) La transformation des services en santé mentale - Les services de crise et d'urgence psychiatrique pour adultes, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 12 p.
111. Bilan des 10 ans d'UPS-Justice. 2006 [cited 2011 oct 12]; Available from: <http://www.scoop-sante.com/communiqu-23877.html>.
112. Idriss, M., Jendly, M., Karn, J., *et al.* (2010) Rapport international sur la prévention de la criminalité et la sécurité quotidienne : tendances et perspectives, Montréal, Centre international pour la prévention de la criminalité, 241 p.
113. Jaccoud, M., Admo, N. and Rossi, C. (2009) Projet EMU Équipe de médiation urbaine à Montréal - Étude des pratiques d'implantation et d'intervention, Montréal, Médiation sans frontière Inc., 143 p.
114. Billette, I., Desroches, D., Cadieux, P., *et al.*, L'équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance (EMRII), 2010, SPVM, CSSS Jeanne Mance: Montréal. p. 7.
115. Charest, R. and Lamarre, M.J., Chapitre 21 - Structures et représentations des services : le cas de Dernier Recours Montréal, in L'errance Urbaine - Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale, Laberge, D., Editor 2000, Éditions MultiMondes: Sainte-Foy. p. 377-389.
116. Maison de l'Auberivière. Services de la Maison. 30 avril 2010]; Available from: <http://www.lauberiviere.org/fra/services-de-maison.asp>.
117. Méta d'Âme. Les services offerts. 2010 2 juin 2010]; Available from: <http://metadame.org/services.html>.
118. Perreault, M., Héroux, M.-C., Lauzon, P., *et al.* (2006) Intérêt de la clientèle d'un programme de méthadone quant aux services offerts par un groupe de pairs aidants. Drogues, santé et société, 5(1), 77-103.
119. CRAN. Qu'est-ce que le Relais-Méthadone? 13 avril 2010]; Available from: <http://www.cran.qc.ca/default.aspx?page=23&lang=fr-ca>.
120. Perreault, M., Tremblay, I., Mercier, C., *et al.* (2003) Évaluation d'implantation dans un contexte participatif : Le processus suivi à Relais-Méthadone. Drogues, santé et société, 2(1).
121. Perreault, M., Rousseau, M., Mercier, C., *et al.* (2003) Accessibilité aux traitements de substitution à la méthadone et réduction des méfaits - Le rôle d'un programme à exigences peu élevées. Can J Public Health, 94(3), 197-200.
122. McKenzie, J.W. and Provost, L. Le projet NAOMI, une étude canadienne de prescription d'héroïne injectée pilotée à Montréal par le CHUM. Communiqué de presse. 2005 mai 2010]; Available from: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/28330.html>.

123. Centre Hospitalier de l'Université de Montréal L'étude NAOMI reconnue par le New England Journal of Medicine. Nouvelles du CHUM, 2009. Available from: <http://www.chumtl.qc.ca/accueil/misc/chum-pub/chum-nouvelles/2009/no-09-160.fr.html>.
124. Cactus Montréal. À propos de Cactus. 12 avril 2010]; Available from: <http://cactusmontreal.org/fr/apropos.html>.
125. Cactus Montréal (2009) Rapport annuel 2008-2009 - 1989-2009 20 ans de réduction des méfaits, Montréal, Cactus Montréal, 49 p.
126. Beauregard, G. (2009) Spectre de Rue - Rapport annuel 08-09, Montréal, Spectre de Rue, 12 p.
127. Plein Milieu. Plein Milieu - page d'accueil. 29 avril 2010]; Available from: <http://www.pleinmilieu.qc.ca/services.html>.
128. Point de Repères. Point de Repères. 9 avril 2010]; Available from: <http://www.pointdereperes.com/site/index.html>.
129. Pikatemps - Service de proximité pour la prévention du VIH et de l'hépatite C sur le territoire de la Vallée de l'Or, 2011, CSSS de la Vallée de l'Or: Val d'Or. p. 2.
130. Ville de Montréal. Développement social - Phénomènes sociourbains - Prostitution de rue adulte. 13 avril 2010]; Available from: http://ville.montreal.qc.ca/portal/page?_page_id=2239,2892042&_dad=portal&_schema=PORTAL.
131. Service de police de la Ville de Montréal (2011) Le SPVM à l'égard de l'implantation des services d'injection supervisés à Montréal - Identification des enjeux, Montréal, SPVM, 4 p.
132. Marois, N. (2012) Programmes nationaux de formation sur les infections transmises sexuellement et par le sang et sur les stratégies d'intervention auprès des populations vulnérables - Répertoire 2012-2013, Montréal, Institut national de santé publique du Québec, 42 p.
133. Beletsky, L., Macalino, G.E. and Burris, S. (2005) Attitudes of police officers towards syringe access, occupational needle-sticks, and drug use: A qualitative study of one city police department in the United States. *Int J of Drug Policy*, 16, 267-274.
134. Marx, M.A., Crape, B., Brookmeyer, R.S., *et al.* (2000) Trends in crime and the introduction of a needle exchange program. *Am J Public Health*, 90(12), 1933-6.
135. Métivier, M. (2010) Mandat et interventions - Division urgence sociale, Laval, Service de protection des citoyens de Laval, 12 p.
136. Spectre de Rue. Partenaires. 9 avril 2010]; Available from: <http://www.spectrederue.org/partenaires.php>.

ANNEXE 1

LES OUTILS POUR LA CONSULTATION

GRUPE DE DISCUSSION FOCALISÉE - PES

<u>Projet de consultation</u> <i>Conditions nécessaires pour le fonctionnement des programmes d'échange de seringues dans un contexte de partenariat réussi entre les organismes communautaires, le milieu de la santé et la sécurité publique</i> <i>Financé par le MSSS</i>	<u>Équipe de projet, INSPQ</u> Lina Noël, Dominique Gagné, François Gagnon, Louise Marie Bouchard <u>Collaborateurs</u> Serges Bruneau, CIPC Benjamin Denis, MSP Richard Cloutier, MSSS <i>Comité santé et sécurité publique à l'égard des programmes de prévention des ITSS/UDI</i>
--	---

Thème : Les interactions entre les actions policières et les actions des programmes d'échange de seringues.

La question focalisée – Répondants milieux de la santé et communautaire

Quels sont les effets des interventions policières sur les programmes d'échange de seringues et sur les personnes qui fréquentent ces programmes ?

1. Décrivez en quelques mots une ou des situations vécues ou **connues*** (positives ou négatives) en lien avec les pratiques policières.

En quelle année cet événement est-il arrivé?

2. Dans ces situations particulières, avez-vous identifié des contraintes ou des facteurs facilitant les interactions entre les actions des programmes d'échange de seringues et les interventions policières? Si oui, décrivez-les.

3. Avez-vous des solutions à proposer pour minimiser les contraintes identifiées ?

* Le terme connu réfère à des situations qui ont été vécues par une personne de votre entourage immédiat. Ce ne sont pas des situations à propos d'une personne avec qui vous n'êtes pas directement en contact.

GROUPE DE DISCUSSION FOCALISÉE - POLICE

<u>Projet de consultation</u> <i>Conditions nécessaires pour le fonctionnement des programmes d'échange de seringues dans un contexte de partenariat réussi entre les organismes communautaires, le milieu de la santé et la sécurité publique</i> <i>Financé par le MSSS</i>	<u>Équipe de projet, INSPQ</u> Lina Noël, Dominique Gagné, François Gagnon, Louise Marie Bouchard <u>Collaborateurs</u> Serges Bruneau, CIPC Benjamin Denis, MSP Richard Cloutier, MSSS <i>Comité santé et sécurité publique à l'égard des programmes de prévention des ITSS/UDI</i>
--	---

Thème : Les interactions entre les actions policières et les actions des programmes d'échange de seringues.

La question focalisée – pour les répondants du milieu policier

Dans quelles **circonstances** ou **situations particulières** les policiers interviennent-ils dans les environs des programmes d'échange de seringues ou auprès des personnes qui fréquentent ces programmes ?

1. Décrivez en quelques mots une ou des situations vécues ou **connues*** (positives ou négatives) en lien avec les programmes d'échange de seringues.

En quelle année cet événement est-il arrivé?

2. Dans ces situations particulières, avez-vous identifié des contraintes ou des facteurs facilitant les interactions entre les actions des programmes d'échange de seringues et les interventions policières? Si oui, décrivez-les.

3. Avez-vous des solutions à proposer pour minimiser les contraintes identifiées ?

* Le terme connu réfère à des situations qui ont été vécues par une personne de votre entourage immédiat. Ce ne sont pas des situations à propos d'une personne avec qui vous n'êtes pas directement en contact.

GRILLE D'ENTREVUE

<u>Projet de consultation</u> <i>Conditions nécessaires pour le fonctionnement des programmes d'échange de seringues dans un contexte de partenariat réussi entre les organismes communautaires, le milieu de la santé et la sécurité publique</i> <i>Financé par le MSSS</i>	<u>Équipe de projet, INSPQ</u> Lina Noël, Dominique Gagné, François Gagnon, Louise Marie Bouchard <u>Collaborateurs</u> Serges Bruneau, CIPC Benjamin Denis, MSP Richard Cloutier, MSSS <i>Comité santé et sécurité publique à l'égard des programmes de prévention des ITSS/UDI</i>
---	---

Thème 1 : Les interactions entre les actions policières et les actions des programmes d'échange de seringues

A. Lieu de la consultation _____ **B. Intervieweur:** _____

C. Date de l'entrevue : _____ **Heure du début :** _____ **Heure de la fin :** _____
JJ MM AA

D. Le formulaire de consentement a-t-il été signé?

- ☐ Oui
☐ Non

E. L'entrevue a-t-elle été enregistrée?

- ☐ Oui
☐ Non

1. Informations sur le statut de l'interlocuteur

- ☐ Titre d'emploi _____
- ☐ Statut dans l'organisation _____
- ☐ Nombre d'années de service dans l'organisation _____

2. Informations sur le lieu de pratique

- ☐ Établissement, organisation _____
- ☐ Région de l'établissement _____

3. ***Comment qualifiez-vous votre connaissance de la situation des interactions entre les programmes d'échange de seringues et les actions policières au Québec?***
4. ***Avez-vous en mémoire des situations particulières qui illustreraient bien des interactions entre les actions policières et les actions des programmes d'échange de seringues?***
5. ***Pouvez-vous identifier des contraintes susceptibles d'avoir une influence sur les interactions entre les actions policières et les actions des PES?***
 - a. ***Existe-t-il une structure, un moyen qui permet de documenter ces contraintes?***
 - b. ***Est-ce que certains intervenants sont plus concernés que d'autres par ces contraintes?***
6. ***Est-ce qu'il y a dans votre organisation des personnes qui participent à des comités ou des groupes de travail sur cette question en particulier?***
7. ***Pouvez-vous envisager des solutions qui permettraient de minimiser les contraintes entre les actions policières et les actions des PES et vice versa?***

Thème 2 : Des partenariats réussis entre des organismes communautaires, le milieu de la santé et la sécurité publique

8. ***À votre connaissance, existe-t-il des partenariats réussis entre des organismes communautaires, le milieu de la santé et la sécurité publique qui pourraient servir de modèle pour améliorer/faciliter les interactions entre les actions policières et les actions des programmes d'échange de seringues?***
9. ***À votre avis quelles sont les conditions essentielles pour favoriser la concertation entre les actions de prévention de la criminalité et les actions de prévention en santé?***

Commentaires de l'intervieweur

ANNEXE 2

ÉTUDES SUR LES EFFETS DES INTERVENTIONS POLICIÈRES SUR LES PES

Tableau 10 Synthèse des études portant sur les effets des interventions policières sur les personnes qui fréquentent les PES

Auteurs (an.) Pays-ville	N sujets	Type d'étude	Objectifs de l'étude	Interventions policières	Résultats	Recommandations ou solutions proposées	Analyse critique
Campbell et Eid (2009) ^[38] Canada – Montréal		Avis Sur la conformité à la Charte des droits et libertés de la personne de certains règlements municipaux, normes et pratiques institutionnelles du SPVM.	Règlements relatifs à l'incivilité Normes et pratiques institutionnelles qui orientent l'application de ces règlements		Le profilage social peut entraîner de la discrimination envers les personnes en situation d'itinérance en raison de leur statut social. L'emprisonnement en raison d'amendes non payées peut constituer une atteinte à leurs droits et libertés en raison de leurs conditions qui les maintiennent dans l'incapacité d'acquitter cette dette. La détention peut constituer un frein à la réinsertion sur le marché du travail, à l'accès au logement et à la consolidation des liens sociaux.	Appuyer l'usage des méthodes répressives sur des critères comportementaux neutres; Offrir de la formation sur les sources sociales de l'itinérance et sur les risques de profilage auprès des personnes itinérantes; Modifier le Code de procédure pénale afin d'éliminer l'impact discriminatoire des dispositions prévoyant l'emprisonnement pour amendes impayées; Privilégier une approche préventive et proactive pour l'itinérance; Pour les recommandations sur les dispositions des règlements, se référer à l'article de Campbell et Eid.	Document produit par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. Ce document fournit un portrait de situation et une analyse de la conformité des règlements du SPVM avec la Charte des droits et libertés. Une analyse de l'impact discriminatoire de la réglementation de la Ville de Montréal est réalisée à partir de données publiées sans toutefois proposer d'analyse critique.

Tableau 10 Synthèse des études portant sur les effets des interventions policières sur les personnes qui fréquentent les PES (suite)

Auteurs (an.) Pays-ville	N sujets	Type d'étude	Objectifs de l'étude	Interventions policières	Résultats	Recommandations ou solutions proposées	Analyse critique
Werb et collab. (2008)^[88] Canada – Vancouver Juin- décembre 2005	465	Étude transversale Méthodologie Entrevues semi-dirigées auprès de personnes UDI faisant partie de l'étude de cohorte VIDUS de Vancouver.	Documenter les répercussions de la confiscation de drogues et de matériel d'injection par les policiers en l'absence d'une arrestation formelle.	<i>Street-level policing</i>	Cette étude démontre que les personnes UDI les plus affectées par le <i>street-level policing</i> possèdent des caractéristiques particulières : vivre en situation d'itinérance, avoir été récemment incarcéré, faire un usage fréquent de crack, avoir besoin d'aide pour s'injecter, partager du matériel d'injection. Les résultats suggèrent également que la confiscation de drogues et de matériel d'injection a le potentiel d'exacerber le marché de la drogue et d'augmenter le partage de seringues.		Échantillon non randomisé. Étude transversale limitée/les informations sont rapportées par les personnes UDI. Les crimes rapportés et le partage de seringues peuvent être sous-estimés/biais de désirabilité sociale. Impossible de déterminer si les seringues confisquées étaient stériles ou usagées. La confiscation de seringues pourrait être moins dommageable si elles sont usagées et que cela incite à se procurer des seringues stériles.

Tableau 10 Synthèse des études portant sur les effets des interventions policières sur les personnes qui fréquentent les PES (suite)

Auteurs (an.) Pays-ville	N sujets	Type d'étude	Objectifs de l'étude	Interventions policières	Résultats	Recommandations ou solutions proposées	Analyse critique
Csete (2007)^[32] Canada, États-Unis, Australie et pays de l'Europe occidentale Période couverte : fin de l'année 1980 à 2007		Recension des écrits Méthodologie Recension des écrits sur les pratiques policières et la santé.	Documenter l'impact de l'application de la loi sur la prévention, les soins et les traitements du VIH pour les usagers de drogues.	Types Opérations particulières organisées/ Frappes; « Saturation policière » ou grande représentation; Infiltration au civil; Intensification des appréhensions et fouilles; Surveillance vidéo.	Les recherches consultées démontrent que des pratiques policières peuvent, exacerber le risque de contracter le VIH. Ces pratiques peuvent représenter une menace pour la santé des personnes UDI et leur capacité à avoir recours à des services de santé.	Nécessité de prendre des mesures pour établir clairement en droit que la possession de seringues stériles n'est pas illégale – donc pas d'arrestation pour possession de seringues Réviser les lois et politiques en matière de drogues. Réviser les pratiques, les politiques et assurer la formation policière. Améliorer les traitements en toxicomanie et l'éducation du public.	Bases de données consultées et mots- clés utilisés non mentionnés. Recension des écrits limitée aux documents de langue anglaise. La valeur scientifique des études n'est pas documentée.

Tableau 10 Synthèse des études portant sur les effets des interventions policières sur les personnes qui fréquentent les PES (suite)

Auteurs (an.) Pays-ville	N sujets	Type d'étude	Objectifs de l'étude	Interventions policières	Résultats	Recommandations ou solutions proposées	Analyse critique
Mazerolle et collab. (2007) ^[49]	132 interventions policières ayant fait l'objet d'une évaluation	Revue systématique	Évaluer l'efficacité des interventions d'application de la loi pour réduire ou prévenir les problèmes liés à la drogue.	Saisie de drogues, éradication des cultures, mesures sévères – <i>crackdown</i> , descentes, intensification des activités policières, interventions proactives et en partenariat, police communautaire, comité multi juridictionnel orienté vers la réduction de l'offre, prévention du crime par un design environnemental, zone de tolérance, résolution de problèmes et approche proactive de combinaison de tactiques, combinaison d'interventions.	Les interventions qui montrent la plus grande efficacité : – Enquêtes avec saisie – Programmes de coopération avec les citoyens – Police communautaire – Prévention du crime par l'aménagement de l'espace urbain – Approche de résolution de problèmes Parmi les approches individualisées - Intervention avec référence; - Intervention d'évitement de la criminalisation; La combinaison de plusieurs approches montre aussi une grande efficacité.	Les résultats montrent que les interventions proactives mobilisant un partenariat entre la police, une tierce partie et la communauté apparaissent plus efficaces pour réduire à la fois les problèmes liés à la drogue et ceux non liés à la drogue que les interventions réactives ou dirigées.	La recension des écrits a montré que les études réalisées aux États-Unis sont souvent biaisées. La réduction de l'offre a été plus souvent évaluée aux États-Unis et au Canada, alors que des approches axées sur la réduction de la demande proviennent du Royaume Uni. Les auteurs concluent que les recherches dans le champ de l'application de la loi sont de qualité très variable.

Tableau 10 Synthèse des études portant sur les effets des interventions policières sur les personnes qui fréquentent les PES (suite)

Auteurs (an.) Pays-ville	N sujets	Type d'étude	Objectifs de l'étude	Interventions policières	Résultats	Recommandations ou solutions proposées	Analyse critique
Friedman et collab. (2006) ^[82] États-Unis Collecte Année 1998	89 régions métropolitaines	Analyse transversale multisites Méthodologie Analyse statistique avec variables de contrôle : région, présence de PES, taux d'emploi en 1990 et proportion de personnes de race noire.	Étude visant à comprendre la relation entre des politiques punitives pour la population UDI et la prévalence du VIH chez les personnes UDI.	Trois mesures de répression étudiées : - Arrestations pour possession ou vente d'héroïne ou de cocaïne; - Nombre d'agents de police par 100 000 habitants; - Dépenses correctionnelles par 100 000 habitants.	Pas de mesures légales de répression associées directement aux personnes UDI, mais les trois mesures de répression étudiées sont associées positivement à la prévalence du VIH chez les injecteurs.	Rechercher des méthodes alternatives pour le maintien de l'ordre public afin de diminuer les coûts en termes d'infection au VIH et d'autres maladies liées à la consommation de drogues.	Analyses réalisées par les auteurs pour tester les limites de l'étude. Le nombre de policiers <i>per capita</i> n'est pas le même dans les secteurs plus touchés par le marché de la drogue; cela peut ou non atténuer l'effet de cette variable.
Rhodes et collab. (2006) ^[79] Russie Mai 2002	27	Étude exploratoire Méthodologie Entrevues semi-dirigées menées auprès de policiers occupants divers rangs au sein de la hiérarchie.	Documenter la perception qu'ont les policiers de la consommation de drogues par injection et de l'accès aux seringues par les personnes UDI.	Types <i>Street policing</i> Surveillance rapprochée. Recensement des personnes UDI (inscription dans un registre).	Les consommateurs de drogues sont considérés par les policiers comme étant des criminels potentiels. Les résultats suggèrent qu'une surveillance intensive peut être une façon d'assurer l'ordre public. En même temps, l'importance mise sur la surveillance et le recensement des personnes UDI nuit aux efforts de prévention des PES et la récupération sécuritaire du matériel usagé.	Former les policiers pour qu'ils aient une meilleure compréhension de la réalité des personnes UDI Mettre en place des partenariats en prévention du VIH, plus spécifiquement dans les villes où les pratiques policières ont pour effet de réduire l'accès à du matériel d'injection stérile	Étude exploratoire réalisée en Russie – contexte pas nécessairement transposable au contexte québécois. Cependant, cette étude démontre bien les effets que peuvent avoir les pratiques policières sur les personnes UDI et leur capacité à avoir des pratiques de consommation sécuritaires.

Tableau 10 Synthèse des études portant sur les effets des interventions policières sur les personnes qui fréquentent les PES (suite)

Auteurs (an.) Pays-ville	N sujets	Type d'étude	Objectifs de l'étude	Interventions policières	Résultats	Recommandations ou solutions proposées	Analyse critique
Small et collab. (2006) ^[87] Canada – Vancouver Collecte Sept. 2002-avril 2003	39	Recherche ethnographique Méthodologie Observation participante et entrevues semi-dirigées menées auprès de participants recrutés dans une étude de cohorte (n = 30) et d'individus fournissant des services de santé à des personnes UDI (n = 9).	Évaluer l'impact d'une opération policière sur le marché de la drogue, sur les activités en lien avec la consommation de drogues et sur l'accès aux services de santé pour les personnes UDI	Type Opération policière menée par le <i>Citywide Enforcement Team</i> (CET) Objectif Disséminer le marché de la drogue pour éliminer les problèmes de désordre public.	Déplacement du marché et des activités en lien avec la consommation de drogues. La présence policière intensive a eu pour effet d'augmenter le nombre d'injections non sécuritaires, d'augmenter la disposition non sécuritaire de seringues usagées, de limiter l'accès à des services de santé et d'entraîner le déplacement des personnes UDI. Plusieurs personnes UDI ont rapporté s'être fait confisquer leurs seringues.	Les effets négatifs des interventions policières intensives et leurs implications par rapport à l'ordre public et à la santé publique doivent être reconnues.	Limite méthodologique : échantillon non randomisé (cohorte) et données recueillies auprès des individus fournissant des services de santé à des personnes UDI; – pas de triangulation des données. La perspective des résidents et des commerçants non utilisateurs de drogues n'est pas prise en compte. L'étude n'a pas évalué les changements potentiels sur les pratiques d'injection dans les <i>shooting galleries</i> par exemple.

Tableau 10 Synthèse des études portant sur les effets des interventions policières sur les personnes qui fréquentent les PES (suite)

Auteurs (an.) Pays-ville	N sujets	Type d'étude	Objectifs de l'étude	Interventions policières	Résultats	Recommandations ou solutions proposées	Analyse critique
Beletsky et collab. (2005) ^[133] États-Unis - Rhode Island Collecte Août 2003- avril 2004	14	Étude qualitative Méthodologie Entrevues menées auprès de policiers.	Documenter l'attitude des policiers face à l'accès aux seringues, aux risques liés au matériel d'injection et à la consommation de drogues.		Les policiers sont généralement mal informés à propos des lois concernant l'achat et la possession de seringues. La connaissance de la loi ne change pas nécessairement les pratiques. Anxieux face aux risques de piqûres accidentelles. Manquent d'information pour se protéger des risques liés au matériel d'injection. Ils sont désorientés par les barrières structurelles qui, à leurs yeux, maintiennent le cycle perpétuel de l'abus de substances et du crime. Pour eux la loi contre la possession de seringues était un outil légal facilitant leur travail.		Faible puissance statistique – peu de répondants. Par ailleurs, les informations recueillies dans cette étude s'avèrent une base de réflexion importante puisqu'il existe très peu d'études qui ont documenté ces aspects.

Tableau 10 Synthèse des études portant sur les effets des interventions policières sur les personnes qui fréquentent les PES (suite)

Auteurs (an.) Pays-ville	N sujets	Type d'étude	Objectifs de l'étude	Interventions policières	Résultats	Recommandations ou solutions proposées	Analyse critique
Bellet et collab. (2005)^[39] Canada – Montréal Collecte (entrevues) Juin 2005	29 entrevues 22 685 contraventions	Rapport de recherche - État de situation Méthodologie Entrevues auprès de personnes en situation d'itinérance pour établir des trajectoires dans la rue et de judiciarisation Données de la Cour Municipale de Montréal concernant les infractions émises à des personnes itinérantes entre le 1^{er} avril 1994 et le 31 mars 2004.	Analyser le processus de criminalisation pour comprendre ce qui est reproché aux personnes itinérantes et analyser le processus de judiciarisation pour comprendre les réponses pénales utilisées dans la gestion de cette population.	Constats d'infraction émis pour avoir troublé l'ordre public.	La judiciarisation de la population itinérante a augmenté dans le temps. Les infractions reprochées aux personnes itinérantes sont mineures. Certaines populations itinérantes sont surjudiciarisées. Les coûts pour les personnes itinérantes et le système pénal relatif à cette gestion pénale sont élevés. L'incarcération est utilisée comme voie principale de gestion pénale de la population itinérante.		Cette étude a permis de montrer l'ampleur et les conséquences de la judiciarisation des personnes itinérantes à partir de données qualitatives, mais aussi de données quantitatives qui viennent appuyer la réflexion. Les auteurs soulignent certaines limites liées au fait que les statistiques portant sur une longue période peuvent refléter des situations qui ne sont pas forcément liées à de l'itinérance chronique. Par ailleurs, des analyses plus spécifiques pour les 29 personnes recrutées renforcent l'interprétation des résultats

Tableau 10 Synthèse des études portant sur les effets des interventions policières sur les personnes qui fréquentent les PES (suite)

Auteurs (an.) Pays-ville	N sujets	Type d'étude	Objectifs de l'étude	Interventions policières	Résultats	Recommandations ou solutions proposées	Analyse critique
Cooper et collab. (2005) ^[81] États-Unis – New York Collecte Août- décembre 2000	40	Étude qualitative Méthodologie Entrevues auprès de 40 personnes UDI vivant dans le Bronx. Analyse par théorie ancrée	Évaluer les effets d'un <i>crackdown</i> sur la capacité des personnes UDI à avoir des pratiques de consommation sécuritaires. Cette étude s'inscrit dans le même projet de recherche que l'étude de Cooper et collab. (2004) ^[83]	Intervention 2 vagues de répression policière ont eu lieu dans le 46 ^e district de New York (quartier du Bronx). Une entre 1996 et 1999 et l'autre en 2000 Une équipe tactique (<i>tactical narcotics teams</i>) a été mise en place à cet effet.	Des tactiques particulières utilisées lors de <i>crackdown</i> , telles que les fouilles fréquentes et l'augmentation de la surveillance dans le secteur, affectent la capacité des personnes UDI à s'engager dans des pratiques de réduction des méfaits. La surveillance constante peut rendre l'injection sécuritaire difficilement réalisable pour les personnes en situation d'itinérance.	Mise en place de stratégies, impliquant un partenariat entre groupes communautaires et organisations gouvernementales ou non gouvernementales, visant à réduire les activités liées à la drogue qui se font en public sans mettre en jeu la santé des personnes UDI. Exemples de stratégies : augmenter l'accès aux traitements et mettre en place des sites d'injection supervisée.	Pas de données concernant la période avant le <i>crackdown</i> /pas de comparaison avant après. Pas de mesure des effets « positifs » pouvant découler de cette opération policière. Malgré ces limites, les auteurs estiment que cette étude est crédible. La collecte de données a eu lieu sur une large période de temps, ce qui a permis aux chercheurs de développer une relation de confiance avec les participants.

Tableau 10 Synthèse des études portant sur les effets des interventions policières sur les personnes qui fréquentent les PES (suite)

Auteurs (an.) Pays-ville	N sujets	Type d'étude	Objectifs de l'étude	Interventions policières	Résultats	Recommandations ou solutions proposées	Analyse critique
Davis et collab. (2005) ^[80] États-Unis - Philadelphia		Étude avant après sans randomisation Méthode Utilisation des données des 9 mois précédents l'intervention et des 9 mois suivants fournies par le <i>Philadelphia's system exchange program</i> concernant les participants aux PES et l'utilisation qu'ils en font.	Étudier les effets des mesures de répressions policières intensives et à long terme sur les PES et leur utilisation.	Type Opération policière intensive qui a débuté à Philadelphia en mai 2002. Des policiers en uniforme ont été déployés dans des zones ciblées. Objectif Perturber le marché de la drogue	L'intervention policière dans les zones ciblées a réduit la prévalence de ventes de drogues dans ces secteurs. Une baisse significative du recours aux PES a été observée à la suite de l'intervention. L'étude a montré que les interventions policières influencent les personnes UDI quant aux décisions relatives aux pratiques d'injection. La crainte des arrestations et des fouilles peuvent limiter l'utilisation de matériel stérile et les pratiques sécuritaires tout comme le recours à des services de santé et de prévention.	Les efforts menés pour réduire les conséquences liées à la consommation de drogues ne doivent pas entrer en conflit avec la réduction du crime dans les rues et l'amélioration de l'ordre public. Les effets négatifs possibles peuvent être diminués par une meilleure collaboration entre la santé publique et le service de police. Par exemple, à Philadelphia, les policiers auraient pu orienter les personnes UDI vers des PES ou concentrer leurs efforts pour les inciter à suivre un traitement.	Les données permettant d'identifier les zones où sont postés les policiers ne sont pas disponibles, il est donc impossible de mesurer la relation géographique (<i>spatial relation</i>) entre les zones surveillées et l'utilisation des PES.

Tableau 10 Synthèse des études portant sur les effets des interventions policières sur les personnes qui fréquentent les PES (suite)

Auteurs (an.) Pays-ville	N sujets	Type d'étude	Objectifs de l'étude	Interventions policières	Résultats	Recommandations ou solutions proposées	Analyse critique
Kerr et collab. (2005) ^[85]		Recension des écrits Méthodologie Consultation de bases de données et de bibliographies des articles repérés. Résultats de recherches réalisées en Australie, au Canada, aux États-Unis et en Grande-Bretagne.	Documenter les impacts de l'intensification de l'application de la loi au niveau social et sur la santé publique.		Les stratégies de renforcement de l'application de la loi visant le marché de la drogue peuvent interagir avec l'environnement à risque des personnes UDI en aggravant les risques à la santé. De plus, une violation des droits est souvent associée à la répression policière visant le marché de la drogue.	Des efforts doivent être faits pour modifier les pratiques policières afin de réduire les conséquences sociales et sur la santé. Des partenariats entre les policiers et les agences de santé peuvent être établis pour s'assurer que les interventions policières et celles de santé soient complémentaires. Le partenariat peut permettre de cibler les problèmes d'une communauté pour la mise en place d'actions efficaces.	La recension des écrits se limite aux articles en anglais.

Tableau 10 Synthèse des études portant sur les effets des interventions policières sur les personnes qui fréquentent les PES (suite)

Auteurs (an.) Pays-ville	N sujets	Type d'étude	Objectifs de l'étude	Interventions policières	Résultats	Recommandations ou solutions proposées	Analyse critique
Cooper et collab. (2004) ^[83] États-Unis – New York Collecte Août- déc. 2000	65	Étude qualitative Méthodologie Entrevues auprès de 40 personnes UDI et 25 non utilisateurs de drogues par injection vivant dans le quartier ciblé. Analyse par théorie ancrée Utilisation de données qualitatives collectées dans le cadre d'une étude portant sur une opération policière.	Explorer les perceptions qu'ont les résidents utilisateurs ou non utilisateurs de drogues par injection de l'opération policière et leur expérience de la violence policière.	Intervention 2 vagues de répression policière ont eu lieu dans le 46 ^e district de New York (quartier du Bronx). Une entre 1996 et 1999 et l'autre en 2000 Une équipe tactique (<i>tactical narcotics teams</i>) a été mise en place à cet effet.	Les participants ont rapporté de la violence physique, psychologique et sexuelle, ainsi que de la négligence de la part des policiers. Les <i>crackdown</i> peuvent contribuer à réduire les activités liées à la drogue et la violence, mais les fouilles invasives et les arrestations fréquentes donnent lieu à une forme de violence sexuelle et psychologique. Les stratégies policières peuvent à la fois affecter les utilisateurs de drogues et compromettre la santé des non utilisateurs vivant dans le quartier ciblé.		L'étude ne tient pas compte des perceptions des résidents qui ne comprennent pas suffisamment bien l'anglais. Le NYPD a refusé d'accorder des entrevues aux chercheurs. Analyse limitée à la perspective des résidents de ce quartier.

Tableau 10 Synthèse des études portant sur les effets des interventions policières sur les personnes qui fréquentent les PES (suite)

Auteurs (an.) Pays-ville	N sujets	Type d'étude	Objectifs de l'étude	Interventions policières	Résultats	Recommandations ou solutions proposées	Analyse critique
Wood et collab. (2004) ^[70] Canada – Vancouver Collecte Août- décembre 2003		Étude avant/après Méthodologie Modèle de régression pour évaluer les changements entre différents indicateurs, donnés provenant du site d'injection supervisée et du Service de police de Vancouver.	Examiner l'impact de l'implantation d'un site d'injection supervisée sur l'ordre public.		Impacts positifs sur l'ordre public : diminution statistiquement significative du nombre d'injections faites en public, du nombre de seringues laissées à la traîne et de la quantité de matériel d'injection laissé à la traîne.		Malgré la prise en compte d'une période particulière afin de limiter la fluctuation dans les habitudes de consommation de drogues liées au changement de saison, cela peut avoir affecté les résultats. Cependant, les auteurs ont estimé qu'il n'y a pas de changement statistiquement significatif après un ajustement statistique pour les précipitations et la fluctuation de la consommation de drogues en public selon les saisons. Biais potentiel lié à la nature des données. Les auteurs considèrent qu'il est improbable puisque les résultats sont concordants avec les rapports de police et les données d'autres agences qui ont rapporté une diminution du nombre d'injections faites en public depuis l'ouverture du SIS.

Tableau 10 Synthèse des études portant sur les effets des interventions policières sur les personnes qui fréquentent les PES (suite)

Auteurs (an.) Pays-ville	N sujets	Type d'étude	Objectifs de l'étude	Interventions policières	Résultats	Recommandation s ou solutions proposées	Analyse critique
Wood et collab. (2004) ^[86] Canada – Vancouver Collecte Janv. 2003- juillet 2003	386	Recherche qualitative Méthodologie Utilisation de données (entrevues et questionnaires) collectées dans le cadre d'une étude prospective portant sur les personnes UDI de Vancouver (cohorte VIDUS).	Évaluer les effets de l'application de la loi.	Une opération policière intensive menée dans les rues du quartier <i>Downtown</i> <i>Eastside</i> de Vancouver. Objectifs Désorganiser le marché de la drogue et interrompre le cycle de criminalité et de l'usage de drogues présent dans les rues.	Aucune réduction dans la fréquence de l'utilisation de drogues ou sur les prix n'a été observée. La difficulté de se procurer de la drogue est en lien avec le déplacement des vendeurs de drogues. Les résultats sont cohérents avec l'hypothèse voulant que le marché de la drogue s'adapte aux contraintes. La présence policière semble avoir affectée à la baisse, et de manière significative, le recours à un site d'injection supervisée. Pas d'impact sur l'utilisation de traitement à la méthadone ni sur le prix de la drogue.		Les sujets faisant partie de la cohorte ne sont pas randomisés, mais les auteurs considèrent que les sujets sont représentatifs des UDI de Vancouver. Les échantillons, pour les périodes avant et après l'opération policière, peuvent eux aussi être affectés par une diminution de la fréquentation du site et cette information n'a pas été analysée. Cela peut avoir une influence sur les données. Les données de la semaine précédant l'opération policière (du 1 ^{er} au 6 avril) sont comptabilisées dans les statistiques de « l'après opération ». La taille restreinte de l'échantillon peut affecter la puissance statistique qui serait insuffisante pour évaluer les conséquences sur les comportements à risque (par rapport au VIH) comme le partage de seringues.

Tableau 10 Synthèse des études portant sur les effets des interventions policières sur les personnes qui fréquentent les PES (suite)

Auteurs (an.) Pays-ville	N sujets	Type d'étude	Objectifs de l'étude	Interventions policières	Résultats	Recommandations ou solutions proposées	Analyse critique
Aitken et collab. (2002) ^[77] Australie – Melbourne Collecte Déc. 2000	15	Recherche qualitative Méthodologie 15 entrevues semi-dirigées et observation participante Cette recherche s'inscrit dans un projet visant à étudier l'influence des réseaux sociaux dans la transmission du virus de l'hépatite C chez les personnes UDI.	Documenter l'impact de la répression policière sur le marché de l'héroïne.	Type Opération policière antidrogues (<i>Operation Clean Heart</i>) qui a débuté en décembre 2000 Objectif Réduire les aspects visibles du marché de la drogue dans une banlieue socio- économiquement défavorisée.	Cette opération policière intensive a eu des effets négatifs sur les pratiques d'injection Les auteurs ont également noté une augmentation de la violence et de la fraude. Cette opération policière n'a pas eu d'impacts significatifs sur le marché de la drogue, le marché s'est rapidement adapté aux nouvelles conditions. Cette opération n'a fait que déplacer le problème dans une autre ville. Le PES en place a même eu de la difficulté à fournir à l'augmentation de la demande de services, allant même jusqu'à devoir éventuellement fermer ses portes en réponse au mécontentement des citoyens.	Les auteurs concluent que la répression policière est une réponse inappropriée au problème de la drogue illicite; il faut plutôt développer des approches qui intègrent la réduction de la demande, la diminution de l'offre et les principes de réduction des méfaits. Les auteurs supportent les recommandations de Maher et Dixon ^[76] à l'effet notamment qu'il faut développer des stratégies alternatives aux mesures de répression policière (approches intégrant la réduction de la demande, la diminution de l'offre et les principes de réduction des méfaits).	Les personnes recrutées étaient déjà inscrites dans une autre étude.

Tableau 10 Synthèse des études portant sur les effets des interventions policières sur les personnes qui fréquentent les PES (suite)

Auteurs (an.) Pays-ville	N sujets	Type d'étude	Objectifs de l'étude	Interventions policières	Résultats	Recommandations ou solutions proposées	Analyse critique
Dixon et Maher (2002) ^[78] Australie – Sydney Collecte Date non indiquée	123	Étude qualitative Méthodologie Entrevues semi- dirigées L'étude fait partie d'un programme de recherche sur les comportements à risque et l'environnement social, culturel et les contextes de l'environnement sur les méfaits liés à la drogue. La population recrutée dans l'étude est majoritairement indochinoise	Étudier l'implication d'une opération policière intensive sur les relations entre la police et la communauté et sur le processus d'exclusion sociale.	Type Opération policière intensive en 1996 Objectifs Démanteler le marché de la drogue du quartier Cabramatta à Sydney.	La perception des jeunes Indochinois est à l'effet que les policiers de Cabramatta sont impliqués dans le commerce d'héroïne. La police australienne a le sentiment d'écoper des conséquences des pratiques qui se font ailleurs dans le pays d'origine des Indochinois. Cette recherche sur l'expérience et la perception des jeunes indochinois démontrent que les affrontements avec les policiers entraînent un climat de peur, de racisme et d'hostilité.		

Tableau 10 Synthèse des études portant sur les effets des interventions policières sur les personnes qui fréquentent les PES (suite)

Auteurs (an.) Pays-ville	N sujets	Type d'étude	Objectifs de l'étude	Interventions policières	Résultats	Recommandations ou solutions proposées	Analyse critique
Marx et collab. (2000) ^[134] États-Unis – Baltimore Collecte Février 1994- octobre 1995		Étude avant/après Méthodologie Analyse de régression Nombre d'arrestations entre février 1994 et octobre 1995 obtenu du département de police de Baltimore. Comparaison pour les 6 mois précédant et les 6 mois suivant l'implantation du PES.	Déterminer si la mise en place d'un PES à Baltimore est associée à une augmentation du nombre de crimes commis dans le quartier.		L'augmentation du nombre d'arrestations en lien avec la drogue n'est pas plus importante dans le secteur du PES que dans le reste de la ville. La proportion des types de crimes est différente sans que ce soit statistiquement significatif. Lors de la mise en place du PES, une augmentation du crime était attendue. Dans les faits, les crimes violents ont diminué dans le secteur du PES et augmenté dans le reste de la ville. Différences non statistiquement significatives.		La manière dont les arrestations sont codées peut différer selon les différents départements de police. Le nombre d'arrestations peut être supérieur au nombre de crimes commis. La tendance dans la criminalité mesurée par le nombre d'arrestations peut être affectée par différents facteurs, notamment par les pratiques des départements de police ou une modification des pratiques dans le secteur du PES.

Tableau 10 Synthèse des études portant sur les effets des interventions policières sur les personnes qui fréquentent les PES (suite)

Auteurs (an.) Pays-ville	N sujets	Type d'étude	Objectifs de l'étude	Interventions policières	Résultats	Recommandations ou solutions proposées	Analyse critique
Maher et Dixon (1999)^[76] Australie – Sydney Collecte fév. 1995- fév. 1997	405 entrevues enregistrées 202 questionnaires sur les revenus et les dépenses	Étude qualitative Méthodologie Entrevues ethno-graphiques, observation sur le terrain Utilisation du <i>Ethnographing Mapping</i>, observation directe, conversations informelles, codification des lieux.	Décrire les effets de la répression policière sur les usagers de drogues et les vendeurs dans l'espace public.	Répression policière sur les usagers de drogues et les vendeurs dans l'espace public.	La répression policière peut avoir des répercussions sur les usagers de drogues et les vendeurs dans l'espace public, telles que le stockage nasal ou oral de la drogue, la réticence à transporter du matériel d'injection, l'augmentation des risques liés à l'injection et le déplacement des activités entourant la vente et la consommation de drogues.	Les considérations de santé publique doivent constituer un déterminant prioritaire dans les stratégies de contrôle des drogues. L'application de la loi n'est pas et ne pourra jamais être la seule considération entourant les interventions policières.	Une triangulation des données a été faite pour en assurer la validité.
Oscapella (1995)^[84] Canada		Analyse de textes de lois canadiennes	Documenter l'effet des lois et des politiques sur la propagation du VIH, du VHB et du VHC, chez les usagers de drogues	Application de la loi	Il semble clair que les lois sur les drogues et le matériel de consommation tentent de protéger les PES. Les lois laissent tout de même des incertitudes entourant la légalité de la possession de seringues usagées qui contiennent des résidus de drogues.	Au Canada, la position semble indiquer que la possession et la distribution de matériel d'injection ne sont pas interdites – mais il y a lieu de clarifier cette interprétation de la loi.	L'auteur procède ici à une analyse critique des textes de loi. Par contre, dans la pratique les lois sont aussi sujettes à interprétation et ne sont pas appliquées de manière uniforme. Il n'est pas certain qu'une simple clarification soit suffisante.

ANNEXE 3

RÉSUMÉ SYNTHÈSE DES INITIATIVES QUÉBÉCOISES DE COLLABORATION INTERSECTORIELLE EN SANTÉ ET SÉCURITÉ PUBLIQUE

RÉSUMÉ SYNTHÈSE DES PROJETS ANALYSÉS

La santé mentale comme préoccupation commune

Le Programme d'encadrement clinique et d'hébergement (PECH), le Programme d'accompagnement justice-santé mentale (PAJ-SM) ainsi que l'équipe Urgence Psychosociale (UPS) – Justice ont pour clientèle cible des personnes ayant des problèmes de santé mentale et ayant des démêlés avec la justice. Le PECH a été mis en place à Québec en 1992 à l'initiative d'un groupe d'agents de probation. Ce programme offre des services de suivi dans une perspective d'intégration sociale. Plus spécifiquement, les intervenants du PECH accompagnent des adultes ayant des problèmes de santé mentale et ayant des démêlés avec la justice dans les tâches et les activités de la vie quotidienne dans le but de les aider à résoudre les problèmes qu'ils peuvent rencontrer^[104]. Les intervenants du PECH peuvent répondre 24 heures sur 24 aux demandes des policiers de la Ville de Québec qui doivent faire face à une situation de crise impliquant une personne ayant des problèmes de santé mentale. Le répondant du PECH dispose alors de trente minutes pour envoyer un intervenant en soutien aux policiers. Dans la majorité des cas, la personne en crise sera prise en charge par l'intervenant^[105].

Le Programme d'accompagnement justice-santé mentale (PAJ-SM), une composante du Tribunal de la santé mentale de la Ville de Montréal, est un projet pilote d'une durée de trois ans mis en place en mai 2008. Ce projet pilote cible les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale ou co-occurent avec d'autres problématiques telles que la toxicomanie ou la déficience intellectuelle et ayant des démêlés avec la justice. Il est une initiative de différents organismes communautaires, du ministère de la Justice et du MSSS, en collaboration avec la Ville de Montréal^[107]. Ce projet pilote vise à améliorer le traitement judiciaire des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale qui font face à des accusations pénales mineures portées devant la Cour municipale de la Ville de Montréal de manière à « permettre un traitement plus uniforme et cohérent des dossiers; éviter le recours à l'incarcération et favoriser l'encadrement et le suivi psychosocial/médical dans la collectivité ». Ce projet permet d'assurer un suivi des individus afin de diminuer les risques de récidive, de réduire la période passée en détention aux fins d'évaluation psychiatrique, de réduire à long terme la criminalisation et la récidive et de mieux réintégrer les accusés ayant des problèmes de santé mentale^[108]. Pour rencontrer les objectifs de ce projet, l'implication de différents professionnels des champs juridiques et cliniques est requise, soit : trois procureurs de la Couronne, un avocat de l'aide juridique, neuf juges, un agent de probation, un médecin omnipraticien spécialisé en santé mentale, deux agents de liaison en santé et services sociaux et un intervenant d'Urgence psychosociale-justice^[108]. Les personnes souffrant de troubles de santé mentale et étant jugées aptes à subir leur procès et criminellement responsables, qui devraient normalement se présenter devant la Cour municipale de la Ville de Montréal, se voient offrir la possibilité de comparaître devant le Programme d'accompagnement justice-santé mentale.^[108]

Il est important de noter que ce programme n'est pas un nouveau tribunal^[106], mais plutôt une option offerte aux personnes ayant des troubles de santé mentale tenant compte de leur réalité. La personne souffrant de troubles de santé mentale est alors soumise à un contrat comportant certaines conditions restrictives, selon son état, et sera suivie sur une période de

temps déterminée en fonction de ses besoins. Lorsque les conditions du contrat sont respectées, le procureur de la poursuite peut demander le retrait des accusations ou recommander l'imposition d'une sentence non privative de liberté. Par contre, dans le cas où les conditions ne sont pas respectées, la personne doit retourner devant le tribunal régulier où elle sera jugée sans égard à ses problèmes de santé mentale^[108]. La participation à ce projet pilote visant la décriminalisation de la clientèle psycholégale se fait sur une base volontaire^[107].

L'équipe UPS – Justice, créée en 1996 sous l'égide du CLSC des Faubourgs est maintenant sous la responsabilité du CSSS Jeanne-Mance. L'objectif de cette initiative est d'éviter la judiciarisation des personnes aux prises avec un problème de santé et d'éviter ou de réduire l'incarcération préventive^[109]. UPS-Justice s'adresse à une clientèle « d'adulte présentant un problème de santé mentale sévère et persistant, pouvant inclure les troubles sévères de la personnalité; personne agitée, désorientée dans le temps et l'espace, délirante, menaçante, dangereuse, et qui peut être en état d'intoxication et qui agit ou qui est sur le point d'agir de façon délictueuse dans son environnement »^[109]. Les intervenants réalisent des interventions dans la communauté et accompagnent les personnes à la cour^[109]. Pour le volet d'intervention dans la communauté, l'intervenant se rend sur les lieux de l'événement dans un délai très court (moins de 20 minutes), il évalue la situation de crise et fait une première intervention. Au besoin, il réfère la personne à une ressource appropriée comme l'hébergement de crise ou l'hospitalisation psychiatrique si la personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui^[110]. UPS-Justice offre un soutien rapide et direct aux intervenants qui œuvrent auprès de cette clientèle, dont les policiers, en proposant des alternatives autres que le recours à une intervention strictement policière^[111].

La Division urgence sociale de la Ville de Laval a été mise en place en 1965 et relève maintenant de la Division soutien au territoire du Service de police de Laval. La Division urgence sociale a pour principal objectif d'offrir des services psychosociaux d'urgence à la population lavalloise; une situation d'urgence psychosociale étant définie comme « une situation provoquant un déséquilibre très important chez un individu ou un groupe, exigeant une intervention immédiate et adéquate sous peine de voir la vie de l'individu ou bien d'autrui mise en danger, et/ou la possibilité d'une désorganisation encore plus grande chez l'individu »^[135]. Quoique s'adressant à quiconque devant faire face à des situations aussi diverses qu'une éviction d'un logement, un incendie, des problèmes familiaux, des problèmes de dépendance ou de violence, la majorité des interventions sont effectuées auprès de personnes ayant des problèmes de santé mentale. La Division urgence sociale peut intervenir à la suite d'un appel d'un particulier ou d'un policier afin d'évaluer l'état mental de la personne, d'estimer son degré de dangerosité, de la référer vers les services appropriés et de l'y accompagner au besoin^[135].

Des initiatives pour contrer l'itinérance en milieu urbain

Les services offerts par l'Équipe de Médiation Urbaine (EMU), par l'Équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance (EMRII), par Dernier Recours et par le Service de dégrisement de la Maison de Lauberivière ciblent pour leur part les personnes en situation d'itinérance. Seules les initiatives EMU et EMRII sont toujours en opération en 2011. L'Équipe de Médiation Urbaine est un projet pilote mis en place à Montréal en juillet 2007

dans l'arrondissement Ville-Marie. Les quartiers de Sainte-Marie, de la Petite-Bourgogne et de Duff-Court ont été visés par ce projet. Ce projet pilote est une initiative de l'Équipe Sociale d'Intervention en Espace Urbain (ESIEU), avec la collaboration du Regroupement des Organismes de Justice Alternative du Québec (ROJAQ). Ce projet de médiation urbaine a pour objectif de trouver des solutions alternatives au problème des contraventions émises par les policiers aux personnes marginalisées et en situation d'itinérance. À cet effet, des services de résolution de conflits, dont la médiation, sont proposés à l'ensemble des citoyens de l'arrondissement comme alternative à la judiciarisation. Les intervenants impliqués, soit quatre médiateurs professionnels et un médiateur bénévole, font du « travail de proximité⁵⁶, de prévention de situations à risque, de saine gestion des incivilités auprès des personnes en situation d'exclusion (itinérants, jeunes de la rue, Autochtones) et [de la] résolution de conflits entre ces personnes et les autres occupants de l'arrondissement Ville-Marie »^[113]. Dans ce projet, les policiers ont été impliqués au sein du comité opérationnel dont le mandat était de conseiller les travailleurs de proximité. En cours de projet, des collaborations avec les services de police se sont développées.

L'Équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance (EMRII) a été mise en place pour sa part par le Service de police de la Ville de Montréal.

Ce projet s'inscrit « dans un continuum d'actions qui seront réalisées par le SPVM dans le cadre de ses nouvelles orientations en matière d'itinérance. En effet, d'autres mesures sont en développement afin d'améliorer les interventions policières auprès des personnes en situation d'itinérance. Celles-ci visent à créer sinon améliorer les outils de travail des policiers, à favoriser leur mobilisation face aux enjeux à l'égard du phénomène de l'itinérance et à surmonter les obstacles actuels pour favoriser la complémentarité des actions avec les différents partenaires »^[114].

Ce projet a pour principal objectif de rejoindre les personnes en situation d'itinérance, ou à risque de le devenir, faisant régulièrement l'objet d'interventions policières afin de leur offrir des alternatives et de développer des interventions policières adaptées à leurs besoins ou à leur situation. Cette équipe travaille en soutien aux policiers patrouilleurs et « applique les principes de la résolution de problèmes dans leur intervention dans le but de réduire le nombre d'interventions policières à répétition auprès des mêmes personnes itinérantes »^[114].

Dernier Recours a pour sa part été en opération entre 1988 et 1991. Ce centre d'information, de référence et de dépannage, ouvert en tout temps, a été mis en place par l'administration municipale de la Ville de Montréal. Ce projet avait notamment pour objectifs d'assurer le rôle de coordination des interventions sur le territoire de la Ville de Montréal, de donner aux personnes en situation d'itinérance des locaux sécuritaires pour dormir, de fournir aux centres d'hébergement un soutien pour la sélection de la clientèle, de donner aux personnes en situation d'itinérance un soutien de référence dans leur choix d'un lieu d'hébergement et d'apporter un soutien de sélection et de référence aux policiers et aux travailleurs de rue^[115].

⁵⁶ Le travail de proximité, le travail de milieu et le travail de rue sont des termes utilisés pour désigner des interventions qui sont réalisées dans la communauté. Généralement, le terme travail de rue est réservé aux interventions de démarchage sur la rue pour rejoindre les populations visées par un programme. Les interventions qui se réalisent soit dans les milieux de vie des populations à rejoindre ou dans le « voisinage » sont souvent désignées sous les vocables travail de milieu et travail de proximité. Ce dernier est utilisé par des services de police dans des approches préventives.

Quant au Service de dégrisement de la Maison de Lauberivière, il a été mis en place en 1998 en collaboration avec le Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, le Centre hospitalier universitaire de Québec, les policiers de la communauté urbaine de Québec, le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Vieille-Capitale et le CSSS de Québec-Nord. Ce service avait pour objectifs d'assurer l'accompagnement et la surveillance des individus âgés de 18 ans et plus étant légèrement à modérément intoxiqués en assurant une période de dégrisement et une période de désintoxication dans un milieu non médical, en favorisant une conscientisation de leur problématique et en les dirigeant vers les ressources appropriées^[116]. Ce service, qui représentait une alternative pour les policiers qui pouvaient y conduire les personnes intoxiquées, lorsqu'interceptées pour cette raison, plutôt que de les incarcérer, n'est plus offert depuis 2007.

Intervenir auprès des personnes aux prises avec un problème de dépendance

Trois initiatives ciblant les personnes ayant des problèmes de dépendance ont été recensées, soit le Projet NAOMI, Méta d'Âme, et Relais-Méthadone. Pour ces trois, des collaborations ont été établies avec les services policiers à la phase d'implantation afin d'en assurer la viabilité. Le projet NAOMI (*North American Opiate Medication Initiative*) est une étude clinique réalisée dans trois villes canadiennes, soit Montréal, Toronto et Vancouver. Le volet montréalais a été réalisé entre 2005 et 2009 par le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) en collaboration avec le Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN). Les principaux intervenants impliqués sont des médecins, des infirmières et des intervenants psychosociaux^[122]. Cette étude canadienne, menée auprès de personnes dépendantes aux opioïdes ne répondant pas aux traitements conventionnels, visait à déterminer si la prescription d'héroïne permettait de retenir les héroïnomanes en traitement^[122], à établir une comparaison entre un traitement supervisé à l'héroïne sous prescription et un traitement de substitution à la méthadone^[123] et à accroître les connaissances à propos des troubles mentaux et de dépendance^[122]. Les résultats pour les recherches menées à Vancouver et Montréal confirment que « la consommation sous supervision d'héroïne pharmaceutique constitue un traitement sûr et efficace pour les toxicomanes chez qui les autres types de traitement ont échoué »^[123].

Méta d'Âme est pour sa part un centre de jour et d'entraide, parrainé par le CRAN, offrant des relations d'aide, de l'accompagnement, des références, de l'aide à la recherche d'emploi, de l'aide à la recherche de logement, du dépannage alimentaire, un service de collation et des accès internet^[117]. Cet organisme, créé en 2000, vient en aide aux personnes en traitement à la méthadone et aux personnes toxicomanes qui tentent de surmonter leur problématique de consommation. Méta d'Âme est essentiellement administré par des pairs aidants, c'est-à-dire des usagers et ex-usagers de méthadone, qui dispensent également les services^[118].

Relais-Méthadone cible également les personnes ayant des problèmes de dépendance, plus particulièrement les personnes dépendantes aux opioïdes, âgées de 14 ans et plus, vivant en marge des réseaux de la santé et du système social^[119]. Créé en 1999, il s'agit du premier programme d'accès à la méthadone à bas seuil d'accessibilité mis en place au Canada. Ce programme était au départ un projet pilote d'une durée de trois ans^[120]. Relais-Méthadone est un service du CRAN auquel collabore l'organisme Cactus Montréal, ainsi que des pharmacies communautaires qui distribuent la méthadone sur une base quotidienne. Relais-

Méthadone a pour objectifs de répondre aux besoins de traitement et d'accompagnement de la population visée en offrant des services médicaux et psychosociaux relatifs à la prescription de méthadone, à la prévention des maladies infectieuses et à l'amélioration des conditions de vie, ainsi que d'améliorer les conditions de vie et l'état de santé et de diminuer les comportements à risque de la clientèle^[119]. Par l'entremise d'un travailleur de milieu, d'infirmières, d'intervenants psychosociaux et de médecins, Relais-Méthadone offre un accès rapide à un premier traitement à la méthadone et facilite le retour au traitement après un premier abandon par la flexibilité du programme, la possibilité pour l'utilisateur de choisir les activités auxquelles il veut participer, la disponibilité des services médicaux et du matériel d'injection, l'accueil et les services fournis^[121].

Bien que les initiatives auprès des personnes aux prises avec des problèmes de dépendance ne soient pas orientées spécifiquement vers le soutien aux interventions policières, elles ont généralement un effet positif sur les personnes prises en charge qui contribue à alléger le travail des policiers. Ainsi, plus les personnes dépendantes sont soutenues dans leurs démarches de recouvrement de la santé et d'intégration sociale, moins ils ont de comportements dérangeant dans l'espace urbain.

Les programmes d'échange de seringues

Cinq PES ont été abordés dans la documentation consultée, soit Cactus Montréal, Point de Repères, Spectre de rue, Plein Milieu et Pikatemp. Cactus Montréal est un programme d'échange et de récupération de seringues offrant également de l'aide psychosociale, un programme de maintien à la méthadone et les services d'une infirmière de proximité du CSSS Jeanne-Mance^[124]. Il s'agit du premier PES à voir le jour en Amérique du Nord en 1989 sous le nom d'UDI-SIDA qui est devenu en 1996 Cactus Montréal, un organisme communautaire autonome^[125]. Point de Repères a été fondé pour sa part à Québec en 1990 et offre, en plus d'un PES, les services d'une infirmière en matière de dépistage, de vaccination, de soins de santé mineurs, de méthadone à bas seuil d'accessibilité ainsi que de l'évaluation et de la référence vers des soins spécialisés^[128].

Plein Milieu est un PES situé sur le Plateau Mont-Royal ciblant les jeunes exclus et marginalisés de 12 à 30 ans. Ce programme bénéficie de la collaboration de la Direction de santé publique de Montréal^[127]. Cactus Montréal cible les consommateurs et consommatrices de drogues illégales, les jeunes de la rue, les personnes travesties et transsexuelles et les travailleurs et travailleuses du sexe. Les objectifs poursuivis sont de « réduire la transmission du VIH, des hépatites et autres formes d'infection; diminuer les méfaits associés à la consommation de drogues illégales et à des pratiques sexuelles non sécuritaires; [et] faire disparaître le sentiment d'exclusion et de marginalité que ressentent les consommateurs et consommatrices de drogues illégales »^[124].

Spectre de Rue est un organisme qui vient en aide aux personnes marginalisées de 16 ans et plus qui vivent des problèmes de toxicomanie, de prostitution, d'itinérance ou de santé mentale. Les objectifs poursuivis sont la prévention et la réduction de la propagation des ITSS, la sensibilisation et l'éducation de la population aux problèmes de la population visée et le soutien des usagers dans leurs démarches vers la socialisation et l'intégration sociale^[126]. Cet organisme a de nombreux partenaires institutionnels, comme les policiers des postes de quartier 21 et 22, l'arrondissement Ville-Marie, la Ville de Montréal, le CSSS

Jeanne-Mance, la Direction de santé publique de Montréal et le Centre Dollard-Cormier, ainsi que divers partenaires communautaires, comme l'unité d'intervention mobile Anonyme, Cactus Montréal, Séro Zéro, Plein Milieu, Médecins du Monde-Montréal, Dans la Rue, Dopamine, Stella, Tandem Montréal, Éco-quartier Ville-Marie et le Journal l'Itinéraire^[136]. Alors qu'il est possible de se procurer du matériel d'injection stérile et du matériel visant la prévention des ITSS et de disposer de manière sécuritaire des seringues usagées auprès des intervenants du site fixe, les intervenants du centre de jour offrent des services d'accueil, d'écoute, de soutien et de référence, avec le concours, deux après-midi par semaine, d'une infirmière du CSSS Jeanne-Mance. Spectre de Rue a également un volet travail de rue qui vise à rejoindre les personnes ne fréquentant pas les organismes communautaires. Le volet travail de milieu a, quant à lui, pour objectifs de rejoindre les différents acteurs de l'arrondissement afin de trouver des solutions aux problématiques liées à la présence de personnes marginalisées dans le quartier et de récupérer des seringues à la traîne. De plus, le Programme TAPAJ a été mis en place afin d'offrir du travail ponctuel payé à la journée pour la clientèle cible^[126].

Pikatemps est un projet basé sur l'approche de réduction des méfaits, consistant à mettre en place des mesures pour réduire les conséquences négatives d'une consommation abusive de drogues. Mis sur pied en 2002 par le CSSS Vallée-de-l'Or, il a comme objectif d'offrir des services de santé aux personnes vulnérables aux ITSS. Ce projet est fondé sur une entente de partenariat, négociée avec neuf organismes engagés dans l'offre de services. La complémentarité entre les différents intervenants (travailleurs de rue, intervenants communautaires des milieux autochtones, infirmières du CSSS de la Vallée-de-l'Or, l'infirmière et de la travailleuse sociale de la clinique régionale en soins intégrés en VIH/sida, l'infirmière de Kitcisakik) permet d'offrir un service adapté à la situation des personnes vulnérables aux ITSS. Les activités prennent plusieurs formes : clinique de dépistage des ITSS, de soutien et d'information directement dans les bars, à l'éducation des adultes ou en milieu autochtone ou lors de la clinique hebdomadaire au local du centre-ville. Un partage des tâches est fait pour assurer la présence d'infirmières et d'intervenants psychosociaux lors des interventions dans les milieux^[129].

La prostitution de rue

Finalement, un projet s'adressant plus particulièrement aux travailleurs et travailleuses du sexe a été recensé, soit le projet La prostitution de rue – intervention en situation de crise qui a fait suite au projet pilote Temps d'arrêt^[40] mis en place en 2003 à la Ville de Montréal suivant une initiative de la ville et du SPVM^[130]. En plus du SPVM, et plus spécifiquement des postes de quartier 21 et 22, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, l'arrondissement Ville-Marie et certaines ressources communautaires ont collaboré au projet. Les intervenants impliqués étaient d'ailleurs principalement des policiers et des intervenants communautaires^[130]. Pour l'année 2006, les objectifs de ce projet étaient entre autres de favoriser la référence des policiers aux organismes communautaires, maintenir ou améliorer au besoin l'accès aux services communautaires pour les travailleurs et travailleuses du sexe, poursuivre les efforts amorcés dans le but de leur assurer une accessibilité aux soins de santé, ainsi que les efforts de sensibilisation, notamment auprès des policiers, quant aux réalités auxquelles les travailleurs et travailleuses du sexe sont confrontés^[130]. Ce projet, qui a soulevé un tollé de la part des résidents et des commerçants, n'est plus en cours.



EXPERTISE
CONSEIL



INFORMATION



FORMATION



RECHERCHE
ÉVALUATION
ET INNOVATION



COLLABORATION
INTERNATIONALE



LABORATOIRES
ET DÉPISTAGE

www.inspq.qc.ca

**Institut national
de santé publique**

Québec

