

Salles de consommation supervisée :

Une mesure nécessaire, un contexte à consolider.

CACTUS Montréal, septembre 2008

Présentation de l'organisme :



CACTUS Montréal est un des premiers programmes d'échange de seringues en Amérique du Nord. Depuis 1989, l'organisme a beaucoup cheminé et a su évoluer avec les besoins de sa communauté. CACTUS Montréal a conservé sa mission de réduction des méfaits et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) auprès des personnes qui consomment des drogues par injection et inhalation, des travailleurs et travailleuses du sexe, ainsi que des travesties et transsexuelles tout en développant des services spécifiques. Au-delà du programme d'échange de seringues, CACTUS Montréal touche à la fois au travail de rue, au travail de milieu, développe un projet d'implication sociale (PLAISIIRS) et a développé un volet de travail communautaire.

L'organisme promeut une approche humaniste centrée autour des personnes et visant à leur autonomisation. L'organisme, de par son intervention, favorise l'adoption de pratiques sécuritaires en matière de relations sexuelles et de consommation de drogues afin d'empêcher la transmission du VIH/SIDA, des hépatites et des autres ITSS. De plus, il agit en défense de droit afin de diminuer la stigmatisation et les préjugés qui sont faits à l'encontre des personnes qui consomment des drogues, font le travail du sexe ou sont en situation d'itinérance.

Document préparé par :
Jean-François Mary,
Responsable de l'organisation communautaire et des communications

Note introductive :

Le présent mémoire fait suite et complète un mémoire déjà déposé dans le cadre de la consultation municipale sur l'itinérance mise en place par la Ville de Montréal en Avril 2008¹. Le document présenté à ce moment-là se voulait une introduction et une invitation à réflexion sur le sujet. Une large part de ce mémoire présentait les différentes ressources de ce type déjà existantes et posait une série de questionnement quant aux besoins locaux et aux particularités du contexte local. Une partie de ce mémoire a été reprise dans ces pages, mais certains détails ont été mis à l'écart pour laisser plus de place aux besoins ressentis sur le terrain.

1 Ce mémoire peut être consulté sur le site Internet de la ville de Montréal à l'adresse suivante:
http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/COMMISSIONS_PERMANENTES_FR/MEDIA/DOCUMENTS/MEMOIRE_CACTUSMONTR%C9AL_20080424.PDF

Table des matières

Introduction	5
I) Définition et historique des salles de consommation supervisée (SCS).....	7
A) Définition.....	7
B) Historique des SCS.....	8
C) Services fournis et évaluation des SCS.....	9
1) Services fournis dans les SCS.....	9
2) Évaluation des SCS.....	11
a) Objectifs de dépôts des SCS.....	11
b) Accroître l'accès aux soins de santé et en toxicomanie pour des populations difficiles à rejoindre.....	12
c) Réduire la mortalité et la morbidité associée à la consommation par injection. .	12
d) Réduire la transmission des ITSS et en particulier le VIH/sida et l'Hépatite C...	13
e) Réduire la consommation de drogues par injection ou inhalation dans les lieux publics ou semi-publics ainsi que la présence de seringues à la traîne qui y est associée.....	13
f) Réduire le trafic et la criminalité dans la zone environnant la salle de consommation.....	14
II) Pertinence dans le contexte montréalais et prérequis pour une mise en place réussie..	15
A) Pertinence dans le contexte montréalais.....	15
B) Pré-requis pour une mise en place réussie.....	18
1) Continuer à soutenir les mesures en place.....	18
a) Programme de distribution et de récupération de matériel stérile pour la consommation de drogue par Injection et inhalation.....	18
b) Travail de rue.....	20
c) Lieux d'accueil et d'implication sociale : PLAISIIRS.....	21
2) D'autres aspects tout aussi essentiels.....	22
a) Logement bas seuil.....	22
b) Déjudiciarisation.....	23
c) « Pas dans ma cour ».....	24
Conclusion.....	26
Références bibliographiques	28

Introduction :

Lorsque l'on aborde le sujet de l'itinérance, on oublie bien souvent les personnes qui vivent cette situation. En effet, l'itinérance ne fait pas référence à une condition ou un problème, il s'agit de conditions dans lesquelles des personnes se trouvent pour différentes raisons et de différentes manières. Par contre, cette condition de vie est faite d'une extrême pauvreté, d'instabilité domiciliaire, de comportements en marge des normes sociales, de désaffiliation et d'isolement social, pour tous ceux et celles qui la vivent. Malgré tout, cela reste un enjeu parmi tant d'autres.

Le présent mémoire porte sur un champ d'expertise que CACTUS Montréal a su développer au cours des années soit le travail de réduction des méfaits auprès de personnes qui consomment des drogues par injection ou inhalation. La population qui fréquente les services de l'organisme se caractérise par sa grande diversité. Parmi ces personnes, on retrouve des personnes en situation d'itinérance. Nous nous concentrerons à aborder une thématique qui les concerne tout particulièrement. Le mémoire met une emphase sur les salles de consommation supervisée. En effet, l'actualité récente nécessite un éclairage tout particulier sur ce type de structure. Le fait d'aborder le thème des salles de consommation supervisée nous permet d'aborder d'autres besoins ressentis par la population qui pourrait avoir recours à ce type de service. Ainsi, la deuxième partie du mémoire abordera les thématiques propres au contexte montréalais actuel et fera état de la situation et des besoins ressentis sur le terrain.

L'itinérance est bien souvent associée à la consommation de drogues. Pourtant, en réalité, la majorité des personnes en situation d'itinérance ne sont pas toxicomanes, il n'y a pas de lien de causalité établi entre itinérance et toxicomanie. Les données épidémiologiques disponibles montrent que 30 à 40 % des personnes en situation d'itinérance souffrent de problèmes de santé mentale, d'alcoolisme ou de polytoxicomanie (Fournier et Mercier, 1996). L'image de l'itinérant toxicomane fait pourtant partie de l'imaginaire qui entoure l'itinérance et qui ne représente que la partie visible de l'iceberg. Pourtant, il ne faut pas sous-estimer les besoins sociosanitaires importants dont fait l'objet cette population. De plus, ces personnes, souvent désaffiliées socialement, sont en prise à des problématiques multiples (dépendance, absence de revenu fixe, absence ou instabilité du logement, troubles de santé mentale). Cette

désaffiliation rend difficile l'accès de ces personnes aux services publics de la santé et des services sociaux.

L'approche de réduction des méfaits est apparue il y a plus de 25 ans avec les programmes d'échange de seringues. Cette approche est née d'une nécessité d'agir face à une épidémie de VIH/SIDA qui touchait les personnes utilisatrices de drogues injectables. La diffusion rapide de l'approche a fait en sorte qu'un courant d'intervention en santé publique et en toxicomanie a vu le jour. La réduction des méfaits se base sur une approche humaniste et pragmatique qui vise à travailler pour que les personnes reprennent du pouvoir sur leur vie en adoptant des modes de consommation sécuritaires. La réduction des méfaits associés à la consommation de drogue, n'exige pas l'abstinence, mais vise à rejoindre les personnes à risque là où elles sont afin d'agir de manière pragmatique dans le présent. Cette approche s'est déclinée sous plusieurs types d'interventions comme la mise en place de programme de distribution et de récupération de matériel stérile de consommation de drogues, les traitements de substitutions ou les salles de consommation supervisée. Cette approche a démontré son efficacité dans 3 domaines : la prévention et le contrôle des épidémies d'ITSS associées à l'injection et à l'inhalation de drogues (principalement le VIH/sida et les hépatites), l'amélioration des conditions de vie et de santé des personnes et la diminution de la criminalité (Brisson et Fallu, 2008).

Le présent mémoire fera une présentation des sites de consommation supervisée en commençant par fournir une définition puis en présentant l'historique de ces structures. Ensuite, nous présenterons leur fonctionnement. Enfin, nous attacherons au contexte montréalais en faisant état des besoins et en élaborant une série de recommandations afin d'y répondre.

Nous souhaitons faire état, auprès de la commission parlementaire sur l'itinérance, de la pertinence de l'approche de réduction des méfaits et de ses différentes composantes. Cette pertinence est une résultante du malaise que vivent les personnes en marge de notre société. Il y a donc une nécessité d'agir avec ces personnes en tirant profit des forces et du potentiel de mobilisation que peuvent démontrer ces personnes souvent pointées du doigt.

I) Définition et historique des salles de consommation supervisée (SCS)

A) Définition

Les salles de consommation supervisée sont mises en place afin de permettre la consommation sécuritaire de drogues déjà achetées dans un environnement où les personnes ne sont pas jugées pour ce qu'elles font ou consomment, sous la supervision d'un personnel formé spécifiquement à cet effet.

Ce sont des ressources hautement spécialisées qui s'intègrent dans un réseau de services de soin pour usagers de drogues. Ces structures s'intègrent dans les stratégies locales afin de satisfaire des besoins individuels et collectifs apparus en lien avec la consommation de drogues. Les SCS se distinguent des « piqueries illégales », qui sont maintenues pour le profit par des vendeurs de drogues, ainsi que des salles de consommation mises en place dans le cadre des programmes de substitution.

Le but de ces salles est de rejoindre les consommateurs de drogues les plus à risque de contracter le VIH/SIDA, des hépatites ou autres ITSS, spécifiquement les consommateurs par injection ou inhalation et ceux qui consomment sur la voie publique. Cette population a de grands besoins sociosanitaires, qui ne sont dans la plupart des cas, pas adressés par d'autres services et qui posent des problèmes dans la communauté. La méfiance qui s'est développée dans le milieu de la consommation de drogues envers les institutions sociosanitaires rend difficile le suivi. Tout au plus, les problèmes sont résorbés temporairement, avec des coûts sociaux très élevés, ou déplacés, temporairement, avec des opérations de répression policière. Les personnes en situation d'itinérance qui consomment des drogues donnent lieu à des scènes de consommation en public, qui, en plus de générer bon nombre d'irritants pour la population, portent atteinte à l'intégrité physique et mentale des personnes. Les organismes communautaires en réduction des méfaits, comme CACTUS Montréal, nous laissent entrevoir qu'il est possible de rejoindre ces personnes, de répondre à leurs besoins de base, de leur redonner l'estime d'eux-même et ainsi de développer un sentiment d'appartenance à la société qu'ils voient souvent comme une des causes de leur mal-être.

Les principaux objectifs des SCS sont (Hedrich, 2004) :

- De rejoindre les populations visées.
- D'améliorer la santé des utilisateurs et d'éviter la propagation des ITSS.
- De fournir un environnement sécuritaire pour la consommation de drogues par injection ou inhalation.
- De réduire la mortalité dans les groupes de population visés.
- De stabiliser et de promouvoir la santé des utilisateurs.
- D'assurer un maintien de l'ordre public (en réduisant l'usage de drogues en public, et de réduire la criminalité autour de la structure)

B) Historique des SCS

Les premières initiatives officielles ou semi-officielles de salles où la consommation de drogues était tolérée ont été mises en place en Hollande au début des années 1970 et en Suisse au début des années 1980. En Angleterre, des salles de ce type ont vu le jour à la fin des années 1960 et au début des années 1970. Ces salles différaient de ce que l'on appelle aujourd'hui des salles de consommation supervisée, car la supervision et la distribution de matériel stérile n'étaient pas leur principal objectif.

La première SCS conçue selon le modèle actuel a été ouverte en juin 1986 à Berne en Suisse. Une étude légale s'est ensuivie, qui a conclu que la mise en place de salle de consommation supervisée ne contrevenait pas à la législation Suisse sur les drogues tant que la salle améliorait les conditions d'hygiène dans lesquelles la consommation avait lieu, qu'une supervision médicale était en place et qu'aucune vente de drogues ne s'y tenait. Suite à cette évaluation, les premières salles d'injection ont obtenu le statut d'institution médicale et ont donc été exemptes d'interventions policières. Par la suite, une autre étude au niveau du droit public international a été conduite par l'Office de Santé Publique Fédéral Suisse. Celui-ci a conclu en janvier 2000 que les conventions internationales ne fournissent aucune indication quant au fait que les SCS visent à la réhabilitation et l'intégration sociale des toxicomanes dans le court terme et qu'elles réduisent la souffrance humaine et éliminent les motivations financières pour le trafic illicite dans le long terme. Il existe donc un vide au niveau du droit

international qui permet la mise en place de telles salles, car aucun cadre légal, au niveau international, n'oblige les États à poursuivre et punir les personnes en possession de drogues illicites dans une SCS de par son statut médico-social. Suite à la lutte contre les scènes ouvertes de consommation de drogue, le nombre de SCS a augmenté jusqu'à atteindre 12 salles en 2003. Depuis la fin 2001, certaines salles d'injection ont été élargies aux consommateurs par inhalation.

Au même moment, des salles de consommation supervisée s'ouvraient en Allemagne, en Hollande puis en Espagne, en Australie et enfin au Canada. Il existe désormais plus de 70 de ces structures de par le monde.

La seule salle d'injection supervisée en Amérique du Nord a été établie en 2003 à Vancouver sous le nom d'INSITE. Une exemption de l'article 56 de la *loi réglementant certaines drogues et autres substances* a été accordée à la Portland Hotel Society. Santé Canada a fourni les fonds nécessaires au démarrage, au fonctionnement et à l'évaluation de l'initiative. Toutefois, après l'évaluation initiale, une deuxième évaluation a été requise. Santé Canada a accordé la prolongation de la période d'exemption et du financement a dû être trouvé pour poursuivre l'évaluation. Le rapport de recherche final a été publié le 31 mars 2008. En l'absence de réponse concrète menaçant la poursuite des activités, un recours a été porté devant la Cour suprême de Colombie-Britannique opposant le Portland Hotel Society et VANDU (Vancouver Area Network of Drug User) et le Ministère de la santé du Canada. La Cour suprême a donné une exemption constitutionnelle pour que INSITE poursuive ses activités en toute légalité et a demandé au gouvernement de reviser la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* et de la mettre à jour afin qu'elle s'accorde avec la *Charte des droits et libertés*. Le gouvernement a fait appel de cette décision. Toutefois, INSITE peut poursuivre ses activités et étant donné qu'il s'agit d'une ressource de santé, ils reçoivent l'appui financier du Vancouver Coastal Health Authority et de la municipalité.

C) Services fournis et évaluation des SCS

1) Services fournis dans les SCS

Les SCS sont implantés dans des lieux où se retrouve une concentration importante de consommateurs de drogues par injection ou inhalation ou bien là où se déroule le trafic de drogues, bien souvent dans le centre-ville de moyennes ou grandes villes.

Les services fournis dans les SCS sont similaires dans tous les pays ayant mis en place de tels programmes.

Un lieu d'accueil et d'orientation des usagers est le premier point de contact en entrant dans ces ressources. Une salle d'attente est souvent disponible afin que les usagers en attente entrent le moins possible en contact avec ceux qui ont fini d'utiliser la ressource. Une évaluation des besoins de la personne est faite. Le premier contact est essentiel afin d'instaurer un climat de confiance avec les usagers et afin de faire passer les messages de prévention et d'information sur la consommation de drogue par injection ou inhalation. Les SCS s'intégrant dans un réseau de soin pour toxicomanes, c'est aussi à l'accueil que des références vers des structures spécialisées et des centres de soins, de thérapie ou de désintoxication peuvent être faites. Du matériel stérile d'injection ou d'inhalation est fourni à la personne avant que celle-ci accède à la salle de consommation. Il est mentionné à la personne que celle-ci doit disposer de son matériel usagé dans les boîtes prévues à cet effet dans le local de consommation ou à sa sortie.

Pour ce qui est des isolements de consommation en tant que tels, ils peuvent être de différents types ou présenter des fonctionnements différents.

En Suisse et en Allemagne, des isolements spécifiques permettant l'inhalation de drogues, telles que le crack par exemple, en plus des isolements pour l'injection ont été installés.

Dans tous les cas, les isolements sont individuels afin d'éviter la possibilité de partage du matériel. Les isolements doivent permettre au personnel médical d'encadrement de voir se dérouler la consommation afin de prévenir les cas de surdose mortelle ou des utilisations qui ne respectent pas le cadre de fonctionnement de la structure.

Comme leur nom l'indique, les salles de consommation sont soumises à une supervision. En aucun cas, les travailleurs ou toute autre personne ne peuvent assister l'utilisateur à s'injecter. Par contre, des conseils sur les techniques d'injection ou sur les zones d'injection à privilégier sont prodigués. De plus, en tant que ressources sociosanitaires, le personnel médical fournit des soins de santé de base aux usagers. Ces soins portent le plus souvent sur des infections ou des abcès cutanés. Des services de consultation, des tests de dépistage et des campagnes de vaccination peuvent aussi être faites sur place.

Une fois que la consommation a eu lieu, bien des structures, dont INSITE à Vancouver, proposent une salle de dégrisement afin d'éviter que les personnes intoxiquées se retrouvent immédiatement sur la rue.

Selon un document du CCSA-CCLAT (2005), les règles habituelles que l'on retrouve dans les SCS de par le monde sont les suivantes :

- Aucun partage de matériel d'injection.
- L'accès est généralement restreint aux utilisateurs de plus de 18 ans qui ont déjà utilisé des drogues injectables.
- Tous les utilisateurs doivent s'inscrire à l'entrée.
- Aucun trafic de drogue sur les lieux.
- Pas d'échange ou de partage de drogues.
- Accès souvent limité aux injecteurs locaux.
- Aucun alcool sur les lieux.
- Aucune violence verbale ou physique, ni aucune activité illégale ne sont autorisées sur les lieux.

2) Évaluation des SCS

a) **Objectifs de départs des SCS**

Toutes les SCS ont en général commencé à partir d'état de situation similaire.

Les objectifs de départs que l'on peut retrouver dans chacun des SCS sont les suivants :

- Accroître l'accès aux soins de santé et en toxicomanie pour des populations difficiles à rejoindre.
- Réduire la mortalité et la morbidité associée à la consommation par injection.
- Réduire la transmission des ITSS et en particulier le VIH/sida et l'Hépatite C.
- Réduire la consommation de drogues par injection ou inhalation dans les lieux publics ou

semi-publics ainsi que la présence de seringues à la traîne qui y est associée.

- Réduire le trafic et la criminalité dans la zone environnant la salle de consommation.

Dans la suite de cette partie, nous tâcherons, au travers des évaluations des différentes SCS de par le monde, et en particulier au travers de l'évaluation finale d'INSITE, d'évaluer en quoi les salles de consommation supervisée parviennent à remplir ces objectifs.

b) Accroître l'accès aux soins de santé et en toxicomanie pour des populations difficiles à rejoindre

D'après Hedrich (2004), qui conduit une étude transversale des différentes SCS, les salles de consommation permettent de rejoindre des personnes de plus de 30 ans qui consomment depuis longtemps et qui n'ont souvent eu aucun contact préalable pour un traitement. Ce service apparaît, selon la même source, comme particulièrement pertinent pour rejoindre des groupes de population à risque dont font partie les personnes en situation d'itinérance ou les jeunes de la rue. Les données sociodémographiques des usagers sont comparables dans tous les pays. Ainsi, le profil le plus souvent retrouvé est celui d'un consommateur de drogues par injection assez âgé, qui consomme depuis plus de 10 ans, habituellement dans la rue, est itinérant ou a recours au travail du sexe. Ces ressources facilitent donc le contact avec les consommateurs les plus désaffiliés et marginalisés.

D'après le rapport final d'évaluation d'INSITE, il semblerait que la ressource est associée à une augmentation de 30 % du recours aux services de désintoxication et à une augmentation subséquente des taux de traitement de la toxicomanie à long terme. Cela influe ensuite sur une diminution de l'utilisation de la salle de consommation. Pour augmenter l'accès aux cures de désintoxication, le Portland Hotel Society (PHS) a décidé d'installer des lits à cet effet dans des chambres au-dessus d'INSITE, *Onsite*.

De plus, INSITE a permis de mener des campagnes de vaccination afin d'éviter la

propagation d'épidémies. Les soins de santé de base fournis sur place ont eu un impact immédiat sur la population en soignant par exemple les abcès cutanés avant que l'infection ne puisse progresser.

c) Réduire la mortalité et la morbidité associée à la consommation par injection

Un des objectifs des SCS est bien évidemment de réduire les cas de décès par surdose. Bien souvent, ces morts sont évitables dès lors qu'une intervention rapide est effectuée.

À titre d'exemple, INSITE est intervenu dans 336 cas de surdose sans qu'il n'y ait eu de décès. En réduisant les facteurs de risque, les risques de transmission des ITSS et les risques de surdose, les SCS réduisent la morbidité prévalente et la mortalité. Toutefois, bien que faite dans des conditions sécuritaires, le recours à la consommation de drogues par injection ou non est un risque qui peut avoir une influence sur la santé générale du consommateur.

d) Réduire la transmission des ITSS et en particulier le VIH/sida et l'Hépatite C

Plus la fréquentation d'une SCS augmente, moins la possibilité de partage de matériel d'injection est fréquente au sein de la population qui utilise la ressource, de fait, cela peut avoir une incidence positive afin de réduire la transmission des ITSS. Toutefois, aucune donnée empirique ne permet de mettre cela en évidence. Cette tâche est d'autant plus ardue qu'il est impossible de savoir si les gens partagent du matériel d'injection en dehors de la SCS ou si la fréquentation d'une telle ressource permet de changer les modes de consommation à long terme et dans l'ensemble du milieu.

e) Réduire la consommation de drogues par injection ou inhalation dans les lieux publics ou semi-publics ainsi que la présence de seringues à la traîne qui y est associée

Un des objectifs principaux qui permet la mise en place de SCS est la réduction des nuisances publiques associées à la consommation de drogues ainsi que la diminution du

matériel de consommation laissé à la traîne.

Le fait que les utilisateurs fassent usage des SCS pour des raisons d'hygiène et de santé a été très documenté. Mais, les rapports font aussi le constat que les SCS leur permettent d'éviter de consommer dans des lieux publics ou semi-publics; des lieux qu'eux aussi considèrent comme inacceptables (Hedrich(2004)). Le rapport final d'INSITE permet aussi de faire la même constatation quant à la diminution de l'injection de drogue en public. Cette situation a une incidence directe sur les seringues à la traîne et cela très rapidement. En effet, entre 6 semaines avant et 12 semaines après l'ouverture de la ressource, une diminution des seringues à la traîne a été observée. Cette situation a été confirmée par les sondages auprès des usagers.

f) Réduire le trafic et la criminalité dans la zone environnant la salle de consommation

L'observation qui a été faite autour des différentes SCS en Europe (Hedrich(2004)) montre que les SCS permettent de maintenir l'ordre public et de réduire les nuisances autour de ces structures. Toutefois, les observations montrent aussi que pour que cette amélioration soit durable, il faut que la capacité des SCS soit en adéquation avec la demande, c'est-à-dire avec la taille de population qui consommait en public.

De plus, les différentes études montrent que la grande majorité (environ 63 à 93 %) des usagers de service des SCS sont des résidents locaux. Cela explique la pertinence d'installer des SCS dans des zones où le trafic et la consommation de drogues sont les plus intenses. Les SCS ayant fermé leur porte l'y ont souvent été contraintes, car cet objectif n'a pas été atteint.

L'évaluation d'INSITE montre que la criminalité n'a pas augmenté autour d'INSITE. Une firme privée de sécurité opérant pour le Chinatown Business Association, autour d'INSITE, a quant à elle remarqué une diminution de 19 % de la prostitution, de 32 % des vols, de 20 % des vols à l'étalage, de 66 % des agressions sexuelles, de 95 % du squeegee.

II) Pertinence dans le contexte montréalais et prérequis pour une mise en place réussie

A) Pertinence dans le contexte montréalais

La consommation de drogues par injection au Québec et particulièrement à Montréal concerne quasi essentiellement l'usage de cocaïne. Les dernières données proviennent du volet montréalais de l'étude Surv-UDI publiée en 2008 avec les données au 30 juin 2007. Cette étude menée de manière continue permet d'observer les changements et de réaliser un état des lieux à un moment donné. Les personnes sont recrutées pour l'étude via les ressources pour personnes utilisatrices de drogues injectables (UDI). Cela permet d'avoir un panel assez vaste de personnes et donc une image suffisamment fidèle à la réalité. Au cours des 6 mois précédents l'étude, les personnes UDI se sont injecté de la cocaïne pour 86% d'entre eux, de l'héroïne pour 51%, du speedball (mélange cocaïne et héroïne) pour 14%, du Dialaudid pour 14%, de la morphine pour 6%, du crack pour 1,2% et des amphétamines pour 1,1% d'entre elles. À la lecture de ces chiffres, deux phénomènes nous apparaissent de manière importante. D'une part le fait que les personnes UDI de Montréal sont principalement polytoxicomanes. Et d'autre part, le fait que la drogue la plus consommée par injection est la cocaïne. En effet, ce phénomène est une particularité propre au Québec et à Montréal. La consommation de cocaïne se fait par « binges » comme le souligne Pascal Shneeberger (2000). Ces périodes de consommation sans arrêt sur des périodes allant de 4 à 10 jours peuvent se dérouler jusqu'à ce que les limites physiques ou financières de la personne soient atteintes. Ce phénomène est aussi le cas des fumeurs de crack. La fréquence d'injection ou d'inhalation est très élevée allant de 5 à 30 injections quotidiennes pour des consommateurs réguliers. À titre de comparaison, un consommateur d'héroïne par injection va souvent se limiter à 1 ou 3 injections par jour. Il est à noter une consommation de crack relativement élevée puisque d'après Leclerc et al. (2008), 64 % des personnes sondées ont consommé du crack par inhalation dans les 6 derniers mois.

Dans les cas étudiés précédemment, les usagers des SCS utilisaient principalement de l'héroïne ou d'autres opiacés. INSITE présente une population assez diverse puisque 51% consomme de l'héroïne, 32 % de la cocaïne. Cette particularité est à prendre en compte puisque la fréquence de consommation aura des conséquences au niveau des besoins des personnes qui fréquentent la ressource, mais aussi au niveau de l'organisation des services.

Cet état de fait légitime d'autant plus le besoin au niveau des références et du counselling pour accéder à des traitements des problèmes de toxicomanie que ce soit pour des thérapies ou des cures de désintoxication.

De plus, l'incidence d'une telle consommation sur la santé est très grande. La possibilité de développer des abcès, des maladies du foie, des endocardites et parfois même des lésions cérébrales est très grande. En second lieu, il faut aussi considérer que les personnes qui s'injectent de la cocaïne sont plus à risque de développer des hépatites ou le VIH. Dans le rapport de Leclerc et al. (2008), on apprend que, pour les personnes utilisatrices de drogues injectables de Montréal, 18 % ont le VIH/sida et 67 % le virus de l'hépatite C. Nous sommes donc présentement en situation d'épidémie, puisque l'on parle d'épidémie à partir de 10 %. Les besoins au niveau de la santé sont criants. Une telle situation pose de réels problèmes de santé publique d'autant plus quant il s'agit de personnes désaffiliées socialement et ayant peu ou pas de contact avec le réseau public de la santé et des services sociaux. Il est donc nécessaire d'accroître l'accessibilité aux services et de développer des programmes ciblés qui s'inscrivent dans le long terme.

Pierre Lauzon (2003) a recueilli le point de vue des consommateurs quant à la mise en place éventuelle d'une salle de consommation supervisée en centre-ville de Montréal. Ces derniers semblent voir dans les SCS la possibilité de consommer ailleurs que dans les lieux publics ou semi-publics afin d'éviter le stress que cela occasionne, la crainte de l'intervention policière ou la possibilité d'être vu par des concitoyens. Une autre opinion avancée provient de la possibilité de réduire une source de « mise à l'index », en l'occurrence la présence de seringues à la traîne dans l'environnement. L'auteur de cette étude mentionne aussi la possibilité que les SCS changent le rapport à la substance et à l'injection que les personnes entretiennent, le rendant moins attractif pour certains ou moins problématique pour d'autres. On se rend compte que le point de vue des consommateurs rejoint sur certains aspects le point de vue des autres groupes de population.

Enfin, le dernier aspect, et non le moindre, démontre la pertinence d'une salle de consommation supervisée relève de l'ordre public et des déchets de matériel de consommation à la traîne.

Nous commencerons par le matériel de consommation de drogue injectable à la traîne. Depuis de nombreuses années, on constate une problématique de seringues à la traîne principalement dans le centre-ville de Montréal, même si celle-ci semble être en diminution. Les groupes communautaires faisant de l'échange de seringues font un travail important de sensibilisation auprès de leurs usagers, ainsi qu'en matière de ramassage des seringues par des rondes quotidiennes ainsi que des blitz de ramassage saisonniers. La ville de Montréal a équipé ses cols bleus et le personnel d'entretien des parcs de bacs de récupération et leur a fourni la formation adéquate. Les services de police sont eux aussi équipés de bacs de récupération. La majorité des consommateurs de drogues injectables qui fréquentent les programmes d'échange de seringues se soucient également du phénomène, sont conscientisés face à cela, et participent aux activités de ramassage. Pourtant, il arrive toujours que des seringues ou tout autre matériel de consommation se retrouvent dans les parcs, rues ou ruelles de Montréal. Ce phénomène peut avoir de nombreuses sources : l'oubli du matériel après avoir consommé, la crainte d'un contrôle policier alors que l'on est en possession de matériel de consommation usagé (même si cela est théoriquement légal), le stress occasionné par la consommation dans un espace public ou semi-public. La consommation au sein d'une SCS permettrait de réduire cette problématique. Au niveau de l'ordre public, le rapport de la firme de sécurité privée mentionné plus haut dans le cas d'INSITE a montré une diminution importante des troubles de l'ordre public qui sont les principales sources d'irritants pour les résidents et commerçants. Qui plus est, les autres expériences de SCS, sauf quelques exceptions qui n'existent plus à ce jour, montrent que ces lieux n'occasionnent pas d'augmentation du trafic de drogue ou de la prostitution dans le territoire où le projet s'inscrit et qu'il permet bien souvent de diminuer les nuisances occasionnées dans son environnement direct. Nous disposons ici, à Montréal, de l'exemple des bacs de récupération extérieurs. À leur début, nombreux étaient ceux qui craignaient que ces contenants allaient attirer les consommateurs de drogues injectables. Pourtant, ces lieux n'ont pas connu une hausse de l'achalandage, ils ont par contre permis de réduire le phénomène de seringues à la traîne dans ces lieux là.

Bien des consommateurs de drogues ne font pas le choix de consommer dans la rue, celle-ci est à la fois leur lieu de vie, leur source de revenus et donc l'environnement dans lequel ils consomment. D'après Leclerc et al. (2008), dans les 6 mois précédents l'études, les

personnes UDI sondées résidaient pour 45 % dans la rue, un refuge ou un squat et 25 % dans une chambre. Une SCS leur permettrait de consommer dans un espace sécuritaire, dans des conditions d'hygiène optimale tout en préservant la communauté de cet irritant.

B) Pré-requis pour une mise en place réussie

Il nous semble important d'apporter un éclairage sur la nécessité de continuer à soutenir les mesures déjà en place. Comme mentionné précédemment, les SCS viennent s'intégrer dans un continuum de services pour les personnes toxico-dépendantes. Et cela en particulier pour les ressources bas-seuil. Par bas-seuil, on entend « les ressources qui ont pour objectif de soutenir les usagers de drogues illégales là où ils se trouvent, de manière à ce que leur santé se détériore le moins possible au cours de cette phase temporaire de leur vie, et que le retour à une position productive dans la société, lorsqu'ils y seront prêts, ne soit pas trop laborieux. » (Van Caloen et al. (2000)) En effet, la quasi-totalité des personnes toxico-dépendantes veulent cesser leur consommation et suivent une thérapie à un moment ou un autre de leurs trajectoires. Dans la réalité, l'unique critère d'un retour réussi des usagers de drogues à la vie normale n'est pas l'abstinence immédiate; la réhabilitation est un processus comprenant plusieurs étapes.

1) Continuer à soutenir les mesures en place

a) Programme de distribution et de récupération de matériel stérile pour la consommation de drogue par injection et inhalation

Depuis la fin des années 80, les programmes d'échange de seringues ont vu le jour en Amérique du Nord afin d'apporter une réponse immédiate à l'épidémie de VIH/SIDA chez les personnes utilisatrices de drogues injectables. CACTUS Montréal a été le premier de ces programmes en Amérique du Nord. En plus, d'agir concrètement contre cette épidémie par la fourniture de matériel et le passage d'information de prévention en matière de consommation de drogues et de pratiques sexuelles, les programmes d'échange de seringues permettent de réaliser un accompagnement psychosocial de ces personnes et permet d'ouvrir la porte pour des personnes désaffiliées souhaitant diminuer ou arrêter leur consommation. Ce type de service s'est par la suite développé pour devenir un axe central d'intervention en matière de santé publique auprès de cette population. En effet, les données montrent que 93 % des usagers fréquentent des centres communautaires de ce type à l'instar du réseau public de

santé. (Parent et al., 2005)

Ces dernières années, les programmes d'échange de seringues ont subi différentes attaques. Tout d'abord, la politique des quatre piliers a été remise en question. Jusqu'à maintenant, la stratégie canadienne antidrogue comprenait la répression et le contrôle, la prévention, la désintoxication et la réduction des méfaits. Le quatrième pilier, la réduction des méfaits a été supprimé. Cela laisse un vide évident et un important retour en arrière. Que reste-t-il pour les personnes qui consomment activement, qui ne sont pas impliqués dans le trafic ou le crime, qui ne sont pas prêtes à entamer des démarches thérapeutiques ou ont échoué celles-ci, et qui consomment déjà depuis de nombreuses années ? Malgré tout, ces mesures peuvent se poursuivre en raison des questions de santé publique que sont le taux élevé de maladies transmissibles sexuellement et par le sang chez la population UDI. Mais, les menaces ne s'arrêtent pas là. Comme peut en témoigner la campagne menée par le parti conservateur et son député Maurice Vellacott qui écrivait dans un de ses bulletins « Garder les drogués dans les centres de désintoxication et les chasser de nos rues », « leur place est la désintox ou la prison ». Un autre exemple provient d'un article paru dans La Presse en date du 21 août 2008, sous le titre « L'ADQ veut arrêter « cette folie-là » », où le critique en matière de santé déclaraient : « Les organismes qui distribuent du matériel ne font pas toujours le suivi de leur clientèle. On ne peut pas dire à ces gens-là (les toxicomanes) moi, je vais t'aider à te détruire. J'ai un problème avec ça ».

Ces attaques viennent ajouter la menace sur les groupes communautaires qui vivent un sous-financement important, en l'absence de sources récurrentes et stables. Ces attaques sont de plus non fondées. En effet, lors du déménagement de CACTUS Montréal les craintes dans le nouveau voisinage étaient très grandes. Après plus d'un an au coin de Sainte-Catherine et Sanguinet, en plein coeur du Centre-Ville de Montréal, le climat s'est grandement apaisé. En plus de répondre aux besoins des personnes UDI les plus désaffiliées, l'organisme a su répondre aux irritants vécus dans le voisinage par des mesures concrètes. Un comité « Bon-voisinage » est désormais en place, des rondes de ramassage quotidiennes sont réalisées. Désormais, les résidents et commerçants du quartier peuvent compter sur l'aide et le travail d'un groupe communautaire qui a su écouter leurs craintes, répondre à leurs irritants et donc réduire les nuisances tout en servant sa mission de base qui est de venir en aide à des personnes en marge de la société.

Cette implication des groupes communautaires permet donc de répondre à de multiples objectifs, de réduire les coûts sociaux en matière de santé et de sécurité publique. Malgré tout, la santé financière de ces groupes est précaire, il n'existe pas de financement global suffisant et enfin, le financement par projets menace la stabilité et la continuité de projets qui ont fait leur preuve.

b) Travail de rue

Un autre aspect important de l'aide aux personnes UDI et itinérantes est le travail de rue. Les travailleurs de rue sillonnent un territoire et travaillent directement auprès des gens par une approche globale. Il s'agit d'un moyen essentiel pour rejoindre des personnes très désaffiliées, d'établir avec elles des stratégies pour améliorer leurs conditions de santé et l'estime d'eux-mêmes, ainsi que de créer des liens entre ces personnes et les ressources qui leurs viennent en aide. L'objectif de base pour un travailleur de rue n'est pas la fourniture de matériel de consommation, à l'instar des programmes d'échange de seringues. Ils réalisent du dépannage ou se servent du matériel pour entrer en contact avec des personnes qu'ils ne connaissent pas déjà. Leur travail se situe plutôt au niveau de l'accompagnement individuel afin que les personnes se prennent en charge pour développer des stratégies afin qu'elles adoptent des pratiques sécuritaires, qu'elles prennent soin d'elles-mêmes, et en fin de compte qu'elles puissent envisager une diminution puis un arrêt de leur consommation. Pourtant, les instances en matière de santé publique demandent aux travailleurs de rue, à des fins d'évaluation, de fournir une quantité substantielle de matériel. Il est vrai que l'évaluation du travail de rue, une activité principalement qualitative, n'est pas une tâche aisée. Toutefois, un des mandats des travailleurs de rue est l'autonomisation des personnes qu'elles suivent; ainsi, ils vont faire en sorte que les personnes utilisent les services des différents programmes d'échange de seringues ou qu'elles se procurent leur matériel en pharmacie. Si la volonté en matière de santé publique est d'accroître l'accès au matériel, pourquoi ne pas laisser aux travailleurs leur mandat de base et de rendre les seringues disponibles par le biais de boîtes de distribution comme cela est le cas dans de nombreuses villes européennes depuis de nombreuses années. Le travail de rue, bien que discret par nature, est essentiel afin de rejoindre les personnes les plus éloignées au sein même de leur milieu de vie. Leur travail est essentiel pour réintégrer ces personnes dans la société et

permettre l'arrimage aux ressources.

c) Lieux d'accueil et d'implication sociale : PLAISIIRS

Un projet pilote novateur a été mis sur pied sur une période de trois ans visant d'une part à offrir un lieu d'accueil et d'implication sociale aux personnes utilisatrices de drogues par injection et inhalation et d'autres parts de soutenir leur implication sociale. Cette implication vise à redonner l'opportunité à des personnes le plus souvent marginalisées d'exercer leur citoyenneté, de prendre la parole et d'affirmer leur point de vue, mais aussi de se constituer en une force collective susceptible d'agir dans la communauté pour une meilleure prise en compte du point de vue des personnes toxico-dépendantes. Orienté dans une stratégie bas-seuil, le projet PLAISIIRS s'inscrit dans une démarche innovante de prise en compte collective plutôt qu'individuelle.

Après trois ans de projet pilote, PLAISIIRS a permis de développer des stratégies d'intervention novatrices, de construire un sentiment d'appartenance à la ressource. De plus, un groupe décisionnel d'usagers s'est mis sur pied. Toutefois, l'objet n'est pas ici de décrire ce programme, mais plutôt de démontrer l'impact qu'il a sur les participants et de souligner la nécessité de soutenir ses activités de manière récurrente.

Les participants se sont vus traiter comme des êtres humains responsables et capables d'agir comme citoyen à part entière comme l'a mis en évidence le rapport d'évaluation de la criminologue Céline Bellot (Bellot et al. (2008)). Cela a eu un impact direct sur leur état général en leur permettant de garder le moral malgré la rudesse de leurs conditions de vie. De plus, ils pouvaient dès lors prendre soin des leurs et développer des sentiments de solidarité positifs envers leurs pairs. Certains ont arrêté leur consommation, d'autres l'ont diminué de par le fait qu'ils restent occuper dans un lieu où le respect et la tolérance règnent. L'évaluation du projet pilote a validé ses victoires. Mais ses « victoires » sont bien fragiles. En effet, la menace de non-renouvellement du financement suite au projet pilote fait planer une épée de Damoclès au dessus de la tête des participants. Ainsi, dans le rapport d'évaluation (Bellot et al. (2008)), on pouvait y lire des commentaires des participants dont voici des extraits. Le projet « m'a redonné une valeur humaine plutôt que je me détruisse (...), m'a fait prendre conscience de mon inconscience (sa consommation) .» « C'est un lieu sécuritaire pour faire l'effort de ne pas penser à aller consommer... PLAISIIRS ne me donne pas envie

de changer, mais il me fait changer les choses... »

Ainsi, la fermeture de PLAISIIRS fera replonger de nombreuses personnes plus bas que là où ils se trouvaient auparavant en augmentant d'autant plus leurs réticences envers la société et éloignant la possibilité d'une réintégration sociale.

Enfin, il est important de mentionner que PLAISIIRS va au-delà de sa mission de base. En effet, des projets voient continuellement le jour à partir de ce lieu d'implication. Comme exemple, nous pourrions citer ToxicoNet. De concert avec les participants, des corvées de nettoyage rémunérées à la journée ont été instaurées. D'abord, sur la base de subvention, mais ensuite en allant décrocher des contrats auprès de clients privés. Le premier contrat qui a été honoré a été réalisé sur une commande de la Société de Développement Commercial du Vieux-Montréal. D'autres clients ont suivi (Festival Juste pour Rire, Consortium écologique, etc.). Tous jusqu'à ce jour ont été plus que satisfaits par le travail minutieux, rigoureux et appliqué qu'a réalisé l'équipe de ToxicoNettoyeurs. Ce projet se propose comme une alternative aux modes de survie de rue. De plus, il répond à divers objectifs. D'une part pour les travailleurs, qui effectuent un travail rémunéré, valorisant, dans un environnement dans lequel ils se sentent à l'aise (la rue), accompagné d'un superviseur compréhensif, qui les connaît et les épaulé. D'autres part, ce projet participe à changer le regard sur les personnes itinérantes et toxicomanes, par l'action citoyenne, et les valorise auprès d'acteurs locaux pour lesquels ils réalisent ces travaux.

Il est donc nécessaire d'appuyer dans le long terme et sur une base récurrente ces projets qui reçoivent l'appui de différents acteurs locaux (table de concertation, police, ville de Montréal, résidants et commerçants).

2) D'autres aspects tout aussi essentiels

D'autres aspects, tout aussi essentiels, méritent l'attention. Toutefois, ces aspects ne sont pas inclus dans nos mandats de base. Nous ne les aborderons pas en détail, mais il nous semble important d'en faire état. Ces programmes peuvent être trouvés dans d'autres provinces et en particulier dans la ville de Vancouver. En effet, le Portland Hotel Society (PHS), qui porte le programme INSITE, comprend aussi 70 unités de logements pour des personnes qui consomment activement des drogues. En plus de cela, le PHS rend aussi disponibles un centre de jour, une clinique médicale, une banque pour personnes itinérantes ou toxicomanes

et fournit régulièrement du travail à ces personnes. Plus récemment, le PHS a mis sur pied Onsite, une cure de désintoxication située directement au-dessus d'INSITE.

a) Logement bas seuil

Le logement pour des personnes qui consomment activement est un problème important. En effet, vu le manque de ressources financières dont disposent ces personnes ils n'ont pas accès au marché locatif. De plus, les portes des refuges leur est bien souvent fermé en raison de leur dépendance. Cette situation est d'autant plus problématique durant les longs mois d'hiver. Les refuges demandent l'abstinence qui n'est pourtant pas toujours possible selon les individus et leur contexte. Il y a donc une grande nécessité de mettre en place des ressources de logement qui corresponde à cette population. Il ne s'agit pas permettre la consommation de drogue à l'intérieur, mais d'accueillir des personnes qui arrivent intoxiquées. L'exemple du PHS mentionné précédemment montre que ce type de ressource peut et devrait voir le jour au Québec et en particulier dans le contexte montréalais. Laisser des personnes dans la rue par une nuit d'hiver peut provoquer de grandes séquelles physiques voire la mort. Il est important de souligner que certaines personnes mettent en place des stratégies pour rester dehors malgré le froid comme se tenir éveillé par la consommation de drogues ou se procurer une impression de chaleur en buvant de l'alcool; ces moyens empirent l'effet du froid et les mettent encore plus à risque. De plus, procurer une stabilité du logement pour des personnes qui consomment, dans un environnement soutenant et salubre, faciliterait leur démarche d'arrêt de consommation, réduirait la criminalité et les irritants pour eux ainsi que pour la société.

b) Déjudiciarisation

Les personnes qui consomment des drogues et sont itinérantes vivent une double stigmatisation. Les logiques de répression en place se concrétisent dans la remise de contraventions, dont elles seules font l'objet. Par exemple, le fait de jeter des mégots à terre, le fait de se trouver sur un banc public, le fait de flâner, alors qu'elles n'ont aucun autre endroit que la rue où aller, est une source de contravention. Ces contraventions, faute de suivi, s'accumulent sans qu'une entente de paiement soit prise, aboutissent en des mandats d'emprisonnement. Les contraventions semblent, pour ces personnes, en situation de grande précarité, dérisoires. Elles ne s'en soucient pas, les trouvant injustifiées. Elles ne les

contestent pas, faute de confiance dans le système. À défaut d'entente, elles sont envoyées en prison et donc rendues encore plus précarisées, sans avoir commis le moindre crime. Inutile de préciser que, étant donné l'inexistence de programmes d'échange de seringues en prison, les personnes toxico-dépendantes courent un risque important de transmission et d'infection au VIH/SIDA, aux hépatites et autres ITSS. Inutile de préciser que tout cela engendre une série de coûts sociaux extrêmement élevés, qui sont payés par le contribuable. Il est impératif de déjudiciariser ces personnes et d'arrêter ces mesures discriminatoires injustifiées sur les plans humains et économiques.

c) « Pas dans ma cour »

Un syndrome inquiétant rôde dans nos rues et ruelles. Il a été qualifié de syndrome « pas dans ma cour ». Nous avons parlé précédemment des difficultés qu'a connu CACTUS Montréal lors de son déménagement de 2004 à 2007. Toutefois, cela n'est pas uniquement l'affaire de notre organisme. La quasi-totalité des organismes travaillant auprès des plus marginalisés en est victime soit lors d'un déménagement, soit lors de la mise en place de nouveaux services. Il est tout à fait normal et légitime que la population environnante demande à être consultée, d'ailleurs les groupes communautaires sont conscients de leur responsabilité envers la communauté. Le « pas dans ma cour » s'exprime de telle sorte qu'il voudrait se cacher une réalité et la voir se déplacer chez le voisin. Pourtant, ce ne sont pas les groupes communautaires qui attirent leurs usagers. Les groupes communautaires s'installent là où sont les besoins. Il ne faut pas non plus que ce syndrome moderne bloque une communication et une cohabitation saine et nécessaire dans le tissu urbain.

Nous venons de parler du « pas dans ma cour » contre les organismes, qui ont le bagage culturel et le mandat de dialoguer et de faire valoir les besoins des usagers qu'ils desservent.

Mais il existe une autre tendance, plus pernicieuse, du « pas dans ma cour » qui lui porte sur les personnes marginalisées elles-mêmes. En effet, les règlements sur les parcs qui interdisent l'accès la nuit, les règlements municipaux sur les chiens, dans ces mêmes parcs, les constats d'infraction « ciblés », sont tout autant des mesures découlant du syndrome « pas dans ma cour ». Non seulement cela place des personnes marginalisées dans une plus grande difficulté, mais aucune solution, ni issue n'est proposée. Le déplacement qui s'ensuit n'est que temporaire, difficilement applicable. Les personnes itinérantes se concentrent dans

certains endroits « tolérés » et s'ensuivent des évènements de violence et le développement de zones où les nuisances sont difficilement gérables. Cet été, plusieurs facteurs se sont additionnés et l'on a vu apparaître dans certains lieux du Centre-ville des évènements d'une extrême violence. Ces violences avaient aussi un caractère intergénérationnel de par le fait que des personnes itinérantes qui auparavant ne cohabitaient pas ou peu, ont dû se côtoyer quotidiennement.

La solution à ce problème n'est pas simple et ne viendra pas seule. Mais il nous semblait tout de même important de le porter à la connaissance de la commission.

Conclusion

Dans le cadre de cette commission, il nous semblait important de mentionner les besoins des personnes qui consomment des drogues par injection ou inhalation dans la rue à Montréal. Une des réponses à ce besoin peut être la mise en place de salles de consommation supervisée. Par contre, ce n'est qu'une réponse parmi tant d'autres.

Comme vous avez pu le lire dans le présent mémoire, ces salles permettent de répondre à un besoin réel de ces populations. Les expériences dans les autres pays montrent que ces structures fonctionnent à long terme, certaines sont en place depuis plus de 20 ans. Elles sont dans la quasi-totalité des cas implantés dans des lieux où se déroulait une grande partie du trafic et de la consommation de drogues sur l'espace public.

Elles répondent donc à un double voire triple objectif. En effet, elles ont avant tout un impact direct sur les conditions de vie des personnes qui les fréquentent. Elles permettent de répondre aux besoins de traitement en toxicomanie de personnes difficilement rejointes et d'améliorer la santé de base de celles-ci. Ces lieux peuvent sauver des vies et permettre à certains de cheminer vers autre chose que le milieu de la consommation.

De plus, elles réussissent à réduire les irritants pour la population vivant dans ces quartiers en diminuant les troubles de l'ordre public et les problématiques de seringues à la traîne.

Enfin, elles permettent de réduire les coûts sociaux associés à la consommation de drogue en évitant la propagation des ITSS, en évitant la judiciarisation de certaines personnes, en réduisant le besoin en présence policière.

Vous comprendrez bien évidemment qu'avant qu'un tel projet soit concevable à Montréal, il faudra attendre une décision de Santé Canada en ce qui a trait au projet INSITE. Un projet de ce type a besoin d'être adapté au contexte dans lequel il s'intègre que ce soit au niveau des modes de consommations ou des besoins. Ces facteurs nécessitent des gestions d'organisation différents ainsi qu'une approche adaptée. La concertation entre les différents acteurs sociaux du territoire est aussi un facteur clé du succès de l'implantation de ressources de ce type.

De plus, les salles de consommation supervisée ne répondent aux besoins que d'une partie minoritaire (mais plus visible) des personnes en situation d'itinérance. Les études montrent

que les problèmes de toxicomanie se développent principalement dans un contexte de grande précarité sociale et de pauvreté. Il s'agit donc aussi de répondre aux besoins essentiels de base des personnes soit l'accès à un logement décent et abordable, à un revenu stable et décent et à des soins de santé.

La couverture médiatique qui a entouré récemment l'enjeu des salles de consommation supervisée ne doit pas cacher le contexte dans lequel elles doivent s'intégrer.

En ce sens, il est essentiel de poursuivre le travail de première ligne pour les personnes UDI. Tout d'abord, les programmes de distribution et de récupération de matériel de consommation de drogues sont un moyen incontournable pour contrer l'épidémie de VIH/SIDA, d'hépatites et autres ITSS. Les pays où ces ressources ont été mises en place il y a longtemps montrent des résultats épidémiologiques bien meilleurs que ceux que nous connaissons ici. Il faut du temps et de l'implication pour agir sur les comportements d'un groupe aussi hétérogène de population. De plus, tous ne fréquentent pas les ressources, seule la poursuite de l'investissement dans le travail de rue peut faire reprendre contact aux personnes les plus désaffiliées. Et enfin, il faut offrir une place pour que, petit à petit, les personnes UDI retrouvent le goût de prendre leur place dans la société par des initiatives comme PLAISIIRS.

À la lumière de ces constatations, il semble clair que le financement se doit d'être récurrent mais surtout suffisant pour soutenir les services. CACTUS Montréal doit être considéré et reconnu comme un service essentiel dans une approche globale en santé communautaire montréalaise. Car seule la mise en commun d'actions concertées, à plusieurs niveaux peut avoir un impact durable sur ces enjeux de société. Ne risquons pas la fermeture de services, cessons de reculer.

Références bibliographiques :

- Bellot C, Chesnay C, Rivard J, Raffestin I (Mars 2008), Rapport final du projet PLAISIIRS
- Brisson P, Fallu JS (2008) Réduction des méfaits, science et politique : d'hier à demain, L'intervenant # 24, p 9-15
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2005) FAQ sur les centres d'injections supervisés (CIS), CCSA-CCLAT
- Comité consultatif d'experts sur la recherche sur les sites d'injection supervisés (2008), *Rapport final du Comité consultatif d'experts sur la recherche sur les sites d'injection supervisés*; Santé Canada
- Fournier L, Mercier C (1996) Sans domicile fixe : au-delà du stéréotype, Montréal, Méridien.
- Hedrich D. (2004), *European report on drug consumption rooms*; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
- Laberge D (1997) Comprendre l'itinérance, Recherche sociale, 3, 4, 7-9.
- Lauzon P. et Carrier N. (2ème semestre 2003), *Se shooter en présence d'intervenants!?, Les points de vue des consommateurs sur la mise en place éventuelle de lieux d'injection de drogues illicites à Montréal*, Drogues, santé et société
- Leclerc P, Morissette C et Roy É (2008), Le volet montréalais du Réseau SurvUDI, Volume 1, données au 30 juin 2007, Agence de la Santé et des services sociaux de Montréal.
- Parent R, Alary M, Morissette C, Roy E (septembre 2005). *Surveillance des maladies infectieuses parmi les utilisateurs de drogue par injection*, Direction de la santé publique de Montréal
- Pearshouse R. et Elliot R. (2007). *Une Main secourable : questions juridiques entourant l'assistance à l'injection dans les lieux supervisés pour l'injection*. Toronto : Réseau juridique canadien VIH/sida
- Schneeberger P (mai 2000) Portrait des consommateurs de cocaïne contemporains au

Québec, Comité permanent de lutte à la toxicomanie

- Van Caloen B, Gervasoni J-P (2000), L'approche globale s'adressant aux usagers de drogues illégales en Suisse et aux Pays-Bas, *Nouvelles pratiques sociales*, vol 13, n.1
- Vincent M., Veilleux P.C., David H. (2003), *Mesures préventives auprès des cocaïnomanes désaffiliés*. Santé Mentale au Québec
- Zobel F. et Dubois-Arber F. (2004), *Brève expertise sur le rôle et l'utilité des structures avec local de consommation dans la réduction des problèmes liés à la drogue en Suisse*; Institut universitaire de médecine sociale et préventive