

# REVUE SYSTÉMATIQUE SUR LES MODALITÉS ET LES EFFETS DE SERVICES DE TYPE *WET*



**Revue systématique sur les modalités et les effets de services de type wet**  
est une production de l'Institut universitaire sur les dépendances  
du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

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

### **Équipe de projet**

#### **Auteurs**

Jorge Flores-Aranda, Ph.D.  
Pierre Toussaint, M.Sc.

#### **Collaborateurs**

Sira Camara, M.Sc.  
Ervane Kamgang, M.Sc.

#### **Direction scientifique**

Serge Brochu, Ph.D.

#### **Soutien documentaire**

Karine Bélanger, M.Sc.  
Marilou Pelletier, M.Sc.  
Yan Trussart

#### **Révision linguistique**

Sarah Bernard  
Daniel Wilson (résumé en anglais)

#### **Vérification bibliographique**

Sarah Bernard

### **Notes**

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

Ce document est disponible en ligne dans la section Mission universitaire  
du site Web : [www.ciuss-centresudmtl.gouv.qc.ca](http://www.ciuss-centresudmtl.gouv.qc.ca)

© Gouvernement du Québec, 2018

ISBN 978-2-550-81548-8 (PDF)

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018  
Bibliothèque et Archives Canada, 2018

**Lecteurs externes**

Pour ce rapport, les lecteurs externes sont :

Philippe-Benoit Côté

Akram Djouini

Christina Duong

Jean-Sébastien Fallu

Marie-Josée Fleury

Christophe Huynh

Sue-Ann MacDonald

Élise Roy

Hélène Simoneau

**Autres contributions**

Outre les lecteurs externes, l'Institut tient aussi à remercier les membres du comité de pilotage du projet et qui ont contribué à la préparation de ce rapport en fournissant soutien, information et conseils clés : Jason Champagne, CCSMTL; Sylvie Cornez, Société Makivik; Carlo DeAngelis, SPVM; Annie Gauthier, arrondissement Ville-Marie; Julie Grenier, CCSMTL; Serge Lareault, Ville de Montréal; Guillaume Legault, RAPSIM; Annie Larouche, CCSMTL

**Déclaration d'intérêts**

Aucun conflit à signaler.

**Responsabilité**

L'Institut universitaire sur les dépendances assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Le contenu ne reflète pas forcément les opinions des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

## Comité scientifique

**Philippe-Benoit Côté**, Ph.D.

Chercheur universitaire, CREMIS, CCSMTL ; Professeur, Département de sexologie, UQAM

**Christina Duong**, M.D.

Médecin omnipraticienne, Service de toxicomanie et de médecine urbaine, Hôpital Notre-Dame  
Équipe Itinérance, CCSMTL; Unité spécialisée pour clientèle avec un profil d'itinérance, de toxicomanie  
et de santé mentale au Centre d'hébergement Manoir de l'Âge d'or

**Jean-Sébastien Fallu**, Ph.D.

Chercheur régulier, IUD, CCSMTL; Professeur agrégé, École de psychoéducation, UdeM ; Directeur,  
*Drogues, santé et société* – Revue internationale sur les toxicomanies

**Marie-Josée Fleury**, Ph.D.

Chercheuse régulière, IUD, CCSMTL; Professeure titulaire, Faculté de médecine, Département de  
psychiatrie, Université McGill ; Chercheuse d'établissement, Institut universitaire en santé mentale  
Douglas, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal; Chercheuse régulière, RISQ

**Christophe Huynh**, Ph.D.

Chercheur régulier et chercheur d'établissement, IUD, CCSMTL; Professeur associé au Département de  
psychiatrie, Faculté de médecine, UdeM ; Chercheur collaborateur, RISQ

**Sue-Ann MacDonald**, Ph.D.

Chercheuse universitaire, CREMIS, CCSMTL; Professeure agrégée, École de travail social, UdeM

**Élise Roy**, M.D.

Professeure titulaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Département des sciences de la  
santé communautaire, Programmes d'études et de recherche en toxicomanie, Université de  
Sherbrooke; Titulaire de la Chaire de recherche en toxicomanie, Fondation Hôpital Charles-Le Moyne,  
Université de Sherbrooke; Chercheuse régulière, IUD, CCSMTL; Chercheuse, RISQ; Initiative canadienne  
de recherche en abus de substance Québec-Maritimes : Research on interventions in drug misuse,  
coresponsable du Substance Misuse and Medical Co-Morbidities Working Group (Subvention réseau,  
IRSC)

## TABLE DES MATIÈRES

<b>COMITÉ SCIENTIFIQUE</b>	<b>3</b>
<b>MOT DU DIRECTEUR SCIENTIFIQUE DE L'IUD</b>	<b>8</b>
<b>EN BREF</b>	<b>9</b>
<b>RÉSUMÉ</b>	<b>10</b>
Contexte	10
Méthodologie	10
Résultats	11
Effets des services <i>wet</i>	11
Conclusion	12
Constats	12
<b>SUMMARY</b>	<b>14</b>
Context	14
Methodology	14
Results	15
Outcomes of <i>wet</i> services	15
Conclusion	16
Findings	16
<b>SIGLES ET ABRÉVIATIONS</b>	<b>18</b>
<b>GLOSSAIRE</b>	<b>19</b>
<b>1 INTRODUCTION</b>	<b>20</b>

1.1	La situation des PESI à Montréal et la pertinence de se pencher sur un possible service <i>wet</i>	22
<b>2</b>	<b>MÉTHODOLOGIE</b>	<b>23</b>
2.1	Les questions clés de recherche	23
2.2	Les étapes de la revue systématique	25
2.3	La stratégie de recherche d'information	26
2.4	Les critères de sélection des études	27
2.5	La sélection des études	28
2.6	L'extraction des données	28
2.7	L'évaluation de la qualité méthodologique des études	28
2.8	Les méthodes d'analyse et de synthèse des données	30
2.9	Le processus d'appréciation de la preuve et le processus de formulation des constats	30
<b>3</b>	<b>RÉSULTATS</b>	<b>31</b>
3.1	L'échantillon et les caractéristiques sociodémographiques	31
3.2	Les caractéristiques méthodologiques des études recensées et les thèmes abordés	32
3.3	Quels sont les différents modèles des services de type <i>wet</i> existant à travers les pays de l'OCDE et quels sont les objectifs et finalités poursuivis pour chaque modèle?	36
3.4	Quels sont les missions, les finalités, les objectifs des services <i>wet</i> , à quels besoins répondent-ils?	38
3.5	Quels sont globalement l'impact et les effets des services <i>wet</i> sur les autres services et ressources disponibles, sur les bénéficiaires, la population, la communauté locale et les institutions environnantes? Répondent-ils aux besoins des usagers?	40
3.5.1	Les effets sur les utilisateurs et sur les autres services	40
3.5.2	Les effets sur la consommation d'alcool et sur les conséquences de celle-ci sur différents aspects de la vie des PESI	41
3.5.3	Les effets sur la santé et le bien-être des PESI	43
3.5.4	Les effets sur la stabilité résidentielle et l'accès à d'autres services	43
3.6	Quels sont les avantages, les inconvénients et l'efficacité de ces modèles sur le plan social, de la santé et de l'organisation des services?	47

3.7	Que sait-on de l'implantation des services <i>wet</i> ? Quels sont les facteurs facilitants et les pratiques prometteuses par rapport à leur mise en place? Quels sont les facteurs entravants et les limites de ces modèles? Y a-t-il des bonnes pratiques ou des pratiques prometteuses recensées quant à leur implantation? 48	
3.8	Comment les modèles de services <i>wet</i> s'inscrivent-ils dans la trajectoire de vie des personnes aux besoins et aux réalités différentes?	50
<b>4</b>	<b>DISCUSSION</b>	<b>50</b>
4.1	Les finalités des services <i>wet</i> et les besoins auxquels ils répondent	51
4.2	Les différents modèles de services <i>wet</i>	52
4.3	Les avantages, les inconvénients et l'efficacité des services <i>wet</i>	52
4.4	Les effets des services <i>wet</i> sur la population et la communauté ainsi que sur les autres services et ressources	53
4.5	L'implantation de services <i>wet</i> : facilitateurs et barrières	54
4.6	Les services <i>wet</i> et les trajectoires de vie des PESI	55
<b>5</b>	<b>CONCLUSION ET CONSTATS</b>	<b>55</b>
	<b>ANNEXE A : STRATÉGIE DE RECHERCHE D'INFORMATION</b>	<b>58</b>
	<b>ANNEXE B : SÉLECTION DES ÉTUDES</b>	<b>62</b>
	<b>ANNEXE C : GRILLE D'EXTRACTION DES DONNÉES</b>	<b>71</b>
	<b>ANNEXE D : GRILLE D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE DES ÉTUDES (APPRAISAL OF GUIDELINES FOR RESEARCH AND EVALUATION [AGREE])</b>	<b>73</b>
	<b>RÉFÉRENCES</b>	<b>75</b>

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques méthodologiques des 17 articles sélectionnés

Tableau 2 : Modalités de services *wet* et professionnels impliqués

Tableau 3 : Principaux résultats observés sur les individus et sur les autres services

Tableau 4 : Grille d'extraction des données

## Liste des figures

Figure 1 : Concepts pour la recherche dans des références pertinentes

Figure 2 : Diagramme de flux

## Mot du directeur scientifique de l'IUD

Au dénombrement de 2015, Montréal comptait plus de 3000 personnes en situation d'itinérance visible. Bien sûr, il existe une diversité de services d'accueil et d'hébergement pour ces personnes. Toutefois, plusieurs d'entre elles ne les fréquentent pas. Diverses raisons peuvent expliquer la situation, mais mentionnons, entre autres, l'usage fréquent d'alcool et l'intoxication de ces personnes. En effet, plusieurs services refusent les individus qui se trouvent en état d'ébriété. Pourtant, la situation est différente ailleurs alors que certaines villes ont mis en place des services d'accueil et d'hébergement qui reçoivent les personnes intoxiquées. Bien plus, certains centres offrent même des doses d'alcool à leurs usagers. S'agit-il d'une piste à explorer pour la région de Montréal?

Au printemps 2016, dans le cadre du Plan d'action intersectoriel en itinérance de la région de Montréal 2015-2020, dont le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal assure la coordination régionale, l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD) a été approché afin de fournir un éclairage scientifique à la question de la pertinence d'instaurer ce type de services à bas seuil dans le contexte montréalais. L'IUD a immédiatement accepté le mandat, mais en s'associant à un acteur incontournable de la recherche en ce domaine, le Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales et les discriminations (CREMIS).

L'IUD et le CREMIS ont mis l'expertise de leurs chercheurs en commun afin de réaliser une revue systématique de la littérature portant sur les services d'hébergement et autres prestations pouvant être fournis à des personnes en situation d'itinérance pour qui l'intoxication s'avère une caractéristique du quotidien. Cette recension systématique présente une information synthétique et actuelle sur les effets de ce mode d'intervention relativement novateur ainsi que sur ses conditions de réussite.

Le rapport se termine par un appui à l'offre de services *wet* ainsi que par une série de constats permettant de pousser plus loin la réflexion, mais surtout la mise en place d'actions concrètes. Une recension systématique de la littérature constitue une étape importante dans l'acquisition des connaissances sur une thématique particulière. Toutefois, cette étape est vaine si elle n'est pas suivie d'actions concrètes. Reste maintenant à consulter les acteurs clés et à mettre en place une étude de faisabilité.

Serge Brochu, Ph. D., MSRC  
Directeur scientifique  
Institut universitaire sur les dépendances  
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Professeur émérite  
École de criminologie  
Université de Montréal

## EN BREF

Les services *wet* sont un mode d'intervention fondé sur une approche de réduction des méfaits. Il s'agit d'offrir aux personnes en situation d'itinérance visible (PESI) des services d'hébergement, ou autres, où la sobriété n'est pas une condition d'accès et où la consommation d'alcool peut être autorisée. C'est un moyen de rendre accessibles des services à une population particulièrement vulnérable et qui accède difficilement aux services existants.

À Montréal, selon le dénombrement de 2015, le nombre de PESI s'élèverait à plus de 3000. Or, pour l'hiver 2017, Montréal disposait de plus de 700 places d'hébergement d'urgence pour les hommes, une centaine pour les femmes et une soixantaine pour les jeunes en situation d'itinérance. De plus, certaines PESI n'utilisent pas ces services en raison de l'impossibilité d'y consommer de l'alcool ou de leur état d'intoxication. Les services de type *wet* peuvent donc représenter une solution pour une partie de la population des PESI qui est particulièrement vulnérable.

Dans ce contexte, la question de l'offre d'un service *wet* se pose. La présente revue systématique a pour objectif de décrire les modèles de services de type *wet* qui existent dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économique, de décrire les effets de ces services sur les PESI ainsi que de soulever les enjeux d'une éventuelle implantation à Montréal.

Cette revue a porté sur les modèles, les effets cliniques, les rapports avec les ressources existantes, l'implantation des services et la façon dont les différents modèles de services *wet* s'inscrivent dans la trajectoire de vie des personnes aux besoins et aux réalités différentes. Au total, 17 études portant sur différents modèles de services *wet* ont été répertoriées. Un ensemble d'effets des services *wet* sur les personnes qui les fréquentent se dégage, dont la diminution de l'utilisation des arrestations et des contacts avec la police; la diminution du temps d'hospitalisation et du recours aux urgences; la diminution des conséquences liées à la consommation d'alcool et de l'utilisation d'alcool impropre à la consommation; un meilleur accès à des services sociaux et de santé; une meilleure intégration sociale ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie perçue.

Il est possible de conclure que les services de type *wet* peuvent être implantés à Montréal et que la collaboration et le partenariat sont des clés du succès de l'implantation d'un projet pilote. Quant à la modalité de service *wet* qui est la plus appropriée pour le contexte montréalais, il sera nécessaire de conduire une étude de faisabilité pour la connaître.

# RÉSUMÉ

## Contexte

L'itinérance toucherait autour de 235 000 Canadiens par année. À Montréal, selon le dénombrement de 2015, le nombre de personnes en situation d'itinérance visible (PESI) s'élèverait à plus de 3000. Les PESI sont souvent confrontées à des problèmes de santé mentale, de santé physique et de toxicomanie. Elles sont aussi davantage touchées par la judiciarisation. Plusieurs services leur sont offerts. Or, certaines d'entre elles ne les utilisent pas en raison notamment de l'interdiction d'y accéder en état d'intoxication ou de l'interdiction d'y consommer de l'alcool. Les services de type *wet* peuvent donc représenter une solution pour une partie des PESI.

En effet, les services de type *wet* s'adressent à des PESI et leurs caractéristiques principales sont de ne pas exiger la sobriété lors de l'admission, de tolérer l'intoxication à l'alcool ou d'autoriser la consommation d'alcool sur place. Ce type de service peut être offert dans différentes organisations, dont des centres de jour, des ressources d'hébergement ou des centres de soins. C'est également un moyen de rejoindre une population qui souvent peine à accéder aux services existants en raison de sa consommation d'alcool. Ces services représentent un mode d'intervention qui s'inscrit dans une approche de réduction des méfaits. Toutefois, les enjeux relatifs à leur implantation et à leur évaluation sont encore peu documentés.

Un groupe d'acteurs clés concernés par différents enjeux associés à l'itinérance se sont regroupés dans le cadre du Plan d'action intersectoriel en itinérance de la région de Montréal (2015-2020) dont le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal assure la coordination régionale. Ces acteurs ont mandaté l'Institut universitaire sur les dépendances (IUD) pour émettre un avis scientifique sur la pertinence d'implanter des services de type *wet* à Montréal. La première étape pour l'élaboration de cet avis consistait à réaliser une revue systématique de la littérature scientifique afin de répertorier les différentes modalités des services *wet* et leurs effets.

## Méthodologie

Une revue systématique est une approche de recherche qui permet de faire la lumière, tirer des conclusions et émettre des constats sur un sujet en particulier à partir des études rigoureuses publiées sur le domaine. La réalisation d'une revue systématique est balisée par des normes méthodologiques reconnues et exige le travail en équipe. Pour mener cette revue, l'équipe de l'IUD était formée du directeur scientifique, d'un chercheur en établissement, de quatre professionnels de recherche et de deux bibliothécaires. De plus, les travaux ont été suivis par un comité scientifique formé de huit chercheurs. Plusieurs bases de données spécialisées ont été consultées ainsi que des sites des organisations gouvernementales et non gouvernementales nationales et internationales. Dans un premier temps, plus de 6000 possibles documents ont été trouvés sur le sujet. Ceux-ci ont été triés en fonction des critères

d'inclusion et d'exclusion établis. Par la suite, un tri a été effectué en fonction de la pertinence du sujet ainsi que de la qualité méthodologique des publications. Finalement, 17 publications ont été retenues.

## Résultats

Les études retenues ont été menées dans différents pays : Australie, Canada, États-Unis, Royaume-Uni et Suisse. Se trouvent dans cette revue 10 études publiées dans des revues s'appuyant sur un comité de lecture par les pairs ainsi que 7 rapports de recherche. En termes méthodologiques, les études étaient très diversifiées, allant des études qualitatives aux recherches expérimentales.

L'analyse des études répertoriées révèle un grand nombre de modèles de service de type *wet* : centres de jour, hébergements de transition, hébergements à moyen terme, centres de soins palliatifs. Dans certains cas, un programme de gestion de l'alcool (PGA) était offert. Les PGA sont une modalité de services *wet* dans lesquels des doses d'alcool préétablies sont offertes aux participants à des intervalles de temps précis. Quant aux services offerts dans les ressources *wet*, ils sont variés : santé, intervention psychosociale, aide au logement, réinsertion socioprofessionnelle, etc. Pour offrir ces services, les ressources *wet* font appel à des profils professionnels variés, notamment : infirmières, intervenants psychosociaux, médecins, etc. Enfin, les finalités poursuivies par les services *wet* sont principalement : réduire le nombre d'arrestations, diminuer les visites aux urgences, diminuer les séjours à l'hôpital, viser la réinsertion socioprofessionnelle, offrir des soins de santé primaires, offrir des interventions en santé mentale et offrir des interventions pour les troubles d'utilisation de substances.

## Effets des services *wet*

Les effets des services *wet* sont multiples, notamment sur la consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives (SPA), sur le système de santé et sur les services policiers, sur la santé et le bien-être des individus ainsi que sur la stabilité résidentielle.

Concernant la consommation d'alcool et d'autres SPA parmi les utilisateurs de services *wet*, les études retenues observent une diminution trois mois après le premier contact avec ces services. Toutefois, les niveaux de consommation d'alcool remontent six mois après. Rappelons tout de même que le but des ressources *wet* n'est généralement pas de réduire la consommation d'alcool des personnes qui les fréquentent, mais d'offrir un environnement sécuritaire pour la consommation et pour réintégrer dans le système de soins des personnes désaffiliées. Toujours concernant la consommation d'alcool, des études observent une diminution importante de l'utilisation d'alcool impropre à la consommation (désinfectant pour les mains, rince-bouche, etc.). Enfin, d'autres études montrent une diminution autorapportée d'accidents liés à la consommation d'alcool, d'épisodes de sevrage, de pertes de conscience et de convulsions.

En lien avec le système de santé, après une certaine période d'utilisation de services *wet*, des études observent une diminution de 32 % des admissions à l'hôpital, de 29 % des hospitalisations, de 29 % des

jours d'hospitalisation et de 24 % des recours aux urgences, en comparaison avec la période précédant le recours à des services *wet*. Des PESI expliquent cette diminution par l'accès aux professionnels de la santé dans les ressources *wet*.

Au sujet du système policier et judiciaire, après un certain temps d'utilisation de services de type *wet*, des études rapportent une diminution de 42 % des contacts avec la police menant à une arrestation. Concernant les effets sur la santé et le bien-être, des études observent une amélioration de la qualité de vie mesurée autant par des instruments validés que par la perception des PESI. Quelques études rapportent également une amélioration du bien-être psychologique et des meilleurs liens sociaux.

En ce qui concerne la stabilité résidentielle et l'accès à d'autres services, quelques études observent une diminution de jours d'itinérance sur une période de 12 mois et, dans certains cas, l'atteinte d'une relative stabilité résidentielle. De plus, les services *wet* permettent un meilleur accès à un médecin de famille et à des services administratifs (renouvellement de documents d'identité, par exemple).

Les services *wet* ont des avantages, mais aussi certains inconvénients. En effet, ils sont exigeants en matière des ressources humaines. Les professionnels doivent idéalement être très qualifiés et hautement formés, car ils auront à œuvrer dans un environnement comportant plusieurs défis. Les besoins d'investissement en infrastructure peuvent potentiellement être importants, notamment : espaces séparés pour les services *wet* intégrés à une ressource existante, entreposage sécurisé d'alcool s'il y a un PGA.

## **Conclusion**

À partir de la revue systématique de la littérature, nous pouvons conclure que les services de type *wet* sont prometteurs et pourraient être implantés à Montréal. Quant à la modalité de service la plus appropriée pour le contexte montréalais, une étude de faisabilité nous semble nécessaire afin de déterminer le modèle qui correspond le mieux au milieu local.

## **Constats**

Compte tenu des multiples problématiques des PESI et à partir des résultats de la présente revue systématique, l'IUD constate la pertinence que des services de type *wet* soient implantés dans des organisations existantes offrant déjà des interventions auprès des PESI et que des partenariats soient établis entre différentes organisations susceptibles d'offrir de services aux PESI.

Compte tenu des enjeux liés au développement des services *wet*, l'IUD constate la nécessité que l'ensemble des parties prenantes œuvrant auprès des PESI soient impliquées dès le début du processus, que les règles de fonctionnement soient élaborées en collaboration avec la population cible, que les enjeux de sécurité soient précisés dès le début du processus de développement et que l'infrastructure et la disposition des lieux soient mises en place en fonction de ces enjeux. Il semble également primordial

que les élus locaux soient informés et favorables au projet afin de faciliter l'intégration des services dans leur environnement.

Compte tenu des difficultés à embaucher et retenir des professionnels, l'IUD constate l'importance que des formations (à l'implantation et de façon continue) soient offertes aux professionnels œuvrant dans des services de type *wet* et que des programmes de supervision clinique soient mis en place.

Compte tenu des différentes trajectoires de vie et des profils des PESI, l'IUD constate la nécessité qu'une sensibilisation aux différentes réalités des PESI soit faite de façon périodique auprès des employés et des utilisateurs de services, et que des orientations soient effectuées vers les services les plus appropriés en fonction de ces trajectoires.

# SUMMARY

## Context

Every year, in Canada, approximately 235, 000 people experience an episode of homelessness, and in Montréal, in 2015, there were more than 3,000 visibly homeless people. Homeless people often have mental and/or physical health problems as well as substance abuse problems. They are also more likely to be involved in police incidents and legal proceedings. There is a vast array of services offered to homeless people. Unfortunately, some homeless people do not use these services because sobriety is either a condition of entry or because alcohol consumption is prohibited within these services. Wet services could therefore represent a solution that would help this severely marginalised population.

The fundamental features of wet services, which target this marginalized population, are that they do not demand that users are sober to be admitted, and that they permit alcohol consumption. These types of services can be offered by various organisations (day centres, drop-in, hospitals, etc.), and can be a mean to reach out to a population that is disenfranchised because of chronic alcohol use. Wet services can be considered a harm reduction approach. However, neither the development nor the evaluation of these services have as yet been well documented.

A group of stakeholders who are concerned with different aspects of homelessness have come together through the *Plan intersectoriel en itinérance pour la région de Montréal (2015-2020)*, which is coordinated by the *CIUSSS du Centre-sud-de-l'île-de-Montréal (CCSMTL)*. These stakeholders have asked the *Institut universitaire sur les dépendances (IUD)* to advice on this project by producing a science-based review of the possibility of implementing a wet service in Montreal. The first step of this advisory role involves a systematic review of the literature on wet services. The systematic review aims to identify the different models of wet services as well as their outcomes.

## Methodology

A systematic review is a method used by researchers in order to summarize knowledge about a given subject and to give evidence-based recommendations, through a treading of scientific publications. Systematic reviews follow a rigorous methodology and are always conducted by a team. For this project, the IUD team included the IUD scientific director, the principal investigator for the project, four research professionals, and two librarians. In addition, the work was supervised by a scientific committee composed of eight researchers. Many different specialised databases were queried as well as both local and international government and NGO web sites. Over six thousand documents were found on the subject. These were first analysed to find out if they met the inclusion criteria. The remaining documents were then selected according to relevance and methodological quality. In the end, 17 documents were kept for the systematic review.

## Results

The studies selected for this systematic review were conducted in many different countries: Australia, Canada, Switzerland, United Kingdom and United States. Of the studies selected, ten were published in peer-reviewed journals, while the other seven were research reports. As for their methodological aspects, the studies were very diverse, ranging from qualitative studies to experimental research.

The review of selected studies showed a wide variety of wet services models, such as day care centres, transitional housing, short-term housing, palliative care centres, etc. In some cases, a managed alcohol program (MAP) was offered. MAPs are wet services where premeasured doses of alcohol are given to participants at scheduled times. The services offered were also very diverse. They involved health services, psychosocial interventions, housing services, socioprofessional reintegration, etc. In many wet services, a wide array of professionals provide these services, including nurses, psychosocial professionals, physicians, etc. The goals of wet services are mainly to reduce the number of arrests, and to diminish emergency room visits and hospital stays. Wet services also aim to facilitate socioprofessional integration, to offer primary health care, as well as mental health interventions and drug and alcohol counselling.

### Outcomes of wet services

Wet services have many effects, most notably on drug and alcohol use, on the engagement with the health system, on the number of incidents with police, on the health and wellbeing of individuals, and finally on housing stability.

Regarding substance use by people having used wet services, the studies noted a reduction in psychoactive substances use in the three months after first contact with the services. However, alcohol consumption returned to previous levels after six months. It is important to note that the aim of wet services is not substance use reduction in itself, but rather the possibility of offering disenfranchised individuals a safe environment for alcohol use and allowing them to benefit from health services. And yet, with respect to alcohol use, studies observe a significant decrease in the use of non-beverage alcohol (hand sanitizer, mouthwash, etc.). Some of the studies also show a self-reported reduction in alcohol related accidents, withdrawal episodes, loss of consciousness and convulsions.

With respect to the health system, after period of time using wet services, studies observe a 32% reduction in hospital admissions, a 29% reduction in hospitalisation days, and a 24% reduction in emergency room admissions. One possible explanation for these reductions is that some health services are offered in wet services.

As for police incidents and involvement in the judicial system, after using wet services for a period of time, studies report a 42% reduction in contacts with police that resulted in arrests. Regarding wellbeing and general health, studies note an increase in quality of life, as measured with accepted instruments as well

as through self-report. Studies also show an improvement in psychological wellbeing and better social relations.

As for housing stability and access to other services, several studies note a reduction of homeless days over a one year period, and, in some cases, a relative housing stability. Furthermore, wet services facilitate better access to family doctors, as well as to various clerical services (ID documents, etc.).

Wet services have numerous advantages, but they also have some drawbacks. They are particularly demanding on human resources. Professionals should ideally be highly qualified and trained since they will work in a challenging environment. There is also the possibility that wet services will require a large investment in infrastructure, in order to provide separated spaces in an existing service, to secure management of alcohol if MAP is offered.

## **Conclusion**

Following this systematic review of the literature, we can conclude that wet services have much promise, and that they could be implemented in Montreal. As for the modality of service that would be most appropriate in Montreal, a feasibility study seems necessary in order to make sure that local needs are met.

## **Findings**

Considering the many different problems faced by homeless people, and following the findings of this systematic review, the IUD found that wet services may be a helpful addition to existing services for homeless people, and that a system of partnerships should be established between existing homeless services.

Considering the different issues related to the development of wet services, the IUD found it necessary that stakeholders already offering services to homeless people be involved from the beginning, that operating rules be elaborated in collaboration with the population these services aim to serve, that security questions be identified at the beginning of the implementation process and that infrastructure needs as well as the layout of locales be evaluated in light of security questions. It is essential that elected representatives be informed of these projects, as their support will be necessary in order to facilitate the integration of wet services into the community.

Considering the difficulty in hiring and retaining staff, the IUD found that training (before the implementation of the services and on a continuous basis) should be offered to professionals working at the wet service, and that clinical supervision programs be put place.

Considering the various and complex experiences of homelessness, the IUD found that it may be beneficial to make employees and service users periodically aware of the realities that homeless people experience.

This sensitivity to the individual experiences of homeless people will allow employees to make appropriate referrals to various other services.

## SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ARC : Approche de renforcement communautaire

CASP : *Critical Appraisal Skills Program*

CCSMTL : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CREMIS : Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales et les discriminations

INESSS : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

IRSC : Institut de recherche en santé du Canada

IUD : Institut universitaire sur les dépendances

MAP : *Managed Alcohol Program* (voir PGA)

OCDE : Organisation de coopération et de développement économique

PESI : Personne en situation d'itinérance visible

PGA : Programme de gestion de l'alcool

RAPSIM : Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal

RISQ : Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec

RPC : Recommandation pour la pratique clinique

SPA : Substances psychoactives

SPVM : Service de police de la Ville de Montréal

UdeM : Université de Montréal

UQAM : Université du Québec à Montréal

## GLOSSAIRE

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

**Centre de jour** : Ressource sans service d'hébergement.

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

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

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

**Housing first / logement d'abord** : Approche qui vise à assurer aux personnes en situation d'itinérance un hébergement à long terme avant de s'attaquer à d'autres difficultés.

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

**Programme de gestion de l'alcool (PGA)** : Voir *Managed Alcohol Program*.

**Services de type wet** : Tout type de service qui permet la consommation sur place.

**Sobbering center** : Autre terme pour désigner des *damp shelters*.

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

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

# 1 INTRODUCTION

Au Canada, près de 235 000 personnes se retrouvent en situation d'itinérance chaque année (Gaetz *et al.*, 2014; Paradis, 2016). La Politique nationale de lutte à l'itinérance du Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014b) définit l'itinérance comme un « processus de désaffiliation sociale et une situation de rupture sociale qui se manifestent par la difficulté pour une personne d'avoir un domicile stable, sécuritaire, adéquat et salubre en raison de la faible disponibilité des logements ou de son incapacité à s'y maintenir, et à la fois, par la difficulté de maintenir des rapports fonctionnels, stables et sécuritaires dans la communauté » (p. 29). Les causes de l'itinérance sont multiples et complexes, et le résultat de différentes interactions entre facteurs personnels, sociaux et politiques (Paradis, 2016).

Les visages de l'itinérance sont multiples et il existe une surreprésentation de certaines catégories sociales, dont les populations autochtones (Latimer *et al.*, 2015; Paradis, 2016). En effet, dans les centres urbains, les personnes autochtones ont huit fois plus de risque que la population générale de se retrouver en situation d'itinérance (Patrick, 2014). Une surreprésentation des jeunes LGBTQ (lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres, *queers*) en situation d'itinérance est aussi observée. Des études estiment entre 14 % et 40 % la proportion des jeunes LGBTQ en situation d'itinérance (Tyler et Melander, 2011; Walls *et al.*, 2009; Whitbeck *et al.*, 2004; Van Leeuwen *et al.*, 2006), alors qu'ils compteraient pour 2 à 10 % de la population générale (Birkett *et al.*, 2009). Chez les jeunes de la population générale au Canada, on estime à 20 % le nombre de personnes en situation d'itinérance visible (PESI) âgées de 13 à 24 ans (Gaetz *et al.*, 2016). En outre, selon certains chercheurs, le nombre de familles en situation d'itinérance est en augmentation au Canada (Paradis, 2016).

L'itinérance est très souvent accompagnée de multiples problèmes (santé mentale, dépendances, etc.) (Aubry *et al.*, 2012; Latimer *et al.*, 2015). Comparativement à la population générale, les PESI présentent des taux plus élevés de problèmes de santé mentale, de santé physique et de consommation de substances. Par exemple, aux États-Unis, il s'agit du problème le plus commun à toucher les PESI (Glasser et Zwiak, 2003). En outre, parmi les PESI, ce sont celles qui ont des problèmes de dépendances qui rencontrent le plus de difficultés à accéder à une relative stabilité résidentielle (Aubry *et al.*, 2012).

Les PESI qui ont des problèmes d'utilisation de substances, dont la consommation d'alcool, font face à de multiples stigmatisations. Jusqu'aux années 1970, dans la plupart des juridictions occidentales, l'ivresse publique était considérée comme un délit (Aaronson *et al.*, 1977; Annis, 1979; Boyd, 1980). Dès lors, plusieurs PESI se trouvaient judiciairisées par le seul fait d'éprouver un problème que l'on reconnaît maintenant comme un problème de santé. Face à cette impasse, plusieurs juridictions, dans une optique de réduction de la criminalité, ont plutôt encouragé l'intégration des PESI dans les services sociaux et de santé. Le modèle d'intervention des PESI est ainsi passé de la criminalisation à celui de prise en charge d'un problème de santé. L'impact a été tel qu'en Ontario, après l'établissement de programmes de désintoxication dans plusieurs juridictions de la province, 40 % des orientations en service de désintoxication venaient des services policiers (Annis, 1979). Ailleurs, on a observé une réduction de la consommation de rue et des conséquences que ce type de consommation peut avoir sur les PESI (Wolf *et*

*al.*, 2003). D'autres mesures ont été mises en place par la suite, lesquelles se fondent sur d'autres modèles d'intervention, dont plus récemment la réduction des méfaits. Il s'agit d'un ensemble de pratiques qui peuvent inclure des politiques publiques, des programmes ou des interventions visant à réduire les méfaits associés à la consommation de substances psychoactives (SPA) auprès des personnes qui ne souhaitent pas arrêter leur consommation ou qui ne sont pas en mesure de le faire (International Harm Reduction Association, 2010). En matière d'hébergement, l'approche logement d'abord tend à être démontrée comme efficace bien que ses effets sur la santé mentale et la consommation de substances soient encore mitigés (Beaudoin, 2016). Cette approche découle du fait que, pour certaines populations, il est plus important de stabiliser l'hébergement avant de prendre en compte les autres problématiques auxquelles fait face la personne, notamment sa santé mentale ou physique, mais aussi la dépendance à une ou plusieurs SPA. Cependant, une fois que les PESI accèdent à un service, quel que soit le type de celui-ci, leur taux d'abandon (ou d'expulsion) est très élevé (Orwin *et al.*, 1999; Stahler *et al.*, 1993; Sznajder-Murray et Slesnick, 2011; Zenger, 2002), ce qui amène certains chercheurs à suggérer que les critères pour le maintien dans les services de cette clientèle soient plus souples (Glasser et Zwiak, 2003).

Pour faire face à cette situation, des services de type *damp* (admission de personnes intoxiquées à l'alcool dans un service) et *wet* (consommation d'alcool permise dans les locaux des organisations offrant des interventions aux PESI) ont été mis en place dans différentes régions du monde. Les premiers services de ce type ont vu le jour en Angleterre à la fin des années 1970 (Herring, 1997; Reed, 2008). Ces services avaient pour but de diminuer les arrestations des PESI pour des raisons liées à leur consommation d'alcool dans l'espace public. Rappelons que les lois et règlements concernant l'ivresse publique ont parfois généré la volonté d'offrir des espaces sécuritaires pour les PESI consommant de l'alcool afin d'éviter qu'elles soient arrêtées et détenues par la police (Crane et Warnes, 2003; Evans, 2012; Hammond *et al.*, 2016; Pauly *et al.*, 2016; Vallance *et al.*, 2016). Des préoccupations d'ordre sanitaire se sont ajoutées aux préoccupations concernant la consommation d'alcool dans l'espace public par des PESI, ce qui a également motivé le développement des services de type *wet* (Brady *et al.*, 2006; Hammond *et al.*, 2016; Pauly *et al.*, 2013, 2016; Reed, 2008; Vallance *et al.*, 2016). Ces services sont relativement récents et ont évolué rapidement, se situant actuellement dans une approche de réduction des méfaits (Evans, 2012; Lee et Petersen, 2009; Majoor et Rivera, 2003; Stockwell, 1999), en plus d'offrir des interventions brèves et des orientations vers d'autres services dans certains cas (Brady *et al.*, 2006; Slesnick et Erdem, 2012). En outre, les services de type *wet* peuvent s'offrir non seulement dans des refuges, mais dans différents types de ressources (centres de jour, centres de soins communautaires, etc.) (Podymow *et al.*, 2006; Slesnick et Erdem, 2012). En ce sens, les services de type *wet* semblent pertinents pour contrer les difficultés et les barrières auxquelles font face les PESI pour accéder à différents services en raison de leur consommation d'alcool ou de leur état d'intoxication (Lincoln *et al.*, 2009b; Reed, 2008). Or, actuellement nous en connaissons très peu sur les effets de services de type *damp* et *wet* ainsi que sur les enjeux relatifs à leur implantation. C'est sur ces aspects que portera la présente revue systématique.

## 1.1 La situation des PESI à Montréal et la pertinence de se pencher sur un possible service *wet*

Au Québec, c'est à Montréal où l'on retrouve un plus grand nombre de PESI (Santé Québec, 2017). Un dénombrement permettait de chiffrer à 3016 le nombre de PESI en mars 2015. Plus précisément, de ce nombre, 429 avaient passé la nuit dans un lieu extérieur, 1066 dans un refuge, 1041 dans un logement transitoire et 480 dans un autre lieu (hôpital; détention; thérapie) (Latimer *et al.*, 2015). La Ville de Montréal comptait, à l'hiver 2017, 700 places d'hébergement d'urgence pour les hommes, une centaine pour les femmes et une soixantaine pour les jeunes en situation d'itinérance (Santé Montréal, 2016). Or, pour plusieurs PESI, ces services ne sont pas accessibles, entre autres en raison des règles qui empêchent l'admission à des personnes trop intoxiquées à l'alcool ou dont le comportement est trop dérangeant en raison de cette intoxication (violence, agressivité). De plus, des personnes itinérantes peuvent également refuser ou renoncer à demander de l'aide, en raison d'interactions antérieures négatives lors d'une demande d'aide (McAll *et al.*, 2012). En raison de cette situation, plusieurs parties prenantes souhaitent obtenir un avis sur la mise en œuvre de refuges de type *wet shelters* avec ou sans programme de gestion de l'alcool (PGA)<sup>1</sup> à Montréal. Les parties prenantes sont la Ville de Montréal, le Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, le Service de police de la Ville de Montréal et la Société Makivik. En contraste avec les ressources dans lesquelles l'interdiction de boire et la sobriété sont des prérequis à l'admission (dits *dry shelters*), les *wet shelters* se caractérisent, au sens strict du terme, par le fait que la sobriété n'est pas un critère d'accessibilité à l'entrée et qu'il est permis de consommer sur les lieux. Bien que les modalités de fonctionnement diffèrent d'un *wet shelter* à l'autre, tous semblent fonctionner en respectant l'un ou l'autre de ces deux principes :

1) La consommation d'alcool est interdite au sein même de la ressource, bien qu'elle puisse être tolérée à l'extérieur (ces refuges sont appelés *damp shelters*<sup>2</sup>).

2) La consommation est autorisée à l'intérieur de la ressource (il s'agit alors de *wet shelters*). Dans ce cas de figure, l'alcool est soit apporté par l'utilisateur, soit fourni par la ressource (la

---

<sup>1</sup> Modèle de gestion de l'alcool implanté au Canada pour les personnes itinérantes et ayant des troubles sévères d'utilisation d'alcool. Les modèles de PGA, ou *Managed Alcohol Program* (MAP) en anglais, s'opèrent dans les refuges pour personnes itinérantes et impliquent une administration supervisée sur place de doses mesurées (standardisées) de boissons alcoolisées à des périodes fixes aux usagers (Reed, 2008; Ezard *et al.*, 2015). Le PGA est défini par Ezard *et al.* (2015) comme une nouvelle approche d'offre de services de santé et services sociaux aux populations qui n'ont pas répondu ou ne se sont pas engagées dans des services existants.

<sup>2</sup> Dans la littérature, il n'est pas rare de voir les *damp shelters* également appelés « *wet shelters* ».

fréquence de consommation est alors gérée par des intervenants responsables d'en offrir des quantités prédéfinies à la clientèle à des heures régulières).

Les préoccupations des parties prenantes sont à l'origine de la production de ce rapport fondé sur une revue systématique de la littérature sur les enjeux d'implantation de *wet shelters* ainsi que sur leurs effets. Sur la base d'une recension exhaustive de la littérature, le but du présent rapport est de présenter une description détaillée (caractéristiques, avantages, inconvénients) des différents modèles de *wet shelters* avec ou sans PGA<sup>3</sup> et de produire des constats en lien avec ces modèles.

## 2 MÉTHODOLOGIE

L'équipe de recherche a suivi les normes de production des revues systématiques de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (Martin *et al.*, 2013). Un plan de réalisation de la revue systématique a préalablement été élaboré et a été validé par un comité scientifique ad hoc créé par l'Institut universitaire sur les dépendances et constitué de chercheurs experts dans le domaine. Le comité a aussi validé la version finale de la présente revue systématique.

### 2.1 Les questions clés de recherche

Les questions clés de recherche ont été formulées en suivant la méthode PICOTS (**p**opulation, **i**ntervention, **c**omparateur, **r**ésultats [*outcomes*], **t**emporalité, milieu d'intervention [*setting*]). Il s'agit d'une approche permettant à l'équipe menant une revue systématique de circonscrire la portée de celle-ci selon ses besoins décisionnels. Le recours à cette méthode permet de préciser les questions de la revue, de mieux élaborer les stratégies de recherche documentaire et, par conséquent, de mieux cibler les données probantes pouvant répondre aux questions de recherche.

De façon plus précise, les questions de recherche de la présente revue systématique ont été formulées en tenant compte des éléments suivants :

- La **population** : les personnes (sans limites en termes de caractéristiques sociodémographiques) ayant des troubles d'usage d'alcool et qui sont en situation d'itinérance ou d'instabilité résidentielle.
- L'**intervention** : les modèles d'offre de structures (environnements) sécuritaires pour la consommation d'alcool aux personnes en situation d'itinérance ou d'instabilité résidentielle.

---

<sup>3</sup> Les *wet shelters* qui seront étudiés peuvent admettre des individus éprouvant des problèmes en lien avec d'autres substances que l'alcool ou présentant des troubles psychiatriques. En revanche, ils doivent tous avoir obligatoirement une problématique liée à l'alcool.

- Le **comparateur pour la dimension de l'efficacité** : 1) les modèles d'offre de services devront être comparés aux services usuels ou comparés entre eux; 2) en l'absence de comparateur, une évaluation « avant-après » devrait idéalement avoir été réalisée.
- Les **résultats** d'intérêts :
  - **D'un point de vue fonctionnel** : 1) les services offerts; 2) l'organisation des services; 3) le type et la taille des ressources humaines (travailleur social, infirmière, etc.); 4) l'organisation des équipes; 5) la collaboration avec les autres services (niveau d'intégration); 6) autre.
  - **D'un point de vue organisationnel** : 1) l'accessibilité aux services (géographique, temporelle, financière, équitable, etc.); 2) la qualité technique des services; 3) l'efficacité; 4) la réactivité; 5) la sécurité; 6) la continuité; 7) l'efficacité des ressources; 8) l'impact sur les autres ressources.
  - **D'un point de vue clinique et psychosocial** : 1) l'utilisation des substances; 2) l'itinérance et l'instabilité résidentielle; 3) l'état physique, psychologique et mental; 4) le niveau fonctionnel; 5) la qualité et les conditions de vie; 6) le réseau de soutien; 7) la stigmatisation; 8) la judiciarisation et l'incarcération; 9) la réinsertion sociale; 10) la discrimination; 11) etc.
  - **D'un point de vue sociogéographique** : 1) l'utilisation des divers types de services (urgence, centre de désintoxication, hôpital, prison ou incarcération, contact avec la police, etc.); 2) les enjeux de cohabitation (avec le voisinage, les services et ressources environnantes, les commerces, etc.); 3) l'impact sur la qualité de vie dans le quartier (criminalité, méfaits, incivilités, etc.).
- Le **contexte** organisationnel et le lieu de l'intervention (*setting*) : aucun contexte n'est spécifié; tous les modèles implantés ou les études réalisées dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) seront considérés.

Les principales questions auxquelles ce travail cherchera à répondre dans les limites de la littérature existante sont les suivantes :

### Question 1

#### **Modèles de wet shelter et effets**

- Q1a) Quels sont les missions, les finalités, les objectifs des *wet shelters*? À quels besoins répondent-ils?
- Q1b) Quels sont les différents modèles de *wet shelters* qui existent à travers les pays de l'OCDE et quels sont les objectifs et finalités poursuivis pour chaque modèle?
- Q1c) Quels sont les avantages, les inconvénients et l'efficacité de ces différents modèles sur le plan social, de la santé et de l'organisation des services? L'efficacité de telles ressources a-t-elle été démontrée?
- Q1d) Quels sont globalement l'impact et les effets des *wet shelters* sur les autres services et ressources disponibles (urgence, hôpitaux, organismes communautaires, services de police, etc.), sur les bénéficiaires, la population ou communauté locale et les institutions environnantes? Répondent-ils aux besoins des usagers?

Q1e) Comment fonctionnent-ils en lien avec les autres ressources qui s'adressent aux personnes en situation d'itinérance visible (PESI) et qui sont présentes sur le territoire?

## Question 2

### **Modèles de wet shelters et implantation**

Q2a) Que sait-on de l'implantation des *wet shelters*? Quels sont les facteurs facilitants et les pratiques prometteuses par rapport à leur mise en place? Quels sont les facteurs entravants et les limites de ces modèles? Y a-t-il des bonnes pratiques ou des pratiques prometteuses recensées quant à leur implantation?

Q2b) Comment les modèles *wet shelters* s'inscrivent-ils dans la trajectoire de vie des personnes aux besoins et aux réalités différentes (Inuits et Premières Nations, femmes/hommes, communauté LGBTQI2 [lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres, en questionnement, intersexués, bispirituels], jeunes/personnes âgées, troubles concomitants, etc.)?

Q2c) Peut-on implanter un *wet shelter* dans le contexte montréalais? Quel modèle serait le plus viable et réalisable? Quelles en sont les modalités?

## **2.2 Les étapes de la revue systématique**

Les principales étapes de cette revue de la littérature ont été les suivantes :

- 1) Élaboration des questions clés de recherche.
- 2) Critères de sélection (d'inclusion et d'exclusion) des études.
- 3) Liste des mots clés et équations de recherche pour les bases de données avec l'aide d'une bibliothécaire.
- 4) À l'aide des équations de recherche et des mots clés, recherche documentaire dans les bases de données électroniques et des revues spécialisées dans le champ de l'itinérance et des dépendances. Les références bibliographiques et l'élimination des doublons ont été gérées à l'aide d'EndNote X7.
- 5) Sélection des études par le titre et le résumé selon les critères de sélection préétablis. Deux professionnelles ont travaillé de façon indépendante à cette étape; les désaccords ont été arbitrés par une troisième personne.
- 6) Examen du texte complet des articles potentiellement pertinents en fonction des critères de sélection.
- 7) Consultation des références et bibliographies d'articles retenus en vue de retrouver les études qui n'auraient pas été repérées lors de la recherche dans les bases de données.
- 8) Évaluation de la qualité des documents sélectionnés à l'aide d'une grille validée (voir l'annexe D). Deux professionnelles ont travaillé de façon indépendante à cette étape et les différends ont été arbitrés par une troisième personne.
- 9) Choix des articles qui ont fait partie de l'extraction des données.

10) Construction d'un diagramme de flux en s'inspirant du PRISMA 2009 Flow Diagram (Moher *et al.*, 2009).

11) Choix, adaptation et validation des grilles d'extraction des données (PICOTS, tableaux maison, etc.).

12) Extraction des données de tous les articles retenus par deux professionnelles de façon indépendante; la validation des extractions a été effectuée par un accord interjuge et les désaccords ont été arbitrés par une troisième personne (un[e] chercheur[euse]).

13) Synthèse et analyse des informations colligées.

14) Rédaction du rapport.

### 2.3 La stratégie de recherche d'information

La méthodologie que nous avons utilisée pour répondre aux questions de recherche s'appuie sur les normes de production des revues systématiques de l'INESSS (Martin *et al.*, 2013). À la suite d'un examen sommaire de la littérature, il a été constaté que les articles scientifiques portant sur les *wet shelters* s'avèrent peu abondants. Aussi, dans un premier temps la stratégie de recherche d'information s'est concentrée tant sur la littérature scientifique (articles avec comité de lecture) que sur la littérature grise (thèses, rapports de recherche, actes de congrès, guides de bonne pratique, rapports d'activités, etc.).

La stratégie de recherche de l'information a été élaborée en collaboration avec un spécialiste en information scientifique (bibliothécaire). Afin de diminuer les biais de divulgation, la recherche de l'information a été effectuée dans plus d'une base de données, dans au moins deux registres d'études cliniques en cours. De plus, une recherche spécifique a été menée afin de répertorier les études ou documents qui n'ont pas été publiés dans des périodiques ayant un processus de révision par les pairs.

La recherche documentaire s'est effectuée sur cinq grands concepts clés : 1) la consommation d'alcool ou l'intoxication dans l'espace public; 2) l'itinérance, l'instabilité résidentielle et les populations vulnérables; 3) l'hébergement temporaire, les centres de jour ou de nuit; 4) l'approche de réduction des méfaits; et 5) les services *wet*. Plusieurs mots clés ont été déterminés pour chacun des concepts clés. Le détail des mots clés pour chacun de concepts et des équations de recherche se retrouve en annexe A.

Les bases de données listées ci-après ont été interrogées afin de repérer la littérature scientifique publiée, y compris les guides de pratique clinique<sup>4</sup> :

- 1) CAIRN (portail de sciences humaines et sociales de langue française)
- 2) CINHALL (EBSCOHost)
- 3) Embase (OVID)

---

<sup>4</sup> De par la nature multidimensionnelle de l'itinérance, le sujet est plutôt traité avec différentes entrées : santé, économie, droit, sociologie, psychologie, etc.

- 4) Érudit
- 5) PASCAL et FRANCIS
- 6) Google Scholar
- 7) JSTOR (système américain d'archivage en ligne de publications universitaires et scientifiques)
- 8) Medline (OVID)
- 9) Persée ([bibliothèque en ligne](#) de revues scientifiques françaises en sciences humaines et sociales)
- 10) PsycINFO (APA)
- 11) SCOPUS
- 12) Social Work Abstracts (EBSCO)
- 13) Sociological Abstracts (Sociofile, ProQuest)
- 14) The Center for Reviews and Dissemination de l'Université de York (PROSPERO)
- 15) The Cochrane Library (OVID)
- 16) Web of Sciences (ISI)

En vue de compléter la liste des références repérées dans les bases de données électroniques, un examen de la liste des références des études pertinentes déjà repérées a été effectué.

Le moteur de recherche Google a été exploré pour retracer toute littérature grise pertinente. Un accent particulier a été placé sur les sites des organisations gouvernementales et non gouvernementales nationales et internationales qui pourraient s'intéresser à l'itinérance. La liste des sites consultés se trouve en annexe A.

## 2.4 Les critères de sélection des études

### Critères d'inclusion

- Les études traitant des *wet shelters* pour les troubles d'utilisation de l'alcool (les articles qui portent sur les personnes qui éprouvent des troubles d'usage des substances, et qui présentent des profils concomitants de troubles mentaux et d'utilisation de substances ont été considérés pour autant que la consommation d'alcool soit prise en compte).
- Les études portant sur les personnes itinérantes (sans limites quant à l'âge, le sexe ou autres caractéristiques sociodémographiques) et les personnes en situation d'instabilité résidentielle.
- Les études portant sur les modèles et modalités d'offre de services de type *wet shelters* ou de type *Managed Alcohol Program* (programme de gestion de l'alcool).
- Tout type d'études en rapport avec le sujet (revues de littérature et études primaires).
- Littérature scientifique et littérature grise (une validation de la qualité des documents retenus a été effectuée), sans limites de date de publication compte tenu de la rareté des documents portant sur le thème étudié.
- Les documents de langue française et anglaise uniquement.

## Critères d'exclusion

- Les études portant exclusivement sur le *housing first* (logement d'abord).
- Les études portant exclusivement sur la consommation de substances psychoactives autres que l'alcool.
- Les études portant exclusivement sur les individus éprouvant un problème de santé mentale sans trouble d'usage d'alcool.
- Les études effectuées en dehors des pays de l'OCDE.

## 2.5 La sélection des études

La sélection des articles répertoriés par la recherche de l'information scientifique a été effectuée de façon indépendante par deux examinateurs selon les critères de sélection des études présentés précédemment. Les divergences d'opinions ont été réglées en considérant l'avis d'un troisième examinateur.

## 2.6 L'extraction des données

Les données des 17 études recensées ont été systématisées dans un tableau comportant les informations suivantes : les auteurs, l'année de publication, la description de l'étude (objectif, type d'étude, méthodes de collecte et d'analyse des données, durée de l'étude, variables étudiées), les caractéristiques de la population (population cible, taille de l'échantillon), la pratique organisationnelle, le comparateur (le cas échéant), les résultats, les conclusions ainsi que les possibles biais de l'étude. L'extraction a été menée en août et septembre 2017 de façon indépendante par deux professionnels impliqués dans la revue systématique. Une vérification des données extraites par chacun des professionnels a été effectuée par un troisième membre de l'équipe et un tableau final a été élaboré. Les grilles d'extraction des données et d'évaluation des études utilisées sont présentées dans les annexes C et D respectivement.

## 2.7 L'évaluation de la qualité méthodologique des études

Afin d'évaluer la qualité des études recensées, plusieurs outils ont été employés en fonction du devis des études :

### Revue systématique

*CASP Systematic Review Checklist* : un instrument de 12 items qui fait partie de la boîte à outils CASP (*Critical Appraisal Skills Program*). Il permet d'évaluer la validité et les résultats des revues systématiques et son applicabilité aux conditions locales.

### Essai contrôlé randomisé

*CASP Randomized Controlled Trial Checklist* : un instrument de 12 items qui fait partie de la boîte à outils CASP. Il permet d'évaluer la validité, les résultats et l'applicabilité aux conditions locales d'un essai contrôlé randomisé.

## **Études observationnelles**

### **Cohorte**

*CASP Cohort Studies Checklist* : un instrument de 12 items qui fait partie de la boîte à outils CASP. Il permet d'évaluer la validité, les résultats et l'applicabilité aux conditions locales d'une étude de cohorte.

### **Cas témoins**

*CASP Case Control Study Checklist* : un instrument de 12 items qui fait partie de la boîte à outils CASP. Il permet d'évaluer la validité, les résultats et l'applicabilité aux conditions locales d'une étude cas témoins.

### **Transversale**

*Cross Sectional Appraisal Tool* : développé par Guyatt *et al.* (1994), il est une adaptation de l'approche CASP pour l'évaluation d'études transversales.

### **Études qualitatives**

*CASP Qualitative Research Checklist* : un instrument de 12 items qui fait partie de la boîte à outils CASP. Il permet d'évaluer la validité, les résultats et l'applicabilité aux conditions locales d'une étude qualitative.

### **Études mixtes**

*Mixed Methods Appraisal Tool* : un instrument composé de 5 échelles et 21 items évaluant les indicateurs de qualité des études mixtes.

### **Études coût-avantage**

*Consolidated Health Economics Reporting Standards* (CHEERS Task Force) : une échelle à 24 items évaluant les différents indicateurs devant se retrouver dans chacune des sections d'une étude économique sur la santé.

### **Évaluation des guides de pratique clinique**

*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation* (AGREE II) : un outil qui permet d'évaluer la qualité et l'efficacité des recommandations pour la pratique clinique ainsi que des méthodes utilisées lors de la mise en œuvre.

Les outils CASP ont été élaborés par le Social Care Institute for Excellence. Ils évaluent plusieurs critères : a) la transparence; la raison d'être de l'étude est-elle énoncée clairement? b) la précision; l'étude est-elle fondée sur des preuves pertinentes? c) la pertinence; la méthode utilisée est-elle adaptée aux objectifs? d) l'utilité; l'étude répond-elle aux questions posées? e) la légitimité; l'étude est-elle légale et éthique? f) l'accessibilité; la publication est-elle intelligible, compréhensible? g) et la spécificité; les normes de qualité pertinentes sont-elles respectées? (Pawson *et al.*, 2003). Notons que ces outils n'indiquent pas des scores minimums pour accepter ou refuser un article en fonction de sa qualité. Cette décision est laissée aux chercheurs en fonction des buts et de la portée de la revue systématique ainsi que de la disponibilité des études dans le domaine dans lequel se fait la revue.

Cet exercice a également été effectué par deux membres de l'équipe. Nous avons retenu les documents qui reflétaient une qualité suffisante après l'évaluation et qui permettaient une extraction des données convenable en fonction de la grille élaborée. Dans la présente revue, cinq documents ont été exclus à la suite de l'évaluation de la qualité : 1) article portant sur le processus de mise en place d'un service intégré pour PESI, mais dont la visée était uniquement descriptive; 2) un article décrivant l'application de l'approche de réduction des méfaits en milieu communautaire; 3) un article de plaidoyer visant l'implantation d'un *wet shelter* dans une ville; 4) un rapport portant sur les raisons sous-jacentes à la non-

utilisation de services (non uniquement d'hébergement) parmi des PESI; et 5) un article visant uniquement à décrire les caractéristiques des résidents d'un service *wet*.

## **2.8 Les méthodes d'analyse et de synthèse des données**

Peu d'études correspondant aux critères d'inclusion ont été répertoriées dans les différentes banques de données consultées ainsi que dans la littérature grise. De plus, les études retenues présentent des variations importantes en ce qui concerne la méthodologie (devis, population, interventions, etc.) et la preuve scientifique. En ce sens, la méthode d'analyse la plus appropriée était la synthèse narrative (Popay *et al.*, 2006). Il s'agit d'une approche visant à synthétiser et analyser les données obtenues lors d'une revue systématique. Cette approche d'analyse est particulièrement utile pour une revue comme celle-ci dont les questions de recherche ne visent pas uniquement à évaluer l'efficacité d'une intervention, mais se penchent plutôt sur un ensemble de facteurs entourant celle-ci (Popay *et al.*, 2006). Il est important de distinguer la synthèse narrative de la revue narrative. En effet, cette dernière n'est pas une approche d'analyse, mais une revue de littérature classique, laquelle ne suit pas nécessairement les étapes ainsi que la rigueur méthodologique d'une revue systématique (Popay *et al.*, 2006).

Toutes les étapes décrites par Popay *et al.* (2006) pour effectuer l'analyse des documents inclus dans la présente revue systématique ont été suivies. Tout d'abord, une synthèse de chacun des articles a été effectuée. Cette synthèse inclut les mêmes informations pour chacun d'entre eux, notamment en ce qui a trait aux objectifs, à la population cible, aux interventions, aux méthodes de collecte et d'analyse des données, aux résultats et aux limites des articles désignés par leurs auteurs. Par la suite, des tableaux synthèses (outre la grille d'extraction des données) ont été élaborés dans le but de présenter les principales caractéristiques des études retenues ainsi que pour illustrer les convergences et les divergences de celles-ci, et ce, autant du point de vue de la méthodologie que des résultats. Un tableau présentant les différents services offerts par les services de type *wet* ainsi que les professionnels qui y travaillent a finalement été élaboré.

Le résumé que nous avons effectué des études consultées ainsi que les tableaux élaborés ont permis d'effectuer une analyse thématique, telle que proposée par Popay *et al.* (2006). Cette analyse a permis de relever les éléments convergents et divergents des données par rapport aux questions de recherche. La récurrence de certains thèmes a été prise en compte lorsque ceux-ci étaient abordés par plusieurs études. Une fois cette analyse complétée, les thèmes entourant le type de services *wet* ont été définis, de même que les services offerts, les effets de ces services, et les enjeux et défis d'implantation. Cette étape de l'analyse a été vérifiée par un deuxième membre de l'équipe.

## **2.9 Le processus d'appréciation de la preuve et le processus de formulation des constats**

Lors de l'analyse des données, la robustesse des études retenues a été prise en compte. En raison de la diversité méthodologique des études consultées, la grille GRADE (Guyatt *et al.*, 2008) n'a pas été utilisée pour mesurer leur robustesse. En suivant les paramètres de l'analyse narrative (Popay *et al.*, 2006), nous avons donné un poids plus important aux études ayant un bon niveau de preuve scientifique. Celle-ci a été évaluée en fonction des devis méthodologiques. Ainsi, nous avons donné plus de poids aux études expérimentales ou quasi expérimentales lors des résumés effectués ainsi que lors de l'élaboration des constats. En effet, bien que les résultats et les constats se fondent sur les données de l'ensemble des documents consultés, une attention particulière a été donnée aux études plus robustes. Toutefois, notons que les résultats de celles-ci concordent avec ceux des études ayant des devis plus faibles. Les constats, tout comme l'ensemble du présent rapport, ont été validés par le comité scientifique et le comité de pilotage du présent projet.

### 3 RÉSULTATS

La stratégie de recherche documentaire a permis de répertorier 6302 études (voir le diagramme de flux à l'annexe B). De celles-ci, 2101 étaient des doublons. Ainsi, 4201 références ont été retenues sur la base des titres et des résumés. Ensuite, lors de l'étape d'analyse des textes selon les critères d'inclusion et d'exclusion, c'est 4084 textes qui ont été exclus. Les 117 textes retenus ont été lus et 100 de ceux-là ont été exclus puisque jugés non pertinents, toujours selon les critères d'inclusion et d'exclusion. Enfin, 17 textes ont été retenus pour la revue systématique. Parmi les 17 textes, 10 ont été publiés dans des revues s'appuyant sur un comité de lecture par les pairs et 7 sont des rapports de recherche. Les études retenues ont été menées dans différents pays : Australie (n = 2), Canada (n = 8), États-Unis (n = 4), Royaume-Uni (n = 2) et Suisse (n = 1). En termes méthodologiques, les études étaient très diversifiées. Ainsi, cette revue s'appuie sur : une étude expérimentale, une étude quasi expérimentale, deux études coût-avantage, deux études qualitatives, cinq études mixtes, trois études de cas témoins et trois études transversales.

#### 3.1 L'échantillon et les caractéristiques sociodémographiques

L'échantillon de l'ensemble des études retenues est de 7070 individus. Toutefois, une des études a examiné de façon rétrospective 6486 dossiers cliniques (Brady *et al.*, 2006), ce qui implique un échantillon de 584 personnes pour l'ensemble des autres études ayant effectué une collecte des données auprès de personnes en situation d'itinérance visible (PESI). Notons que bien que l'étude de Brady *et al.* (2006) comporte un échantillon important, celle-ci n'a pas eu un poids plus important que les autres études lors de l'analyse des données. Les caractéristiques sociodémographiques des participants aux études recensées sont variées. Les hommes sont plus représentés que les femmes dans la majorité des études (Brady *et al.*, 2006; Crane et Warnes, 2003; Lincoln *et al.*, 2009a, 2009b; Pauly *et al.*, 2013, 2016; Podymow *et al.*, 2006; Stockwell *et al.*, 2013; Vallance *et al.*, 2016) à l'exception d'une étude menée uniquement auprès de femmes (Slesnick et Erdem, 2012). L'âge moyen des participants se situe entre 42 et 49 ans. En termes d'origine ethnoculturelle, les participants à l'ensemble des études étaient très diversifiés. Dans

certaines études, les participants étaient majoritairement d'origine caucasienne (Crane et Warnes, 2003; Podymow *et al.*, 2006), dans d'autres, ils étaient en majorité afro-américains (notamment des études américaines) (Lincoln *et al.*, 2009a, 2009b; Sadowski *et al.*, 2009; Slesnick et Erdem, 2012). La population autochtone représentait la majorité des participants dans plusieurs études, notamment dans les études australiennes et canadiennes (Brady *et al.*, 2006; Hammond *et al.*, 2016; Pauly *et al.*, 2013, 2016; Stockwell *et al.*, 2013; Vallance *et al.*, 2016). En outre, l'ensemble des études révèle des trajectoires de vie et de consommation très variées parmi les participants inclus dans les études recensées.

### **3.2 Les caractéristiques méthodologiques des études recensées et les thèmes abordés**

Les thématiques abordées par les documents retenus étaient également très hétérogènes. En effet, il y a une étude longitudinale rétrospective concernant le rôle des *sobbering c/enters* (services où les personnes peuvent arriver après avoir consommé de l'alcool) dans une région de l'Australie à forte concentration de population autochtone (Brady *et al.*, 2006). D'autres articles de nature descriptive se sont penchés sur les différents services de type *wet* qui existent dans plusieurs régions du monde, dont au Royaume-Uni (Crane et Warnes, 2003), au Canada (Kraus *et al.*, 2006; Podimow *et al.*, 2006) et dans plusieurs autres pays (Reed, 2008), sur la perception des professionnels concernant ces services en Suisse (Klingemann et Rosenberg, 2009) ainsi que sur les aspects sociopolitiques et épistémologiques des approches de type *wet* (Evans, 2012). Deux études ont effectué des analyses coût-avantage, une portant sur un refuge avec un programme de gestion de l'alcool (PGA) (Hammond *et al.*, 2016) et l'autre sur un centre communautaire de soins palliatifs permettant la consommation de substances et offrant un PGA (Podymow *et al.*, 2006). D'autres études ont eu recours à des méthodes qualitatives pour décrire la population qui fréquente un service de type *wet* et connaître les facilitateurs et les barrières relatifs au choix d'aller vers une ressource de ce type (Lincoln *et al.*, 2009a). Il y a également des articles décrivant le processus de développement et d'implantation de services de type *wet* (Crane et Warnes, 2003; Lincoln *et al.*, 2009b; Memmott et Nash, 2012). D'autres ont évalué les effets d'un service *wet* avec un PGA sur la santé et le bien-être, l'utilisation des urgences, des autres services hospitaliers et les liens avec la police ainsi que les comportements à risque de consommation d'alcool, comme la consommation des produits alcoolisés impropres à la consommation (Pauly *et al.*, 2013, 2016; Stockwell *et al.*, 2013; Vallance *et al.*, 2016). Deux publications basées sur des devis expérimentaux ont été incluses dans la présente revue : un essai randomisé visant à évaluer l'efficacité des approches de gestion de cas et des services d'accès aux logements à court terme (sans exigence de sobriété) sur l'utilisation de services d'urgence (Sadowski *et al.*, 2009); ainsi qu'une étude quasi expérimentale auprès des mères et visant à évaluer les effets d'une intervention touchant plusieurs aspects de la santé physique et mentale (sans exigence de sobriété) sur leur consommation de substances, sur leur stabilité résidentielle ainsi que sur leur santé mentale (Slesnick et Erdem, 2012).

#### **Tableau 1 : Caractéristiques méthodologiques des 17 articles sélectionnés**

Référence	Objectifs de l'étude	Méthode ou type d'étude	Durée de l'étude	Taille de l'échantillon	Groupe témoin	Type d'analyse et tests
Brady <i>et al.</i> (2006)	Vérifier l'impact d'un <i>damp shelter</i> australien sur la consommation d'alcool.	Étude de cas longitudinale et rétrospective	10 ans (1991-2000)	6486	non	Test Z, test T, analyse de variance et corrélations de Pearson
Crane et Warnes (2003)	Produire une liste des différents services pour PESI, colliger l'information sur le fonctionnement de ces services, dresser une liste des difficultés dans l'implantation, mesurer l'effet sur la consommation publique d'alcool et proposer un guide d'implantation.	Revue des services pour PESI en Angleterre et guide de développement d'un service <i>wet</i>	nd	101 services répertoriés	non	nd
Evans (2012)	Analyser la signification politique et personnelle de l'implantation d'un <i>wet shelter</i> .	Qualitative, étude de cas	nd	24	non	Cadre d'analyse de la gouvernamentalité (Foucault, 2008)
Hammond <i>et al.</i> (2016)	Produire une analyse coût-avantage d'un PGA.	Analyse coût-avantage	1 an	38 (18 interventions et 20 contrôles)	oui	Comparaison des coûts et comparaison des moyennes (aucun test statistique mentionné)
Klingemann et Rosenberg (2009)	Connaître l'acceptabilité du concept de consommation contrôlée comme objectif thérapeutique de la part des centres qui offrent des services de traitement.	Sondage par courrier, enquête postale	nd	138 (centres de traitement)	non	Fréquences, chi carré

Kraus <i>et al.</i> (2006)	Connaître les services innovants pour itinérants qui ont des problèmes d'utilisation de substances.	Revue de la littérature ( <i>overview</i> ), entrevues avec gestionnaires et utilisateurs	nd	33	non	Analyse thématique
Lincoln <i>et al.</i> (2009a)	Décrire les facteurs qui réduisent l'engagement au traitement chez les itinérants avec troubles de santé mentale et dépendance.	Entretiens qualitatifs	nd	16	non	Analyse thématique avec NVivo
Lincoln <i>et al.</i> (2009b)	Décrire l'implantation et le développement d'un <i>damp shelter</i> .	Étude descriptive	nd	18	non	nd
Memmott et Nash (2012)	Décrire de façon détaillée le centre avec un PGA en Australie ainsi qu'analyser ses approches quant au fonctionnement.	Étude de cas unique	nd	1	non	nd
Pauly <i>et al.</i> (2013)	Évaluer les effets d'un PGA sur l'amélioration de la santé et du bien-être des clients, sur la réduction de l'usage des services hospitaliers et policiers, et sur la consommation d'alcool.	Mixte	6 mois	38 (18 interventions et 20 contrôles)	oui	Analyses des dossiers d'hôpital et de la police, analyses statistiques descriptives, analyse comparative constante (dans l'approche de la théorisation ancrée) pour les données qualitatives
Pauly <i>et al.</i> (2016)	Évaluer les effets d'un PGA sur l'amélioration de la santé et du bien-être des clients, sur la réduction de l'usage des services hospitaliers et	Mixte	6 mois	38 (18 interventions et 20 contrôles)	oui	Analyses statistiques descriptives, tests T, analyse comparative constante (dans l'approche de la théorisation ancrée) pour les données qualitatives

	policiers, et sur la consommation d'alcool.					
Podymow <i>et al.</i> (2006)	Produire une analyse coût-avantage d'un service communautaire de soins palliatifs qui n'exige pas l'abstinence.	Analyse coût-avantage	2 ans	28	non	Calcul des coûts des services par des experts : comparaison du coût des services du centre versus l'estimation du coût pour le même cas dans une institution traditionnelle, analyses statistiques descriptives
Reed (2008)	Connaître les effets des <i>wet shelters</i> sur les utilisateurs et les autres services.	Examen de la portée de la littérature ( <i>scoping review</i> )	nd	6	non	nd
Sadowski <i>et al.</i> (2009)	Évaluer les effets de la prise en charge d'une population itinérante avec troubles concomitants sur l'utilisation des services hospitaliers.	Essai contrôlé randomisé	2,5 à 4 ans	4053(201 interventions et 204 contrôles )	oui	Analyses en intention de traiter pour chacun des résultats, test T, régression binomiale, test du rapport des vraisemblances, test de Vuong, ratio du taux d'incidence
Slesnick et Erdem (2012)	Évaluer les effets d'un traitement pour femmes avec enfants sur la consommation, la stabilité résidentielle, la santé mentale, la violence conjugale, ainsi que sur les symptômes de détresse chez les enfants.	Étude quasi expérimentale	6 mois	15	non	Analyses statistiques descriptives, ANOVA (analyse de variance) à mesures répétées, comparaisons par paires, d de Cohen pour calculer la taille de l'effet
Stockwell <i>et al.</i> (2013)	Connaître la volonté d'une	Mixte	6 mois	7	non	Analyses statistiques descriptives

	population de PESI d'utiliser un PGA.					
Vallance <i>et al.</i> (2016)	Décrire les effets d'un PGA sur la santé et le bien-être des clients, sur l'usage des services hospitaliers et policiers, et sur la consommation d'alcool.	Mixte	6 mois	38 (18 interventions et 20 contrôles)	oui	Test T, chi carré, corrélations de Pearson, analyse comparative constante (dans l'approche de la théorisation ancrée) pour les données qualitatives

### 3.3 Quels sont les différents modèles des services de type *wet* existant à travers les pays de l'OCDE et quels sont les objectifs et finalités poursuivis pour chaque modèle?

Dans la présente section, nous décrivons les différents modèles de services *wet* recensés. Ces modèles peuvent être regroupés en fonction de leur niveau d'acceptation vis-à-vis de la consommation d'alcool (allant de *damp* à *wet*). Ils peuvent également être classés selon la durée du séjour offert aux participants, ou encore selon la présence ou l'absence d'un PGA. En ce qui a trait à la question sur les objectifs et finalités poursuivis pour chaque modèle, la littérature ne nous permet pas d'y répondre dans la mesure où les finalités poursuivies sont surtout associées aux interventions mises en place dans chacun des services *wet* et non pas au modèle en lui-même. Par exemple, certains de ces services peuvent avoir comme finalité l'amélioration de la santé des PESI et atteindront leur objectif par la mise en place de services médicaux.

Dans le continuum de services pour PESI, après les services *dry* décrits en introduction, se trouvent les services dits *damp* et *wet*, lesquels s'inscrivent dans une approche de réduction des méfaits et acceptent de servir des personnes intoxiquées à l'alcool (*damp*) ou permettent la consommation d'alcool (*wet*) (Evans, 2012; Hammond *et al.*, 2016; Kraus *et al.*, 2006; Memmott et Nash, 2012; Pauly *et al.*, 2013, 2016; Stockwell *et al.*, 2013; Vallance *et al.*, 2016). De plus, certains services *wet* offrent un PGA, qui consiste à offrir une dose de boisson alcoolisée prédéterminée à des intervalles réguliers. Bien que ces appellations soient largement utilisées, d'autres termes comme *sobbering centers* (Brady *et al.*, 2006) sont aussi utilisés dans certains contextes pour désigner des services qui pourraient être classés comme *damp*. En effet, en Australie, les *sobbering centers* sont des services à bas seuil qui visent à diminuer les méfaits associés à la consommation d'alcool dans l'espace public et à offrir un environnement sécuritaire aux PESI qui consomment de l'alcool. De plus, ces services offrent l'occasion d'effectuer des interventions brèves et de diriger les participants vers d'autres services, en fonction de leurs besoins (Brady *et al.*, 2006).

Pour ce qui est de la durée de séjour, les services de type *wet* offrent plusieurs possibilités. Certains de ces services sont des centres de jour où les utilisateurs peuvent aller prendre un repas, utiliser des

douches et socialiser, et où la consommation est permise (Kraus *et al.*, 2006). D'autres offrent le refuge pour une nuit (Brady *et al.*, 2006), tandis que d'autres encore donnent accès à un hébergement de transition, notamment les services qui visent la stabilité résidentielle (Slesnick et Erdem, 2012). Dans certaines des études recensées, il était question de programmes ayant différents paliers de services que les participants pouvaient atteindre par étapes (Sadowski *et al.*, 2009; Slesnick et Erdem, 2012). Dans un cas, les participants accédaient à un logement de transition (sans exigence de sobriété) après une période d'hospitalisation, avaient accès à des interventions et pouvaient accéder à un logement à long terme s'ils respectaient certaines conditions (Sadowski *et al.*, 2009). Dans l'autre cas, les participantes (mères ayant un problème de consommation) avaient accès à des interventions avec différents paliers. Le premier palier comprenait des logements avec trois mois de location et l'assistance d'intervenants psychosociaux. Ces services ne dépendaient pas de l'abstinence des femmes en matière de drogues ou d'alcool. Les deuxième et troisième paliers comprenaient six mois de services de gestion de cas et un traitement s'appuyant sur l'approche de renforcement communautaire (ARC) (Slesnick et Erdem, 2012).

Dans les cas des PGA, ceux-ci ont en commun l'administration surveillée de boissons alcoolisées aux participants à des intervalles de temps réguliers (Evans, 2012; Hammond *et al.*, 2016; Kraus *et al.*, 2006; Memmott et Nash, 2012; Podymow *et al.*, 2006; Stockwell *et al.*, 2013; Pauly *et al.*, 2013, 2016; Vallance *et al.*, 2016). Toutefois, cette intervention est appliquée de différentes façons. En effet, le type de boissons offertes, le pourcentage d'alcool et les quantités peuvent varier d'un programme à l'autre (Hammond *et al.*, 2016; Memmott et Nash, 2012; Pauly *et al.*, 2013, 2016; Stockwell *et al.*, 2013; Vallance *et al.*, 2016). Par exemple, dans un PGA qui a fait l'objet de plusieurs publications (Hammond *et al.*, 2016; Pauly *et al.*, 2013, 2016; Vallance *et al.*, 2016), les participants reçoivent une boisson alcoolisée toutes les 90 minutes de 8 h à 23 h. Le programme utilise généralement du vin blanc, et chaque boisson servie est de 6 oz (175 ml). L'état d'intoxication à l'alcool des individus est évalué par les professionnels du centre avant qu'ils reçoivent leur dose. De plus, ils doivent être présents à l'établissement pendant 90 minutes avant de recevoir leur dose suivante. Pour ce qui est de l'étude de Stockwell *et al.* (2013), le personnel professionnel (y compris les infirmières praticiennes) donnait aux participants une boisson standard par heure jusqu'à un maximum de 12 consommations par jour, à moins que les participants ne soient atteints d'une maladie qui contre-indiquerait la consommation d'alcool. Une boisson standard comptait 17,05 ml d'alcool pur, habituellement consommé sous forme de vin, de bière ou de spiritueux. Pour deux résidents, des doses plus importantes ont été administrées : une dose double au début de la journée et une dose et demie toutes les heures. Dans la plupart des cas, les PGA prennent en charge l'achat de l'alcool. Dans un seul des PGA répertoriés, les participants se procuraient eux-mêmes l'alcool et devaient l'apporter à la ressource, qui l'entreposait et gérait la distribution. Une vérification était faite par les professionnels du programme pour s'assurer que l'alcool était approprié pour la consommation.

Les PGA mettent en place des règles afin d'assurer la sécurité dans l'administration de l'alcool aux participants, à savoir : la consommation est surveillée et les doses individualisées sont données par les intervenants, la distribution d'alcool est bloquée hors des heures de consommation (Memmott et Nash, 2012). La mise en place d'heures de consommation et l'offre restreinte de boisson entraînent nécessairement une consommation réduite pour les consommateurs intensifs d'alcool (Memmott et Nash, 2012). Dans certains cas, les participants peuvent boire à l'extérieur, et les professionnels vérifient

auprès du participant le type et la quantité de boisson consommée avant d'offrir la première dose (Hammond *et al.*, 2016; Pauly *et al.*, 2013, 2016; Vallance *et al.*, 2016).

### **3.4 Quels sont les missions, les finalités, les objectifs des services *wet*, à quels besoins répondent-ils?**

De façon générale, on peut affirmer que les services *wet* répertoriés visent l'amélioration de l'état de santé physique et mentale ainsi que la qualité de vie des PESI. Certains services visent à diminuer les contacts avec la police menant à des arrestations, mais aussi à diminuer les visites aux urgences et les séjours à l'hôpital (Hammond *et al.*, 2016; Pauly *et al.*, 2013, 2016; Sadowski *et al.*, 2009; Vallance *et al.*, 2016), en plus de viser, pour d'autres, des objectifs de réinsertion socioprofessionnelle (Memmott et Nash, 2012).

Les services *wet* répondent aux différents besoins des PESI par l'entremise d'une offre de services variée : des soins médicaux de base (Pauly *et al.*, 2013, 2016; Evans, 2012; Hammond *et al.*, 2016; Kraus *et al.*, 2006; Vallance *et al.*, 2016), des interventions en santé mentale (Kraus *et al.*, 2006; Lincoln *et al.*, 2009a; Sadowski *et al.*, 2009), des interventions pour troubles d'usage de substances (Sadowski *et al.*, 2009; Crane et Warnes, 2003; Kraus *et al.*, 2006; Lincoln *et al.*, 2009a) et même des soins palliatifs (Podimow *et al.*, 2016). Sur le plan social, d'autres services sont offerts : l'accompagnement pour des démarches administratives (Crane et Warnes, 2003), la formation au travail (Memmott et Nash, 2012), la gestion du budget (Hammond *et al.*, 2016; Kraus *et al.*, 2006; Pauly *et al.*, 2013, 2016; Vallance *et al.*, 2016), le soutien au logement (Crane et Warnes, 2003; Hammond *et al.*, 2016; Kraus *et al.*, 2006; Memmott et Nash, 2012; Pauly *et al.*, 2013; Sadowski *et al.*, 2009; Slesnick et Erdem, 2012) et l'aide juridique (Pauly *et al.*, 2016).

Les interventions en santé physique et mentale offertes dans les services de type *wet* sont variées. Dans certains cas, les utilisateurs de ces services ont accès aux soins de santé primaires auprès d'un médecin ou une infirmière présents sur les lieux à des fréquences déterminées (Pauly *et al.*, 2013; Evans, 2012; Hammond *et al.*, 2016; Kraus *et al.*, 2006; Lincoln *et al.*, 2009a, 2009b; Pauly *et al.*, 2016; Podymow *et al.*, 2006; Stockwell *et al.*, 2013). Dans d'autres cas, les utilisateurs de services *wet* reçoivent des interventions individuelles ou de groupe touchant différentes problématiques associées à la santé mentale. Ces interventions sont souvent effectuées par des travailleurs sociaux ou des intervenants communautaires (Lincoln *et al.*, 2009b).

Les interventions en dépendances offertes dans ces services font appel à différentes approches, notamment les interventions motivationnelles, les interventions brèves et le renforcement dans la communauté. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une approche thérapeutique, une étude a considéré la consommation contrôlée à la fois comme un objectif thérapeutique et comme un moyen d'atteindre un seuil de consommation plus bas que le niveau actuel (Klingemann et Rosenberg, 2009). C'est dans ce sens qu'il est possible de l'utiliser dans les services de type *wet*. En effet, une étude menée auprès de 138 centres de traitement de la dépendance en Suisse montre que, pour quelques-uns de ces centres, il était

acceptable que les résidents consomment de l'alcool de façon contrôlée durant leur séjour (Klingemann et Rosenberg, 2009).

D'autres études ont inclus des interventions visant à améliorer les conditions de logement. Ainsi, Sadowski *et al.* (2009) ont cherché à déterminer si une intervention qui fournirait un logement et une prise en charge aux adultes en situation d'itinérance atteints d'un problème de santé chronique, dont une consommation problématique de substances psychoactives (SPA), permettrait de réduire les hospitalisations et les visites aux urgences. L'intervention consistait en l'offre d'un logement de transition après le congé d'hospitalisation, suivi (sous certaines conditions) du placement dans un logement à long terme. De plus, un programme de gestion de cas était offert et la sobriété n'était pas une exigence dans le programme. Pour leur part, Slesnick et Erdem (2012) ont voulu évaluer des stratégies d'intervention efficaces pour les femmes en situation d'itinérance et leurs enfants ayant une consommation problématique de substances. Ces interventions comprenaient le logement temporaire sans exigence de sobriété, la gestion des cas et le traitement de la dépendance basé sur l'approche de renforcement dans la communauté comme composantes principales.

**Tableau 2 : Modalités de services *wet* et professionnels impliqués**

Source	Services						Équipe		
	PGA	Santé	Sociaux	Aide logement	Travail, formation	Soins palliatifs	Médicale	Infirmière	Intervenant
Brady <i>et al.</i> (2006)	-	Adjacent*	-	-	-	-	Adjacent	Adjacent	-
Crane et Warnes (2003)**									
Evans (2012)	+	+	+	-	-	-	+	+	+
Hammond <i>et al.</i> (2016)	+	+	+	-	+	-		+	
Klingemann et Rosenberg (2009)**									
Kraus <i>et al.</i> (2006)	+/-	+	+	+	-	-	+	+	+
Lincoln <i>et al.</i> (2009a)	-	+	+	+	-	-	+	+	+
Memmott et Nash (2012)	+	Adjacent	-	-	+	-	-	Adjacent	+
Podymow <i>et al.</i> (2006)	+ (si demandé)	+	+	-	-	+	-	+	-
Sadowski <i>et al.</i> (2009)	-	+	+	+	-	-	-	-	-
Slesnick et Erdem (2012)	-	-	+	+	+	-	-	-	+
Stockwell <i>et al.</i> (2013)	+	+	-	-	-	-	-	+	-

Lincoln <i>et al.</i> (2009b)	-	+	+	+	-	-	+	+	+
Pauly <i>et al.</i> (2013)	+	+	+	-	-	-		+	+
Pauly <i>et al.</i> (2016)	+	+	+	-	-	-		+	+
Reed (2008)									
Vallance <i>et al.</i> (2016)	+	+	+	-	-	-		+	+

\* Adjacent : Services de santé offerts dans des locaux très proches de ceux de services *wet*.

\*\* Revues de la littérature

+ Service présent

- Service absent

### 3.5 Quels sont globalement l'impact et les effets des services *wet* sur les autres services et ressources disponibles, sur les bénéficiaires, la population, la communauté locale et les institutions environnantes? Répondent-ils aux besoins des usagers?

Les études répertoriées nous permettent de connaître les effets des services *wet* sur la santé physique et mentale des PESI, ainsi que sur leur consommation et les conséquences associées à celle-ci. Des effets sont également observables sur les services sociaux et de santé tout comme sur le système policier et de justice. Cependant, étant donné les devis des articles retenus qui étaient souvent faibles ou présentaient des limites importantes, il nous est impossible de nous prononcer pour le moment sur les impacts des services *wet*.

#### 3.5.1 Les effets sur les utilisateurs et sur les autres services

Les études retenues montrent que les services *wet* présentent plusieurs avantages sur différents aspects de la vie des PESI. En effet, ces services permettent de diminuer les arrestations en raison de la consommation d'alcool dans l'espace public (Pauly *et al.*, 2013, 2016; Reed, 2008; Vallance *et al.*, 2016). Une étude mixte portant sur un PGA en Ontario a été menée auprès de 38 personnes (20 résidents d'un PGA et 18 participants d'un groupe témoin). Cette étude a évalué, entre autres, les contacts avec la police. Sur l'ensemble de l'échantillon, 13 participants au PGA et 10 du groupe témoin ont autorisé la consultation de leur dossier de police. Il a été constaté qu'après 100 jours, et comparativement aux participants du groupe témoin, les personnes ayant bénéficié du PGA ont 41,6 % moins de contacts avec la police menant à une arrestation ( $\chi^2 = 43,84$ ,  $p < 0,0001$ ) (Vallance *et al.*, 2016). Des données qualitatives, recueillies par des entrevues sur ce même échantillon, montrent que, comparativement à la période précédant leur admission au PGA, les participants se sentaient moins à risque de se faire interpellé par la police en raison de leurs habitudes de consommation. Les professionnels du PGA interviewés affirmaient que, depuis l'ouverture du programme, la police de la localité amenait des personnes consommant de l'alcool dans l'espace public au PGA au lieu d'effectuer des arrestations (Pauly *et al.*, 2013, 2016; Vallance *et al.*, 2016).

La diminution des contacts avec la police parmi les utilisateurs de services *wet* a également été documentée par l'examen de la portée de la littérature menée par Reed (2008).

Les services *wet* permettent également de diminuer le temps d'utilisation de services de désintoxication et d'hospitalisations. En effet, une étude constate une diminution de 88 % du temps passé dans des services de désintoxication parmi les participants à un PGA comparativement aux personnes du groupe témoin (test T apparié,  $t = -2,22$ ,  $p < 0,025$ ) (Pauly *et al.*, 2013). Ces services réduisent également les hospitalisations. En effet, sur une période d'observation de 100 jours auprès de 13 participants d'un PGA et comparativement à 10 personnes d'un groupe témoin, des chercheurs ont observé une diminution de 31,6 % des admissions à l'hôpital (test T apparié,  $t = -2,08$ ,  $p < 0,03$ ) (Vallance *et al.*, 2016). Des résultats allant dans le même sens ont été constatés dans un essai contrôlé randomisé mené auprès de 405 personnes (201 au groupe expérimental et 204 au groupe témoin) (Sadowski *et al.*, 2009). Le but de cette étude était d'évaluer l'efficacité d'un programme de gestion de cas et d'hébergement de transition à bas seuil après un séjour à l'hôpital sur l'utilisation de services médicaux d'urgence chez des PESI éprouvant un problème de santé chronique. Les auteurs observent qu'en contrôlant les caractéristiques des participants à l'entrée à l'étude, les participants du groupe expérimental ont réduit de 29 % les hospitalisations (IC 95 %, 10 - 44,  $p = 0,005$ ), de 29 % les jours d'hospitalisation (IC 95 %, 8 - 45,  $p = 0,01$ ) et de 24 % les visites aux urgences (IC 95 %, 3 - 40,  $p = 0,03$ ), comparativement au groupe témoin. Les données qualitatives provenant de l'étude de Pauly *et al.* (2013) montrent que les participants d'un PGA expliquent leur utilisation moins fréquente des urgences hospitalières par l'accès aux soins infirmiers offert par le programme. Dans l'examen de la portée de la littérature menée par Reed (2008), les auteurs observent une diminution d'environ cinq visites par mois des visites aux urgences.

Toutefois, dans une autre étude, l'utilisation des services d'urgence était 6,1 % supérieure après l'entrée dans un PGA comparativement aux cinq dernières années parmi 18 utilisateurs du PGA (Hammond *et al.*, 2016). Les auteurs appellent à la prudence pour l'interprétation de ces résultats, car ceux-ci peuvent être dus à la petite taille de l'échantillon, au fait que la population étudiée est très mobile et que les données sur l'utilisation des urgences ont été uniquement évaluées dans la localité où le PGA est implanté (Hammond *et al.*, 2016).

### **3.5.2 Les effets sur la consommation d'alcool et sur les conséquences de celle-ci sur différents aspects de la vie des PESI**

Sur le plan de la consommation d'alcool et d'autres substances, les participants de certaines études affirment que leur consommation avait diminué ou qu'elle était mieux contrôlée depuis qu'ils avaient accès à des services *wet* (Crane et Warnes, 2003; Reed, 2008; Slesnick et Erdem, 2012; Stockwell *et al.*, 2013). C'est le cas des 15 participantes de l'étude de Slesnick et Erdem (2012). Leur but était d'évaluer des stratégies d'intervention efficaces pour les femmes en situation d'itinérance et leurs enfants. Il s'agissait d'une étude à plusieurs volets. Le premier comprenait des logements avec trois mois de location et l'assistance d'intervenants psychosociaux. Ces services ne dépendaient pas de l'abstinence des femmes en matière de drogues ou d'alcool. Les deuxième et troisième volets comprenaient six mois de services

de gestion de cas et un traitement fondé sur l'ARC. Concernant la consommation de substances (incluant l'alcool), après 90 jours, les auteurs ont observé une réduction significative des jours de consommation de substances. Ainsi, les participantes ont passé d'un pourcentage de consommation quotidienne de substances au cours des trois derniers mois de 48,8 (ET = 31,6) au temps 0 à 18,9 (ET = 26,5) à trois mois et à 33,7 (ET=37,3) ( $F_{2,22} = 3,63$ ;  $p = 0,043$ ;  $d = 0,44$ ; puissance = 0,60). Cependant, cette différence n'est plus significative lorsque les auteurs tiennent compte des valeurs statistiques extrêmes (Slesnick et Erdem, 2012). La diminution de la consommation a également été observée dans d'autres études ayant toutefois des échantillons encore plus modestes. Ainsi, dans une étude pilote menée auprès de sept personnes admises à un PGA, les participants ont été évalués à leur entrée au programme, tous les trois mois et tous les six mois. Outre les consommations que les participants recevaient au PGA, ils devaient rapporter celles qu'ils avaient prises à l'extérieur. Lors de leur entrée au PGA, ils rapportaient en moyenne 12 consommations d'alcool par jour à l'extérieur du programme. Cette moyenne a diminué de moitié trois mois après l'entrée au PGA, mais est revenue au même niveau que celui de l'entrée au programme lors du dernier temps de mesure. Les auteurs considèrent que cette augmentation peut être expliquée par le fait que le dernier temps de mesure a été effectué pendant l'été, saison durant laquelle les participants consomment davantage d'alcool à l'extérieur du programme (Stockwell *et al.*, 2013).

L'étude de Crane et Warnes (2003), visant à décrire les services *wet* existant en Angleterre et leurs effets rapportés, observe une diminution autorapportée de la consommation d'alcool chez un cinquième de l'ensemble des participants ( $n = 101$ ) des centres répertoriés. Cependant, presque la même proportion affirme que leur consommation a augmenté après l'utilisation de services *wet*. Les auteurs suggèrent d'interpréter ces données avec prudence, car il s'agit d'informations autorapportées. De plus, des entrevues qualitatives avec les membres du personnel des services *wet* révèlent que certains participants, ayant surtout un problème de consommation d'autres SPA, remplacent celles-ci par l'alcool lorsqu'ils diminuent ou arrêtent de consommer d'autres SPA (Crane et Warnes, 2003). D'autres auteurs ont également observé une augmentation de la consommation d'alcool, sauf que celui-ci est de meilleure qualité (alcool propre à la consommation), ce qui implique moins de danger pour la santé des consommateurs (Pauly *et al.*, 2013). L'examen de la portée de la littérature menée par Reed (2008) documente aussi une diminution de la consommation d'alcool chez les utilisateurs de services *wet*.

Certains participants des différents services *wet* affirment avoir diminué ou arrêté l'utilisation d'alcool impropre à la consommation, comme du désinfectant pour les mains, de la laque pour les cheveux et du rince-bouche (Pauly *et al.*, 2013; Stockwell *et al.*, 2013; Vallance *et al.*, 2016). En effet, dans l'étude de Vallance *et al.* (2016), 18 personnes admises au PGA ont été comparées à 20 personnes d'un groupe témoin. Les données autorapportées montrent que les participants du groupe témoin avaient consommé légèrement plus d'alcool impropre à la consommation au cours du dernier mois. De façon plus précise, les participants au PGA qui avaient utilisé de l'alcool impropre à la consommation l'avaient fait, en moyenne, sur moins de jours ( $M = 4,3$ ;  $ET = 5,9$ ) que les personnes du groupe témoin ( $M = 12,4$ ;  $ET = 13,8$ ) ( $t = 2,34$ ;  $p < 0,05$ ). De façon descriptive, l'étude de Stockwell *et al.* (2013) menée auprès de sept participants à un PGA montre également que les participants affirment avoir diminué leur utilisation d'alcool impropre à la consommation. Des données qualitatives tirées d'un même échantillon corroborent la diminution du recours à l'alcool impropre à la consommation parmi les participants à un PGA. Ils ont,

en effet, exprimé que leur accès au PGA les aidait à éviter ce type d'alcool, qu'ils qualifient de « déchet » ou de « mauvais stock » (Pauly *et al.*, 2013; Vallance *et al.*, 2016).

Dans un cadre de soins palliatifs, les patients ont participé à un PGA et ceux qui consommaient des drogues par injection ont utilisé du matériel stérile fourni par les services (Podymow *et al.*, 2006). Enfin, certains auteurs laissent entendre que les PESI ont besoin de services de longue durée puisque la consommation d'alcool, qui était contrôlée lors de l'intervention, reprend aussitôt celle-ci terminée (Kraus *et al.*, 2006).

Enfin, les services de type *wet* diminueraient aussi les risques d'accidents et de dommages résultant des conséquences associées à la consommation d'alcool. De façon autorapportée, les participants d'un PGA ont noté une réduction des sevrages, des pertes de conscience, des convulsions et des problèmes pouvant survenir lorsque l'on vit dans la rue (Pauly *et al.*, 2013, 2016).

### **3.5.3 Les effets sur la santé et le bien-être des PESI**

Les résidants des services de type *wet* montrent également des améliorations sur le bien-être psychologique (Pauly *et al.*, 2016; Reed, 2008; Slesnick et Erdem, 2012; Stockwell *et al.*, 2013). En effet, les 15 femmes ayant participé à l'étude de Slesnick et Erdem (2012) montrent une amélioration significative de leur perception quant à leur santé et leur bien-être tous les trois mois ( $M = 43,8$ ) et tous les six mois ( $M = 45,5$ ), comparativement aux scores obtenus à leur entrée au programme ( $M = 36,6$ ) ( $F_{2,20} = 8,5$ ;  $p = 0,002$ ;  $d = 1,08$ ; puissance = 0,99). L'examen de la portée de la littérature menée par Reed (2008) corrobore que les services de type *wet* améliorent la qualité de vie des personnes qui les fréquentent, notamment sur le plan de la santé en général et de la création de liens sociaux.

### **3.5.4 Les effets sur la stabilité résidentielle et l'accès à d'autres services**

Les interventions mises en place dans le cadre de services de type *wet* permettent à certains participants d'accéder à un logement stable (Slesnick et Erdem, 2012). Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'étude de Slesnick et Erdem (2012) visait à évaluer des stratégies d'intervention efficaces pour les femmes en situation d'itinérance et leurs enfants en leur offrant une intervention à trois volets, dont le premier consistait à leur offrir un logement de transition pendant trois mois où l'abstinence n'était pas requise, avant de les diriger vers les deux autres volets, visant la stabilité résidentielle. Après six mois dans le programme, sur les 15 participantes, 10 ont maintenu leur logement et, même si certaines n'habitaient pas de façon indépendante (déménagement chez un partenaire, retour chez des parents), elles étaient stables sur le plan résidentiel. Les auteurs ont observé une diminution significative du nombre de jours d'itinérance observés 90 jours avant l'entrée au programme ( $F_{2,24} = 25,31$ ;  $p = 0,000$ ). Le suivi de six mois permet d'observer une tendance linéaire ( $F_{1,12} = 31,73$ ;  $p = 0,000$ ) et quadratique ( $F_{1,12} = 10,97$ ;  $p = 0,006$ ) de la stabilité résidentielle des participantes.

D'autres effets ont également été observés par un examen de la portée de la littérature (Reed, 2008) et par l'étude de Crane et Warnes (2003), visant à répertorier les services *wet* en Angleterre et à décrire leur fonctionnement et leurs effets. Ainsi, ils constatent que ces services permettent aux usagers d'accéder à des professionnels de la santé, dont un médecin de famille, ainsi que d'obtenir les documents d'identité nécessaires à une démarche de réinsertion sociale (Crane et Warnes, 2003; Reed, 2008).

**Tableau 3 : Principaux résultats observés sur les individus et sur les autres services**

Référence	Pays, ville	Nom ou type d'intervention	N	Objectifs et buts	Résultats
Brady et al. (2006) <sup>5</sup>	Australie, South Australia	<i>Damp shelter</i>	6486 admissions	Vérifier l'impact d'un <i>damp shelter</i> australien sur la consommation d'alcool.	- Réduction de l'ébriété publique - Réduction des méfaits en lien avec la consommation d'alcool
Crane et Warnes (2003)	Royaume-Uni, Sheffield	<i>Wet day centers</i>	nd (101 centres)	Produire une liste des différents services pour PESI, colliger l'information sur le fonctionnement de ces services, dresser une liste des difficultés dans l'implantation, mesurer l'effet sur la consommation publique d'alcool et proposer un guide d'implantation.	- 20 % des clients consomment moins d'alcool ou de façon contrôlée. - 20 % des clients consomment plus d'alcool qu'avant. - On observe une réduction de consommation de SPA. - Plus du tiers ont accès à un logis stable. - Selon la police, la consommation publique d'alcool a cessé dans certaines régions. - La majorité des clients sont satisfaits des services reçus.
Evans (2012)	Canada, Hamilton	<i>Wet shelter</i>	24	Analyser la signification politique et personnelle de l'implantation d'un <i>wet shelter</i> .	- Cela permet à des personnes qui résistent au traitement (à cause de l'obligation d'abstinence) d'entreprendre une démarche de réadaptation.
Hammond et al. (2016) <sup>6</sup>	Canada, Thunder Bay	PGA	38 (18 PGA et 20 contrôles)	Produire une analyse coût-avantage d'un PGA.	- On observe une économie de 1,09 \$ à 1,21 \$ pour chaque dollar investi en traitement. - Les sujets PGA passent 94,5 % moins de temps en désintoxication, 42,5 % moins de temps en traitement interne et 67,3 % moins de temps au poste de police.

<sup>5</sup> Autochtones à 97,1 %.

<sup>6</sup> Autochtones à 100 %.

Klingemann et Rosenberg (2009)	Suisse	Plusieurs	138	Connaître l'acceptabilité du concept de consommation contrôlée comme objectif thérapeutique de la part des centres qui offrent des services de traitement.	- L'offre de service de type <i>damp shelter</i> , <i>wet day center</i> ou <i>wet shelter</i> peut permettre aux clients récalcitrants face à l'abstinence d'accéder à différents services, plus particulièrement l'hébergement.
Kraus et al. (2006)	Canada	Plusieurs	nd (33 centres)	Connaître les services innovants pour itinérants qui ont des problèmes d'utilisation de substances.	- Un traitement efficace pour les PESI doit être fortement intégré et centré sur le client, et doit se faire dans un logement stable. - Le logement est une nécessité pendant, mais aussi après le traitement afin d'en assurer l'efficacité.
Lincoln et al. (2009a)	É.-U., Boston	<i>Damp shelter</i>	16	Décrire les facteurs qui réduisent l'engagement au traitement chez les itinérants avec troubles de santé mentale et dépendance.	- Cela permet aux gens récalcitrants (sobriété obligatoire) de faire des démarches afin de reprendre leur vie en main. - Les caractéristiques suivantes aident les récalcitrants : il y a peu de règles, on permet davantage d'autonomie et on traite les personnes comme des adultes. - Les sujets deviennent davantage disposés aux traitements médicaux après plusieurs mois (entretiens à 9 mois).
Lincoln et al. (2009b)	É.-U., Boston	<i>Damp shelter</i>	18	Décrire l'implantation et le développement d'un <i>damp shelter</i> .	- Les sujets (sans-abri chroniques, troubles de santé mentale importants, consommation actuelle de SPA) subissent des difficultés supplémentaires : multiples barrières à se trouver un appartement rapidement (papiers officiels, santé physique et mentale).
Memmott et Nash (2012)	Australie, Mt Isa	PGA	30	Décrire de façon détaillée le centre avec un PGA en Australie ainsi qu'analyser ses approches quant au fonctionnement.	- Certains clients demeurent trop longtemps au service d'hébergement (selon les auteurs), mais c'est peut-être parce qu'il s'agit d'une sous-population (échantillon trop petit pour tirer des conclusions généralisables).
Pauly et al. (2013)	Canada, Thunder Bay	PGA	38 (18 PGA et 20 contrôles)	Évaluer les effets d'un PGA sur l'amélioration de la santé et du bien-être des clients, sur la réduction de l'usage des services hospitaliers et policiers, et sur la consommation d'alcool.	- Stabilisation de la situation résidentielle, amélioration de la santé mentale et physique, réduction des méfaits liés à la consommation d'alcool, réduction de la consommation d'alcool impropre à la consommation et fréquence de consommation d'alcool plus stable - Rapports moins fréquents et plus harmonieux avec les policiers - Réduction du nombre d'hospitalisations

Pauly <i>et al.</i> (2016)	Canada, Thunder Bay	PGA	38 (18 PGA et 20 contrôles)	Évaluer les effets d'un PGA sur l'amélioration de la santé et du bien-être des clients, sur la réduction de l'usage des services hospitaliers et policiers, et sur la consommation d'alcool.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La majorité des sujets PGA ont conservé leur domicile vs aucun du groupe témoin. De plus, la qualité de l'habitation est de façon générale meilleure.</li> <li>- Les sujets PGA avaient des scores plus élevés en termes de bien-être psychologique, de la qualité de leur environnement et de leurs rapports sociaux. Les différences étaient significatives seulement pour l'environnement.</li> </ul>
Podymow <i>et al.</i> (2006)	Canada, Ottawa	Soins palliatifs qui ne requièrent pas l'abstinence	28	Produire une analyse coût-avantage d'un service communautaire de soins palliatifs qui n'exige pas l'abstinence.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les coûts totaux sont de 15 000 \$ (<math>\pm</math> 17 600 \$) vs 64 600 \$ (<math>\pm</math> 16 800 \$) pour les services habituels.</li> <li>- 68 % de ceux qui ont reçu ce service auraient refusé les services habituels.</li> </ul>
Reed (2008)	Canada et R.-U.	<i>Wet shelters</i>	nd (6 centres)	Connaître les effets des <i>wet shelters</i> sur les utilisateurs et les autres services.	<p>ASPECTS POSITIFS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réduction de la consommation</li> <li>- Moins d'altercations négatives avec les policiers</li> <li>- Moins de visites aux urgences</li> <li>- Niveau de bien-être plus élevé (moins de violence, meilleur sommeil, poids plus santé)</li> <li>- Meilleure hygiène et collaboration avec les services de santé</li> <li>- Participation à des programmes de désintoxication</li> <li>- Moins d'itinérance de rue (<i>rough sleep</i>)</li> <li>- Réduction des coûts pour les services de la police et de l'urgence</li> <li>- Possibilité de rejoindre les plus résistants aux services « traditionnels »</li> </ul> <p>ASPECT NÉGATIF</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Service coûteux (formation des employés, milieu de travail difficile), mais possibilités d'économies dans d'autres services (police, santé, etc.)</li> </ul>
Sadowski <i>et al.</i> (2009)	É.-U., Chicago	Article portant sur l'hébergement temporaire)	407	Évaluer les effets de la prise en charge d'une population itinérante avec troubles concomitants sur l'utilisation des services hospitaliers.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réduction de l'utilisation des services de l'urgence et de l'hôpital</li> </ul>

Slesnick et Erdem (2012) <sup>7</sup>	É.-U., ville inconnue du Midwest	<i>Wet shelter</i>	15	Évaluer les effets d'un traitement pour femmes avec enfants sur la consommation, la stabilité résidentielle, la santé mentale, la violence conjugale, ainsi que sur les symptômes de détresse chez les enfants.	- Réduction de la consommation, de l'itinérance et des problèmes liés à la santé mentale - Réduction des symptômes d'internalisation et d'externalisation chez les enfants
Stockwell et al. (2013)	Canada, Victoria	PGA	7	Connaître la volonté d'une population de PESI d'utiliser un PGA.	- L'existence d'un PGA pourrait encourager certaines personnes, notamment celles qui sont fortement dépendantes, à entreprendre une démarche thérapeutique.
Vallance et al. (2016)	Canada, Thunder Bay	PGA	38 (18 PGA et 20 contrôles)	Décrire les effets d'un PGA sur la santé et le bien-être des clients, sur l'usage des services hospitaliers et policiers, et sur la consommation d'alcool.	- Moins d'admissions en hôpital et en désintoxication, moins de contacts avec la police qui mènent à une incarcération, réduction de la consommation d'alcool impropre à la consommation et réduction des méfaits en lien avec la consommation d'alcool

### 3.6 Quels sont les avantages, les inconvénients et l'efficacité de ces modèles sur le plan social, de la santé et de l'organisation des services?

Les études qui ont documenté les avantages et les inconvénients des services *wet* se sont surtout penchées sur les aspects coût-avantage, le personnel et les infrastructures nécessaires.

En termes de coûts, une seule étude a comparé les coûts de fonctionnement d'un service *wet* ayant un PGA avec les coûts sociaux associés à l'itinérance. Les auteurs ont observé des économies pour le service *wet* se situant entre 1,09 \$ et 1,21 \$ pour chaque dollar investi (Hammond *et al.*, 2016). De leur côté, Podymow *et al.* (2006) ont comparé l'ensemble des coûts de fonctionnement d'un service de soins palliatifs communautaire ayant un PGA et du matériel stérile de consommation avec les services palliatifs traditionnels, par le biais de la consultation d'experts. Ils calculent que, pour la période de juillet 2011 à août 2013 (période d'observation de l'étude), le service représente des économies pour l'État de 1,39 million comparativement aux services traditionnels. Ces économies sont observables si on tient compte des coûts associés à l'itinérance comme les services de police, l'utilisation d'ambulances, l'utilisation des urgences ou les séjours à l'hôpital (Reed, 2008). Notons toutefois que ces services doivent compter sur des employés très qualifiés notamment parce que le milieu de travail peut être hautement stressant et très difficile émotionnellement, ce qui génère des coûts plus significatifs (Reed, 2008).

---

<sup>7</sup> Exclusivement des femmes avec des enfants.

Quelques études ont documenté le fonctionnement des services de type *wet*, notamment en ce qui concerne le personnel devant être embauché pour assurer le fonctionnement des services, l'infrastructure nécessaire pour ce type de ressource en fonction des services offerts de même que les relations avec le voisinage. Ainsi, le centre JTH, en Australie, fonctionne avec six à huit employés à tout moment, comprenant un chef de l'administration, des chefs d'équipe et le personnel de soutien (Memmott et Nash, 2012). Pour ce qui est du service communautaire de soins palliatifs, le personnel était formé d'une infirmière à temps plein sept jours par semaine, une infirmière auxiliaire dans la soirée et la nuit cinq jours par semaine, et un intervenant 24 heures par jour, sept jours par semaine pour superviser les patients et pour aider les activités de la vie quotidienne (Podymow *et al.*, 2006).

L'infrastructure est un autre enjeu à considérer dans l'implantation de services de type *wet*, notamment lorsqu'il y a un PGA. En effet, il faut prendre en compte les coûts et les besoins en termes d'infrastructure et d'espace physique, car les PGA nécessitent plus de temps pour administrer l'alcool ainsi que des espaces désignés. De plus, il a été estimé qu'il fallait intégrer au programme une activité d'éducation et de sensibilisation de la population afin de permettre une meilleure compréhension des besoins et éviter les erreurs d'interprétation dans la communauté où le service est implanté (Stockwell *et al.*, 2013). Cependant, dans le cas d'un service à Victoria, en Colombie-Britannique, ces craintes ne se sont pas concrétisées et, en fait, plusieurs reportages médiatiques très positifs ont été diffusés sur le programme (Stockwell *et al.*, 2013).

### **3.7 Que sait-on de l'implantation des services *wet*? Quels sont les facteurs facilitants et les pratiques prometteuses par rapport à leur mise en place? Quels sont les facteurs entravants et les limites de ces modèles? Y a-t-il des bonnes pratiques ou des pratiques prometteuses recensées quant à leur implantation?**

Les facteurs ayant une influence sur l'implantation de services de type *wet* sont parfois d'ordre structurel, organisationnel et personnel. Ces facteurs s'appuient surtout sur la perception des utilisateurs de services *wet* et des professionnels qui y travaillent. Parmi les enjeux d'ordre structurel, les relations avec le voisinage constituent un élément majeur. En effet, les études consultées nous montrent que les tensions entre les services *wet* et l'environnement dans lequel ils sont installés sont fréquentes. Afin d'y faire face, un dialogue constant entre les parties est un gage d'intégration harmonieuse des services *wet* dans la communauté (Crane et Warnes, 2003).

Des enjeux organisationnels peuvent aussi avoir une influence sur l'implantation de services de type *wet*. Ainsi, quelques conditions favorisant l'implantation de services d'hébergement à bas seuil ont été répertoriées : l'emplacement accessible de la ressource, la sécurité des lieux, l'intimité des espaces (Lincoln *et al.*, 2009b; Pauly *et al.*, 2013; Vallance *et al.*, 2016), la possibilité d'entrer et sortir librement, la possibilité d'avoir des espaces séparés pour hommes et femmes et des espaces de vie commune (une

cuisine, par exemple) (Lincoln *et al.*, 2009b). Le sentiment de sécurité est un enjeu important pour les PESI qui utilisent des services *wet*. Ce sentiment est favorisé par les mesures mises en place à l'entrée des locaux (Lincoln *et al.*, 2009b), ainsi que par la présence du personnel professionnel (Pauly *et al.*, 2013). Bien que l'absence d'exigence de sobriété soit un élément facilitant l'implantation des services *wet*, la mise en place de balises et de règles de fonctionnement est nécessaire et semble appréciée par les résidents (Lincoln *et al.*, 2009a; Memmott et Nash, 2012). De plus, les ressources offrant des services de formation pour certains participants doivent établir des règles spécifiques afin d'assurer l'atteinte de leur mission et de leurs objectifs (Memmott et Nash, 2012). Dans le cadre des services *wet* avec un PGA, la mise en place des règles concernant la quantité de boissons permises quotidiennement, les doses d'alcool ainsi que les horaires pour la distribution des boissons favorisent la diminution de la consommation chez certains résidents, notamment ceux dont la consommation est importante (Memmott et Nash, 2012). Sur le plan de la stabilité résidentielle, l'étude de Kraus *et al.* (2006) montre que les services pour des personnes en situation d'itinérance ayant un problème de consommation d'alcool se doivent d'être holistiques, intégrés et axés sur les besoins des participants. Selon cette étude, le logement sécurisé et avec peu (voire pas) de contraintes concernant la consommation d'alcool serait un facteur permettant de réduire les impacts négatifs de leur consommation sur différentes sphères de leur vie.

Toujours en termes organisationnels, un autre élément facilitant le succès de ces services est l'implication de différents professionnels provenant de plusieurs secteurs dont la santé publique, le milieu communautaire et le milieu clinique (Lincoln *et al.*, 2009a; Slesnick et Erdem, 2012). Toutefois, la disponibilité des services médicaux et psychiatriques ne semble pas un élément favorisant la motivation des participants à aller vers un service de type *wet* (Lincoln *et al.*, 2009a). Rappelons que les services *wet* requièrent la présence de plusieurs professionnels sur place, lesquels doivent parfois travailler dans un environnement stressant, ce qui peut générer du roulement de personnel (Lincoln *et al.*, 2009b; Reed, 2008). Outre la présence de professionnels, il est important qu'un bon lien se crée entre ceux-ci et les utilisateurs, ce qui peut demander un ajustement constant de part et d'autre (Lincoln *et al.*, 2009b). De plus, les résidents doivent être informés des implications de leur séjour dans les ressources et bien comprendre les règles (Stockwell *et al.*, 2013). Lors de l'établissement d'un PGA, il semble essentiel de tenir compte des coûts, des espaces et du temps nécessaire à la gestion de ce type de programme (Stockwell *et al.*, 2013). Enfin, l'implication de potentiels utilisateurs permet de bien cibler les besoins de la population (Lincoln *et al.*, 2009a).

Les études de Lincoln *et al.* (2009a) et de Pauly *et al.* (2013) montrent que des règles perçues trop contraignantes par les participants peuvent les inquiéter et même les motiver à utiliser d'autres services ou à s'absenter temporairement des hébergements de transition. Toutefois, les participants apprécient qu'il y ait certaines règles, notamment celles qui concernent la sécurité des lieux, et considèrent que la flexibilité pour l'application des règles est un élément pouvant jouer sur leur décision d'aller ou non dans un service (Lincoln *et al.*, 2009a). Notons aussi que les liens de confiance avec le personnel médical des services *wet* mis en place prennent du temps à se développer, jusqu'à plusieurs mois, selon Lincoln *et al.* (2009a).

### 3.8 Comment les modèles de services *wet* s'inscrivent-ils dans la trajectoire de vie des personnes aux besoins et aux réalités différentes?

Cette question n'est que partiellement traitée dans la littérature recensée. Bien que les études consultées aient ciblé parfois des groupes ayant des trajectoires de vie particulières, peu d'entre elles ont abordé la façon dont ces trajectoires singulières modulaient la mise en place et l'offre des services *wet*.

Certaines des études répertoriées s'adressaient à des groupes populationnels bien ciblés, tels que des femmes ou des personnes autochtones. En effet, quelques-unes des études retenues dans cette revue concernaient des populations autochtones. Dans certains cas, les populations autochtones étaient ciblées (Memmott et Nash, 2012) et dans d'autres il s'agissait des régions ou des villes comportant une proportion importante de personnes d'origine autochtone (Brady *et al.*, 2006; Hammond *et al.*, 2016; Pauly *et al.*, 2013, 2016; Vallance *et al.*, 2016). Selon Memmott et Nash (2012), le respect des normes culturelles dans la gestion et dans l'offre des services *wet* constitue des éléments qui favorisent le succès des interventions en contexte autochtone. En ce sens, des services *wet* ont adapté leur approche et leur fonctionnement à la vision de la consommation d'alcool de certaines communautés rurales ainsi que leurs habitudes de vie, notamment en matière de déplacements saisonniers. Cette adaptation se fonde notamment sur l'implication des personnes autochtones dans le fonctionnement des services afin d'assurer une sensibilité aux enjeux culturels (Memmott et Nash, 2012). Par ailleurs, d'autres auteurs soulignent l'importance de tenir compte des trajectoires de vie des personnes qui utilisent des services. Ceux-ci considèrent qu'avec une population de PESI, il est important de subvenir aux besoins de subsistance (logement, nourriture...) avant de travailler sur d'autres problématiques (Slesnick et Erdem, 2012).

Enfin, les caractéristiques personnelles des utilisateurs des services *wet* témoignent d'une très grande variété de besoins. Dans quelques cas, les services de type *wet* doivent composer avec un état de santé fragile parmi leurs résidents. Par exemple, dans l'étude de Podymow *et al.* (2006) dans un centre communautaire de soins palliatifs, les patients avaient différentes pathologies dont une maladie du foie, le VIH/SIDA et des cancers. Dans l'étude de Slesnick et Erdem (2012), la trajectoire de vie particulière des mères et de leurs enfants devait être prise en compte lors des recommandations d'un spécialiste ou d'un établissement et des interventions offertes.

## 4 DISCUSSION

Avec cette revue systématique de la littérature, nous voulions recenser et décrire les différents modèles de services *wet*, leurs effets et les enjeux associés à leur implantation dans le but d'orienter les réflexions quant à l'ouverture éventuelle de tels services à Montréal. Ce document nous offre un portrait des types de services *wet* qui existent dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économique, qui offrent bien davantage qu'un milieu où il est autorisé de consommer de l'alcool. Ces services font face à des défis et enjeux importants en ce qui concerne leur développement et implantation. L'un des premiers constats qui a été observé durant le processus est qu'il y a peu d'écrits scientifiques disponibles sur le sujet des services *wet*. Par exemple, une revue systématique Cochrane

(Muckle *et al.*, 2012) sur le sujet a été menée, mais aucune étude n'a été retenue en raison des critères d'inclusion et d'exclusion sévères. Nous avons donc dû établir des critères d'inclusion et d'exclusion plus souples, car notre but était de documenter les pratiques actuelles. Cette décision méthodologique nous a permis de retenir des études ayant un niveau de preuve et une robustesse méthodologique variés, et nous a posé un défi important en termes d'analyses des données.

Malgré ces difficultés, nous avons dégagé des données qui nous permettent d'affirmer que les services *wet* sont prometteurs en termes d'effets sur les utilisateurs, sur les autres services du réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que sur le système policier et judiciaire. Nous avons également déterminé les principaux enjeux relatifs à l'implantation de services *wet* et à la façon dont ceux-ci répondent aux besoins des personnes en situation d'itinérance visible (PESI). Il nous a été possible de répondre à presque toutes les questions de recherche, sauf à celle sur le fonctionnement des services *wet* en lien avec les autres ressources qui s'adressent aux PESI. En effet, la littérature consultée n'aborde pas le sujet suffisamment pour en tirer des conclusions. Quant à la question portant sur la possibilité d'implanter un service *wet* à Montréal, nous y répondrons dans la conclusion.

Dans la présente section, nous discuterons de principaux constats qui se dégagent de la revue systématique de la littérature

#### **4.1 Les finalités des services *wet* et les besoins auxquels ils répondent**

Les objectifs poursuivis par les services *wet*, avec ou sans un programme de gestion de l'alcool (PGA), sont très variés. Plusieurs ressources visent à améliorer certains aspects de la santé physique (Pauly *et al.*, 2013, 2016; Evans, 2012; Hammond *et al.*, 2016; Vallance *et al.*, 2016) et la santé mentale de PESI (Lincoln *et al.*, 2009a; Sadowski *et al.*, 2009), d'autres souhaitent faciliter leur intégration en logement à long terme (Hammond *et al.*, 2016; Memmott et Nash, 2012; Pauly *et al.*, 2013; Sadowski *et al.*, 2009; Slesnick et Erdem, 2012) alors que d'autres encore visent leur réinsertion socioprofessionnelle (Memmott et Nash, 2012).

La variété des services *wet* et les objectifs poursuivis par ceux-ci amènent quelques défis, notamment en matière de ressources humaines et économiques pour les développer et les implanter. Ces défis peuvent être palliés par l'implantation de services *wet* au sein de ressources déjà existantes qui présentent une mission s'accordant à ce type d'intervention. C'est, entre autres, une des recommandations effectuées par des chercheurs anglais après avoir répertorié et décrit les différents services *wet* en Angleterre (Crane et Warnes, 2003). Une autre stratégie pour pallier les besoins en ressources humaines et matérielles est le recours à des ententes de services afin d'accéder à des professionnels de la santé pouvant offrir des soins aux PESI (Crane et Warnes, 2003). Ces ententes permettent, par exemple, que des infirmières d'un centre hospitalier aillent soigner des participants d'un service *wet* une ou deux fois par semaine. Un deuxième défi constaté est celui de répondre aux multiples besoins des PESI. Pour y faire face, il est nécessaire de consulter les PESI et les professionnels qui travaillent auprès d'elles afin de cerner leurs besoins et de prioriser ceux auxquels on pourra répondre par le biais d'un service *wet*. Des ententes avec d'autres ressources pourront, par la suite, être effectuées afin que les PESI aient accès à des ressources

qui pourront répondre aux besoins auxquels les services *wet* n'auront pas pu répondre (Crane et Warnes, 2003).

## 4.2 Les différents modèles de services *wet*

Les services *wet* que nous avons répertoriés sont très variés en termes de fonctionnement et par rapport à la façon dont la consommation d'alcool est gérée. En effet, des ressources permettant que les participants soient intoxiqués à l'alcool, ou consomment de l'alcool sur place, sont offerts autant dans des centres de jour (Kraus *et al.*, 2006), des hébergements d'urgence (Brady *et al.*, 2006), des résidences temporaires (Sadowski *et al.*, 2009; Slesnick et Erdem, 2012) ainsi que des centres de soins palliatifs (Podymow *et al.*, 2006). Cette diversité de milieux nous amène à constater que les services *wet* dépassent largement les objectifs d'hébergement d'urgence (*shelters*). Cette diversité constitue bien sûr une richesse, mais représente également un défi en termes de développement et d'organisation de soins. Par exemple, des PGA peuvent être implantés à différents moments de la trajectoire de soins et des services. En ce sens, une réflexion est nécessaire quant aux ressources les plus appropriées pour offrir ce type de service ainsi que sur le type de service à offrir en fonction de la réalité de la population cible (par exemple, un PGA ou un service *wet* sans PGA). Encore une fois, la consultation des PESI est indispensable, comme le soulignent Crane et Warnes (2003). Il est également essentiel que les professionnels travaillant auprès des PESI soient consultés afin d'assurer une adéquation entre les services proposés et les règles qui régissent la pratique de ces professionnels (Kraus *et al.*, 2006). Dans un contexte montréalais, une réflexion concernant la faisabilité et le meilleur modèle de service *wet* à mettre en place semble nécessaire.

## 4.3 Les avantages, les inconvénients et l'efficacité des services *wet*

Étant donné que seulement deux études retenues dans cette revue systématique documentent le rapport coût-avantage des services *wet*, il n'est pas possible d'avoir une idée définitive sur les enjeux d'efficacité relativement à ce type d'intervention. Il est tout de même possible de constater que, dans les deux études, des économies pour l'État sont possibles, notamment si on tient compte des autres services que les PESI n'utiliseront pas ou utiliseront moins. Toutefois, d'autres études sont nécessaires afin de mieux documenter les aspects coût-avantage de ce type de service. Par ailleurs, une réflexion éthique concernant la nécessité de devoir prouver l'efficacité économique (rapport coût-avantage) d'une intervention pour être en mesure de l'implanter serait pertinente et s'appliquerait également à d'autres problématiques de santé. En effet, le rôle des études de rapport coût-avantage en santé devrait être celui d'orienter les décideurs sur les interventions les plus efficaces parmi celles qui sont disponibles (Rousseau *et al.*, 2003). Ainsi, les décisions des études coût-avantage devaient se fonder sur l'équilibre entre l'équité et l'efficacité ainsi que sur les avantages pouvant être générés par une lutte aux iniquités (Drummond *et al.*, 1987; Pinkerton *et al.*, 2002).

Bien que les services de type *wet* semblent rapporter des économies en termes d'autres services non utilisés, le financement demeure un enjeu majeur pour le développement ainsi que pour la pérennité de

ce type de services. Des activités fondées sur le modèle d'économie sociale pourraient être une des solutions à ce problème. Au Québec, ce modèle comprend un volet visant le développement économique et un ayant pour but le développement social. C'est le premier volet qui facilite l'atteinte des objectifs du deuxième (Lévesque et Mendell, 1999). Par exemple, des services *wet* pourraient intégrer une activité économique dans laquelle certains participants pourraient faire un parcours de réinsertion socioprofessionnelle.

#### **4.4 Les effets des services *wet* sur la population et la communauté ainsi que sur les autres services et ressources**

Plusieurs des études montrent que des services *wet* contribuent à améliorer la santé des participants (Pauly *et al.*, 2016; Reed, 2008; Slesnick et Erdem, 2012; Stockwell *et al.*, 2013). Notons toutefois que plusieurs de ces études comportaient des interventions impliquant des professionnels de la santé et que l'aspect *wet* des services était une des composantes parmi d'autres. En ce sens, l'amélioration de l'état de santé des participants était associée à un ensemble de facteurs touchés par les interventions déployées et pas uniquement par les services *wet*. Comme nous l'avons vu précédemment, la variété des services offerts aux PESI et les professionnels impliqués sont des aspects qui doivent être considérés dans le développement et l'implantation de services *wet*. Or cela implique, comme discuté précédemment, des enjeux de partenariat avec d'autres services existants (Crane et Warnes, 2003). De plus, un enjeu de pérennité doit être considéré. En effet, les services offerts par des professionnels de la santé dans un contexte *wet* sont parfois dépendants du financement temporaire (dont du financement de recherche). Il est donc essentiel que les ressources offrant ce type de service assurent leur pérennité avec du financement approprié (Kraus *et al.*, 2006).

La consommation d'alcool (Crane et Warnes, 2003; Reed, 2008; Slesnick et Erdem, 2012; Stockwell *et al.*, 2013) et d'alcool impropre à la consommation (Pauly *et al.*, 2013; Stockwell *et al.*, 2013; Vallance *et al.*, 2016) a diminué chez les utilisateurs des services *wet*. De plus, on observe la diminution des effets associés à la consommation d'alcool, dont les épisodes de sevrage (Pauly *et al.*, 2013, 2016). Toutefois, il a été observé que ces effets positifs s'estompent généralement après six mois d'intervention. À l'heure actuelle, il n'est donc pas possible d'affirmer l'efficacité des services *wet* sur la consommation d'alcool à long terme. Cependant, l'état actuel de la littérature dénote que ces services sont prometteurs quant aux changements possibles dans la consommation d'alcool des participants. Rappelons que les services *wet* s'inscrivent dans une approche de réduction des méfaits et que leur but n'est pas nécessairement de diminuer la consommation d'alcool des participants. En termes de recherche, ces résultats dénotent la nécessité d'effectuer davantage d'études longitudinales avec un contrôle plus important des variables afin de documenter les effets à long terme des services *wet*. Pour ce qui est de l'intervention, ces constats pointent vers l'importance d'adapter le temps d'intervention aux populations désaffiliées. Ainsi, les effets des services sur la santé des PESI peuvent prendre plus de temps comparativement à d'autres populations en raison des multiples difficultés auxquelles peuvent faire face les PESI (Kraus *et al.*, 2006).

Un des effets le plus évalué, et par conséquent le plus rapporté dans les études recensées, est la diminution, par les PESI, de l'utilisation des autres services du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que du nombre de contacts avec le système policier et judiciaire. En effet, la diminution des contacts avec la police, la diminution des séjours et des jours d'hospitalisation, la diminution des jours passés en désintoxication, sont entre autres les résultats les plus marquants et les plus documentés dans les écrits scientifiques disponibles. Notons que ce sont surtout les services avec un PGA qui ont documenté la diminution dans l'utilisation d'autres services. Il est important de rappeler que, sur les 17 documents retenus, 4 portaient sur un même PGA (Hammond *et al.*, 2016; Pauly *et al.*, 2013, 2016; Vallance *et al.*, 2016) et que ce programme offrait des services médicaux et un suivi infirmier sur place grâce à des ententes. En ce sens, les utilisateurs du PGA ont eu recours à des soins de santé, mais en dehors d'un contexte hospitalier. En termes méthodologiques, l'utilisation des services de santé ou du système policier et judiciaire était évaluée par la consultation des dossiers et leur diminution était une observation très significative dans la plupart des études s'étant penchées sur la question. De plus, parmi celles-ci, quelques-unes avaient des devis méthodologiques relativement robustes (Pauly *et al.*, 2016; Vallance *et al.*, 2016).

#### **4.5 L'implantation de services *wet* : facilitateurs et barrières**

Concernant les différents facteurs ayant une influence sur l'implantation ou la pérennité des services de type *wet*, les données nous permettent de les classer en quatre catégories : personnels, culturels, organisationnels et structurels. Les facteurs personnels concernent notamment les perceptions que les PESI ont des services *wet*, des professionnels qui y travaillent ainsi que des règles de fonctionnement. Les facteurs culturels font référence à la façon dont certaines caractéristiques, telles que les expériences d'itinérance et les origines ethnoculturelles, peuvent teinter les besoins des PESI et la façon dont elles utilisent des services. Les facteurs organisationnels incluent les services offerts et les règles régissant les professionnels qui les offrent, les règles et le mode de fonctionnement des services. Enfin, les facteurs structurels concernent le financement et la pérennité des services ainsi que l'intégration de ceux-ci dans leur environnement. Cet ensemble de facteurs peut constituer à la fois des facilitateurs comme des barrières. Par exemple, l'établissement des règles de fonctionnement favorisera le sentiment de sécurité des PESI dans un service *wet*, mais des règles considérées trop sévères peuvent diminuer la volonté d'utiliser de tels services. Pour l'implantation des services *wet*, l'ensemble de ces facteurs doit être analysé afin de favoriser l'utilisation par les PESI et la pérennité de tels services.

Pour l'analyse des facteurs pouvant avoir une influence sur l'implantation et la pérennité des services *wet*, le point de vue des acteurs concernés, dont les PESI elles-mêmes, doit être pris en compte. En ce sens, les approches participatives, comme celles de la recherche communautaire (Flicker *et al.*, 2009; Otis *et al.*, 2015), seraient pertinentes. Cette approche de recherche et d'intervention prône l'implication de toutes les parties prenantes à toutes les étapes du processus de recherche ou d'intervention par le biais de différents mécanismes de participation, déterminés par les parties prenantes elles-mêmes. Bien qu'il s'agisse d'un processus demandant un investissement de temps important pour toutes les parties prenantes, il assure une vision commune pour un projet et délimite les attentes.

## 4.6 Les services *wet* et les trajectoires de vie des PESI

Un élément commun pour l'ensemble des populations étudiées dans les documents recensés est l'importante désaffiliation sociale des participants. Cette désaffiliation est parfois liée à la consommation de substances psychoactives (SPA) ou à des problèmes de santé physique et mentale. Cette situation pose des défis importants pour le développement et l'implantation de services *wet*. En ce sens, plusieurs services visent à rejoindre des populations ayant des caractéristiques ou des trajectoires de vie particulières. Ainsi, certains des services que nous avons répertoriés s'adressaient à des PESI ayant des parcours de vie particuliers, dont des populations autochtones, des mères en situation d'itinérance et de consommation de SPA, des personnes avec des problèmes de santé mentale. Dans la plupart des cas, les auteurs précisait que les interventions et les professionnels qui les offraient avaient la sensibilité nécessaire pour aborder les enjeux propres aux trajectoires de ces PESI (Pauly *et al.*, 2013, 2016; Slesnick et Erdem, 2012; Vallance *et al.*, 2016). Toutefois, d'autres études n'ont fait aucune mention de la façon dont ces particularités ont été prises en compte, notamment des études américaines ayant une majorité de personnes afro-américaines au sein de leur échantillon (Lincoln *et al.*, 2009a, 2009b; Sadowski *et al.*, 2009). Cette absence d'information ne dénote pas nécessairement qu'aucune mesure n'ait été prise pour bien saisir les particularités propres à l'échantillon. Toutefois, il semble important de souligner la nécessité d'impliquer la population cible dans le développement des services afin, entre autres, de tenir compte de ses besoins en fonction de sa trajectoire de vie. En ce sens, les approches participatives semblent, encore une fois, pertinentes pour tenir compte des particularités des personnes à qui l'intervention s'adresse (Flicker *et al.*, 2009; Otis *et al.*, 2015).

Nous avons mentionné que les études retenues dans la présente revue systématique sont très hétérogènes en termes méthodologiques ainsi que quant à leur niveau de preuve. Nous avons tenu compte de cette hétérogénéité au moment de l'analyse des données et avons décrit de façon transparente notre démarche d'analyse. Nous devons toutefois rappeler que les résultats de la présente revue doivent être pris comme un élément de réflexion concernant les effets de services *wet*. Plus d'études évaluatives avec des devis expérimentaux seraient nécessaires pour documenter l'impact de services de type *wet* à long terme. Pour y parvenir, la faisabilité d'implanter de tels services dans différents contextes doit être étudiée et l'implantation de ceux-ci doit être favorisée par les acteurs concernés.

## 5 CONCLUSION ET CONSTATS

L'état actuel de la littérature nous permet d'affirmer que les services de type *wet* constituent une avenue prometteuse pour rejoindre les personnes en situation d'itinérance visible (PESI) qui n'utilisent pas les ressources existantes ou qui en sont exclues en raison de leur consommation d'alcool et pour améliorer, de façon générale, leur état de santé et diminuer les contacts avec le système policier et judiciaire, et avec le système de santé traditionnel. Ainsi, il est possible de conclure que les services de type *wet* peuvent être implantés à Montréal, et que la collaboration et le partenariat entre acteurs de différents milieux sont des clés du succès de l'implantation. Quant à la modalité de service *wet* la plus appropriée pour le

contexte montréalais, une étude de faisabilité pourra nous offrir des pistes fiables afin d'implanter un ou des services ayant une modalité favorisant la pérennité.

Nous avons constaté que les services de type *wet* se concentrent principalement au Canada et au Royaume-Uni, et qu'une expertise a été développée en Ontario et en Colombie-Britannique, notamment en ce qui concerne les programmes de gestion de l'alcool (PGA). Il s'agit donc d'un contexte similaire au nôtre, ce qui dénote la faisabilité d'implanter de tels services à Montréal. De plus, étant donné la proximité (notamment avec l'Ontario), le transfert d'expertises et d'expériences peut être relativement simple.

Bien que les documents consultés n'aient pas abordé le sujet du possible transfert de clientèle d'un service pour PESI vers un autre, il s'agit d'un élément sur lequel les parties prenantes impliquées dans le développement d'un service *wet* à Montréal devraient se pencher.

Compte tenu de la diversité de services qui incluent un volet *wet*, soit en permettant l'admission de personnes ayant consommé de l'alcool, soit en permettant la consommation à l'intérieur de leurs locaux (avec ou sans PGA), nous pouvons émettre les constats suivants:

- La littérature n'est pas abondante et plus d'études semblent nécessaires afin de déterminer : 1) la faisabilité d'implanter des services de type *wet* dans les ressources susceptibles d'intervenir auprès des PESI consommant de l'alcool; 2) les besoins des PESI en matière de services de type *wet*; 3) les besoins des organisations leur permettant d'implanter des services de type *wet*; 4) la perception sociale concernant les services de type *wet*; 5) le type de service *wet* le plus approprié au contexte local.
- Afin de compter sur des données probantes, des processus rigoureux d'évaluation d'implantation ainsi que d'évaluation d'impact devraient être prévus dès le départ.
- Il semble pertinent que les services *wet* offrent également d'autres interventions aux PESI en fonction de leurs besoins et des missions des organisations qui offrent les services (par exemple : services de recherche d'emploi ou d'aide pour les documents administratifs).

Compte tenu des multiples problématiques des PESI et de leurs difficultés à accéder à des services, nous constatons :

- La pertinence d'implanter des services *wet* dans des organisations existantes œuvrant auprès des PESI ou dans des thématiques connexes (par exemple : Centre de réadaptation en dépendance).
- L'importance des partenariats entre différentes organisations susceptibles d'offrir des services aux PESI, dans une perspective de prise en charge globale.
- La nécessité que ces partenariats facilitent l'échange des professionnels afin d'offrir des services variés dans les futures ressources de type *wet*.

Compte tenu des enjeux et des défis associés au développement et à l'implantation de services de type *wet*, nous constatons l'importance des enjeux suivants:

- L'implication de l'ensemble des parties prenantes œuvrant auprès des PESI dès le début du processus de développement de services de type *wet*.
- La mise en place des règles de fonctionnement des services de type *wet*, élaborées en collaboration avec la population cible et leur flexibilité.
- La sécurité des utilisateurs de services et des professionnels, tout comme l'infrastructure et la disposition des lieux.
- L'implication des ordres et regroupements professionnels dans le processus de développement de services de type *wet* afin de tenir compte des enjeux associés aux pratiques professionnelles dans le cadre de ces services.
- L'information et la sensibilisation des élus locaux afin de faciliter l'intégration des services dans leur environnement.
- La mise en place d'un plan de communication afin d'informer convenablement la population à propos des services *wet* et de favoriser ainsi une meilleure intégration de ces services dans la communauté.

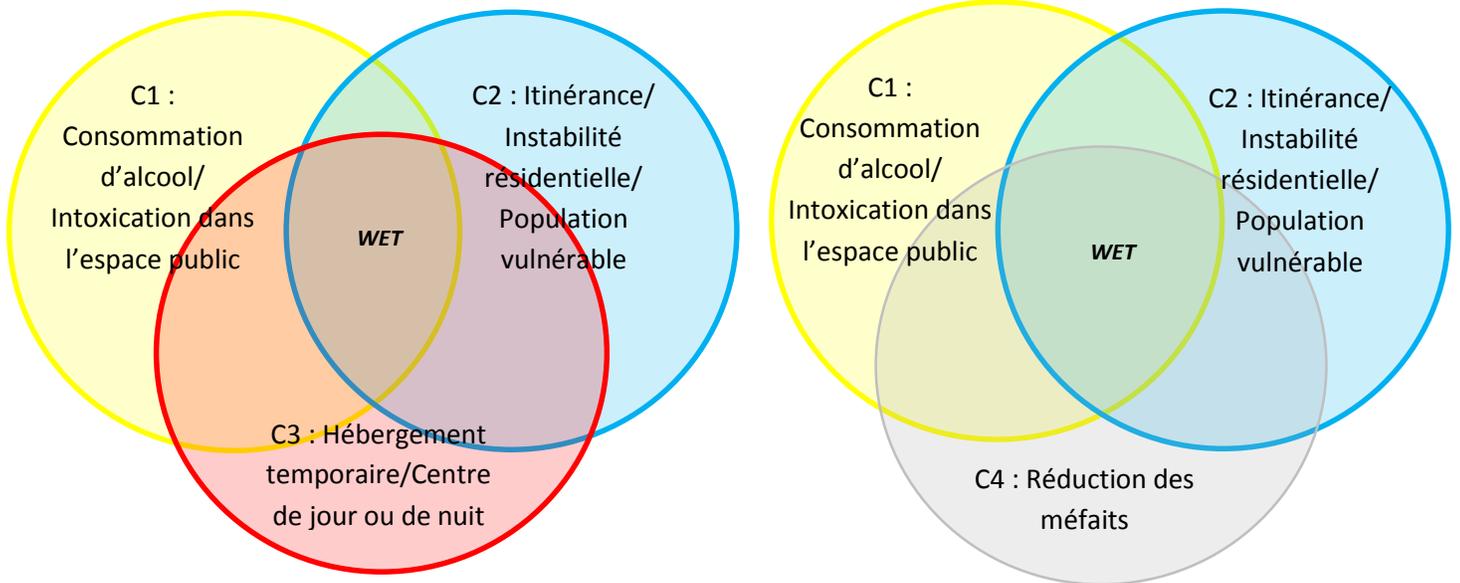
Compte tenu des difficultés à embaucher et retenir des professionnels dans les services de type *wet*, nous constatons :

- L'importance de développer des formations (à l'implantation et de façon continue) pour les professionnels œuvrant dans des services de type *wet*.
- La nécessité de mettre en place des programmes de supervision clinique afin de permettre aux professionnels travaillant dans des services *wet* de partager les défis et les difficultés qu'ils vivent.

Compte tenu des différentes trajectoires de vie des PESI fréquentant les services de type *wet*, nous constatons :

- La pertinence que des activités de sensibilisation aux différentes réalités des PESI se fassent de façon périodique aux employés et aux utilisateurs de services.
- La nécessité que les PESI soient orientées vers les services les plus appropriés en fonction de leurs trajectoires de vie. Ces orientations seraient facilitées par les partenariats établis.

**ANNEXE A : Stratégie de recherche d'information**  
**Mots clés et équations de recherche**  
 Concepts



**Figure 1 : Concepts pour la recherche dans des références pertinentes**

Concepts	Mots clés	Séquences
<b>C1 :</b> Consommation/ Intoxication dans l'espace public/ comorbidité	1) alcohol adj2 (abus* OR addict* OR consumption OR dependen* OR disorder* OR misus* OR problem* OR use*) 2) alcoholic* 3) alcoholism 4) drink* 5) drunk* 6) public intoxicat* 7) chronic public inebriate* 8) withdrawal 9) (AOD OR drug* OR substance*) adj2 (abus* OR addict* OR consumption OR	(alcohol adj2 (abus* OR addict* OR consumption OR dependen* OR disorder* OR misus* OR problem* OR use*) OR alcoholic* OR alcoholism OR drink* OR drunk* OR public intoxicat* OR chronic public inebriate* OR withdrawal OR ((AOD OR drug* OR substance*) adj2 (abus* OR addict* OR consumption OR dependen* OR disorder* OR misus* OR problem* OR use*) OR SUD OR concurrent disorder* OR co-occurr* disorder* OR dual disorder* OR dual diagnosis).ti,ab.

dependen\* OR disorder\* OR  
misus\* OR problem\* OR use\*)

10) SUD

11) (concurrent disorder\* OR co-  
occurr\* disorder\* OR dual  
disorder\* OR dual diagnosis)

**12) 1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6  
OR 7 OR 8 OR 9 OR 10 OR 11**

---

<b>C2 :</b> Itinérance/ Instabilité résidentielle/ Population vulnérable	13) at-risk of homelessness 14) couch surf* 15) HDD 16) homeless 17) homelessness 18) hous* instab* 19) hous* unstab* 20) houseless 21) unstab* hous* 22) low income* 23) marginally housed 24) fix* abode 25) on the streets 26) precariously housed 27) provisionally accommodated 28) roofless 29) rough sleep* 30) street adj (people OR youth) 31) street-involved 32) unsheltered 33) without a home <b>34) 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33</b>	(at-risk of homelessness OR couch surf* OR HDD OR homeless OR homelessness OR hous* instab* OR hous* unstab* OR houseless OR unstab* hous* OR low income* OR marginally housed OR fix* abode OR on the streets OR precariously housed OR provisionally accommodated OR roofless OR rough sleep* OR (street adj (people OR youth) OR street-involved OR unsheltered OR without a home).ti,ab.
<b>C3 :</b> Hébergement temporaire	35) (drop-in OR day OR sober* OR housing sobriety) adj1 (center* OR centre*) 36) accommodation* adj1 (emergency OR supervised OR supported OR supportive)	(drop-in OR day OR sober* OR housing sobriety) adj1 (center* OR centre*) OR (accommodation* adj1 (emergency OR supervised OR supported OR supportive)) OR (facilit* adj1 (emergency OR supervised OR supported OR supportive) OR hostel* OR hous* adj1 (emergency OR

---

- 37) facilit\* adj1 (emergency OR supervised OR supported OR supportive) OR housing OR (residential adj1 (facilit\* OR accommodation\*)) OR shelter\* OR (transitional adj1 (hous\* OR facilit\* OR accommodation\*)) OR rehab\* adj (house or home or facilit\*).ti,ab.
- 38) hostel\*
- 39) hous\* adj1 (emergency OR supervised OR supported OR supportive)
- 40) housing
- 41) residential adj1 (facilit\* OR accommodation\*)
- 42) shelter\*
- 43) transitional adj1 (hous\* OR facilit\* OR accommodation\*)
- 44) rehab\* adj (house or home or facilit\*)
- 45) **35 OR 36 OR 37 OR 38 OR 39 OR 40 OR 41 OR 42 OR 43 OR 44**

---

**C4 : Wet shelter**

- 46) managed alcohol adj (administration OR program\*) ((managed alcohol adj (administration OR program\*)) OR wet-shelter\* OR ((wet or damp) adj2 (hostel\* OR hous\* OR shelter\* OR cent\* OR home\* OR clinic\*)) OR ((low barrier OR low threshold) adj1 (hous\* OR accommodation OR facilit\*))).ti,ab.
- 47) wet-shelter\*
- 48) (wet or damp) adj2 (hostel\* OR hous\* OR shelter\* OR cent\* OR home\* OR clinic\*)
- 49) (low barrier OR low threshold) adj1 (hous\* OR accommodation OR facilit\*)
- 50) harm adj (reduction or minimization) OR non abstinence based**
- 51) 46 OR 47 OR 48 OR 49**

---

**Équation finale**

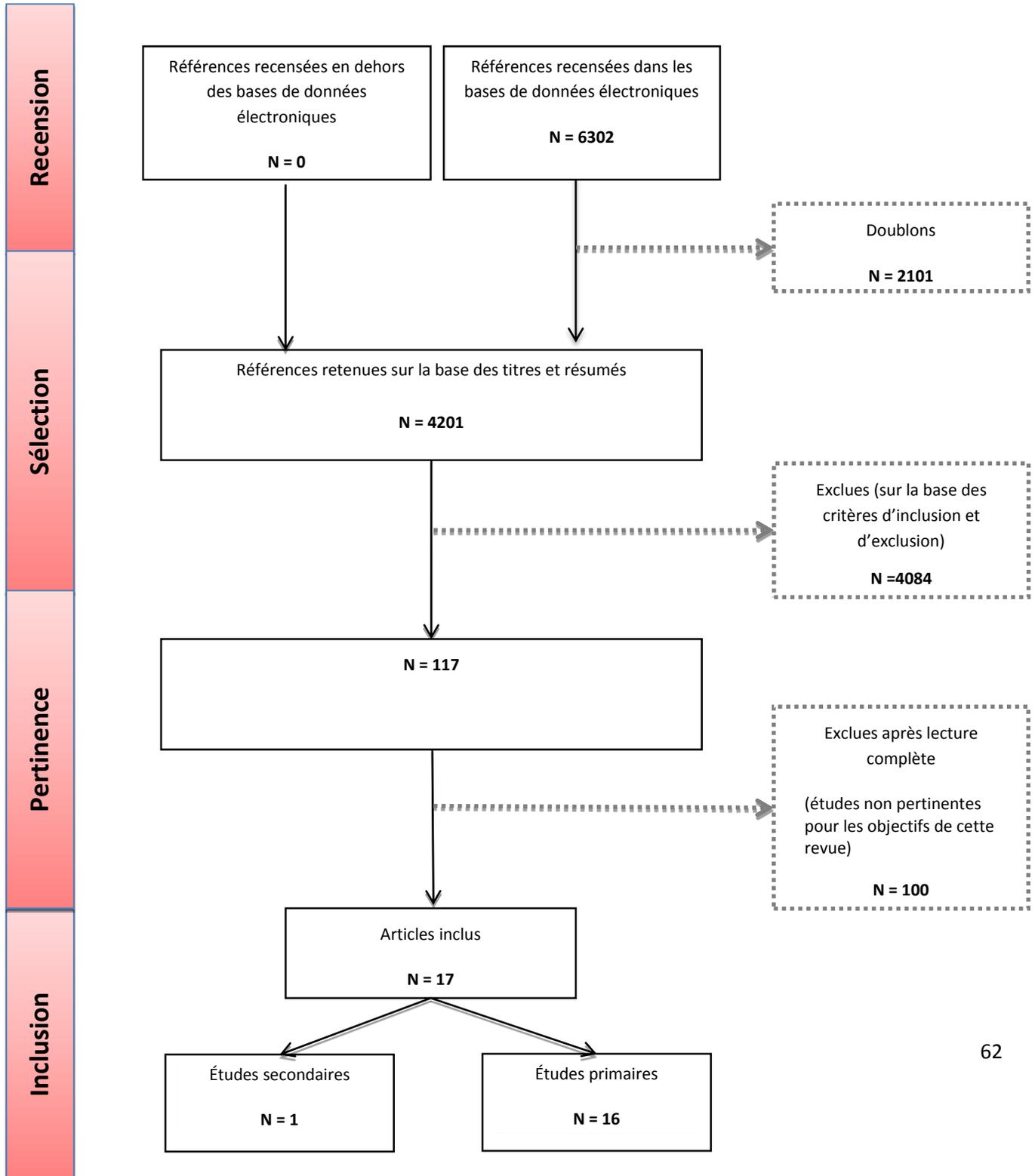
- 52) (12 AND 34 AND 45) OR (12 AND 34 AND 50) OR 51 (C1 AND C2 AND C3) OR C4 OR (C1 AND C2 AND (Harm adj (reduction or minimization) OR non abstinence based).ti,ab.
- 

En vue de compléter la liste des références repérées dans les bases de données électroniques et issues du contact avec les experts, un examen de la liste des références des études pertinentes déjà repérées a été effectué.

Le moteur de recherche Google a été exploré pour retracer toute littérature grise pertinente. Nous avons mis un accent particulier sur les sites des organisations gouvernementales et non gouvernementales nationales et internationales qui pourraient s'intéresser à l'itinérance. Par exemple :

- 1) Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) ([www.cadth.ca/fr](http://www.cadth.ca/fr))
- 2) Canadian Alliance to End Homelessness (CAEH) (<http://caeh.ca>)
- 3) Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales et les discriminations (CREMIS) ([www.cremis.ca](http://www.cremis.ca))
- 4) Centre for Addiction and Mental Health / Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) ([www.camh.ca/fr/hospital/Pages/Home.aspx](http://www.camh.ca/fr/hospital/Pages/Home.aspx))
- 5) Centre for Addictions Research BC (CARBC) ([www.uvic.ca/research/centres/carbc](http://www.uvic.ca/research/centres/carbc))
- 6) Community Action Group on Homelessness ([www.crmhaa.ca/c-a-g-h](http://www.crmhaa.ca/c-a-g-h); [www.cagh.ca](http://www.cagh.ca); [www.roadhomefredericton.com](http://www.roadhomefredericton.com))
- 7) Europresse (<http://nouveau.europresse.com/WebPages/Sources/SourceSearch.aspx?lang=fr>)
- 8) Faculty of social sciences, McMaster Community Poverty Initiative (MCPI) (<http://intraspec.ca/povertyCanada.php>)
- 9) Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri (FEANTSA) ([www.feantsa.org/fr](http://www.feantsa.org/fr))
- 10) Fred Victor ([www.fredvictor.org](http://www.fredvictor.org))
- 11) Here to Help ([www.heretohelp.bc.ca](http://www.heretohelp.bc.ca))
- 12) Homeless Hub (<http://homelesshub.ca>)
- 13) Maison L'Exode ([www.maison-exode.org](http://www.maison-exode.org))
- 14) National Alliance to End Homelessness ([www.endhomelessness.org](http://www.endhomelessness.org))
- 15) National Center for Biotechnology Information (NCBI) ([www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov))
- 16) National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), site offrant des guides de pratiques et des normes de qualité de soins en santé et services sociaux ([www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk))
- 17) Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) (<http://emcdda.europa.eu>)
- 18) Rand Corporation ([www.rand.org](http://www.rand.org))
- 19) Region of Waterloo Social Services ([www.regionofwaterloo.ca/en/community-services.aspx](http://www.regionofwaterloo.ca/en/community-services.aspx))
- 20) Rond-point de l'itinérance (<http://rondpointdelitinerance.ca>)
- 21) Social Care Institute for Excellence (SCIE), site offrant une foule de ressources visant l'amélioration de la prestation de service en services sociaux, dont des guides de pratiques, des exemples de pratiques exemplaires et des outils d'autoévaluation ([www.scie.org.uk/Index.aspx](http://www.scie.org.uk/Index.aspx))
- 22) Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) ([www.samhsa.gov](http://www.samhsa.gov))
- 23) The Canadian Centre on Substance Abuse / Le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances ([www.cclt.ca/Pages/default.aspx](http://www.cclt.ca/Pages/default.aspx))
- 24) The Ontario HIV Treatment Network (OHTN) ([www.ohtn.on.ca](http://www.ohtn.on.ca))
- 25) Vancouver Coastal Health (VCH) ([www.vch.ca](http://www.vch.ca))
- 26) Wellesley Institute (Toronto) ([www.wellesleyinstitute.com](http://www.wellesleyinstitute.com))

**ANNEXE B : Sélection des études**  
**Figure 2 : Diagramme de flux**



## Mots clés utilisés dans chaque base de données

### 1. Medline, Embase, The Cochrane Library (Via OVID Sp)

((alcohol adj2 (abus\* OR addict\* OR consumption OR dependen\* OR disorder\* OR misus\* OR problem\* OR use\*) OR alcoholic\* OR alcoholism OR drink\* OR drunk\* OR « public intoxicat\* » OR « chronic public inebriate\* » OR withdrawal OR ((« AOD » OR drug\* OR substance\*) adj2 (abus\* OR addict\* OR consumption OR dependen\* OR disorder\* OR misus\* OR problem\* OR use\*)) OR « SUD » OR « concurrent disorder\* » OR « co-occurr\* disorder\* » OR « dual disorder\* » OR « dual diagnosis ») AND (« at-risk of homelessness » OR « couch surf\* » OR « HDD » OR homeless OR homelessness OR « hous\* instab\* » OR « hous\* unstab\* » OR houseless OR « unstab\* hous\* » OR « low income\* » OR « marginally housed » OR « fix\* abode » OR « on the streets » OR « precariously housed » OR « provisionally accommodated » OR roofless OR « rough sleep\* » OR (street adj (people OR youth)) OR « street-involved » OR unsheltered OR « without a home ») AND (((drop-in OR day OR sober\* OR « housing sobriety ») adj1 (center\* OR centre\*)) OR (accommodation\* adj1 (emergency OR supervised OR supported OR supportive)) OR (facilit\* adj1 (emergency OR supervised OR supported OR supportive)) OR hostel\* OR hous\* adj1 (emergency OR supervised OR supported OR supportive) OR housing OR (residential adj1 (facilit\* OR accommodation\*)) OR shelter\* OR (transitional adj1 (hous\* OR facilit\* OR accommodation\*)))) OR ((« managed alcohol » adj (administration OR program\*)) OR « wet-shelter\* » OR ((wet or damp) adj1 (hostel\* OR hous\* OR shelter\* OR cent\* OR home\* OR clinic\*)) OR ((« low barrier » OR « low threshold ») adj1 (hous\* OR accommodation OR facilit\*))) OR ((alcohol adj2 (abus\* OR addict\* OR consumption OR dependen\* OR disorder\* OR misus\* OR problem\* OR use\*) OR alcoholic\* OR alcoholism OR drink\* OR drunk\* OR « public intoxicat\* » OR « chronic public inebriate\* » OR withdrawal OR ((« AOD » OR drug\* OR substance\*) adj2 (abus\* OR addict\* OR consumption OR dependen\* OR disorder\* OR misus\* OR problem\* OR use\*)) OR « SUD » OR « concurrent disorder\* » OR « co-occurr\* disorder\* » OR « dual disorder\* » OR « dual diagnosis ») AND (« at-risk of homelessness » OR « couch surf\* » OR « HDD » OR homeless OR homelessness OR « hous\* instab\* » OR « hous\* unstab\* » OR houseless OR « unstab\* hous\* » OR « low income\* » OR « marginally housed » OR « fix\* abode » OR « on the streets » OR « precariously housed » OR « provisionally accommodated » OR roofless OR « rough sleep\* » OR (street adj (people OR youth)) OR « street-involved » OR unsheltered OR « without a home ») AND (« Harm reduction » or « harm minimization » or « non abstinence based »))

### 2. Social Work Abstracts, CINHALL (Via EBSCO)

((alcohol (abus\* OR addict\* OR consumption OR dependen\* OR disorder\* OR misus\* OR problem\* OR use\*) OR alcoholic\* OR alcoholism OR drink\* OR drunk\* OR « public intoxicat\* » OR « chronic public inebriate\* » OR withdrawal OR ((« AOD » OR drug\* OR substance\*) (abus\* OR addict\* OR consumption OR dependen\* OR disorder\* OR misus\* OR problem\* OR use\*)) OR « SUD » OR « concurrent disorder\* » OR « co-occurr\* disorder\* » OR « dual disorder\* » OR « dual diagnosis ») AND (« at-risk of homelessness » OR « couch surf\* » OR « HDD » OR homeless OR homelessness OR « hous\* instab\* » OR « hous\* unstab\* » OR houseless OR « unstab\* hous\* » OR « low income\* » OR « marginally housed » OR « fix\* abode » OR « on the streets » OR « precariously housed » OR « provisionally accommodated » OR

roofless OR « rough sleep\* » OR (street (people OR youth)) OR « street-involved » OR unsheltered OR « without a home ») AND (((drop-in OR day OR sober\* OR « housing sobriety ») (center\* OR centre\*)) OR (accommodation\*(emergency OR supervised OR supported OR supportive)) OR (facilit\* (emergency OR supervised OR supported OR supportive)) OR hostel\* OR hous\* (emergency OR supervised OR supported OR supportive) OR housing OR (residential (facilit\* OR accommodation\*)) OR shelter\* OR (transitional (hous\* OR facilit\* OR accommodation\*))) OR « managed alcohol » (administration OR program\*)) OR « wet-shelter\* » OR ((wet or damp) (hostel\* OR hous\* OR shelter\* OR cent\* OR home\* OR clinic\*)) OR ((« low barrier » OR « low threshold ») (hous\* OR accommodation OR facilit\*)) OR ((alcohol (abus\* OR addict\* OR consumption OR dependen\* OR disorder\* OR misus\* OR problem\* OR use\*) OR alcoholic\* OR alcoholism OR drink\* OR drunk\* OR « public intoxicat\* » OR « chronic public inebriate\* » OR withdrawal OR ((« AOD » OR drug\* OR substance\*) (abus\* OR addict\* OR consumption OR dependen\* OR disorder\* OR misus\* OR problem\* OR use\*)) OR « SUD » OR « concurrent disorder\* » OR « co-occurr\* disorder\* » OR « dual disorder\* » OR « dual diagnosis ») AND (« at-risk of homelessness » OR « couch surf\* » OR « HDD » OR homeless OR homelessness OR « hous\* instab\* » OR « hous\* unstab\* » OR houseless OR « unstab\* hous\* » OR « low income\* » OR « marginally housed » OR « fix\* abode » OR « on the streets » OR « precariously housed » OR « provisionally accommodated » OR roofless OR « rough sleep\* » OR (street (people OR youth)) OR « street-involved » OR unsheltered OR « without a home ») AND (« Harm reduction » or « harm minimization » or « non abstinence based »))

### 3. Sociological Abstracts (Via ProQuest)

((alcohol N/2 (abus\* OR addict\* OR consumption OR dependen\* OR disorder\* OR misus\* OR problem\* OR use\*) OR alcoholic\* OR alcoholism OR drink\* OR drunk\* OR « public intoxicat\* » OR « chronic public inebriate\* » OR withdrawal OR ((« AOD » OR drug\* OR substance\*) N/2 (abus\* OR addict\* OR consumption OR dependen\* OR disorder\* OR misus\* OR problem\* OR use\*)) OR « SUD » OR « concurrent disorder\* » OR « co-occurr\* disorder\* » OR « dual disorder\* » OR « dual diagnosis ») AND (« at-risk of homelessness » OR « couch surf\* » OR « HDD » OR homeless OR homelessness OR « hous\* instab\* » OR « hous\* unstab\* » OR houseless OR « unstab\* hous\* » OR « low income\* » OR « marginally housed » OR « fix\* abode » OR « on the streets » OR « precariously housed » OR « provisionally accommodated » OR roofless OR « rough sleep\* » OR (street N/0 (people OR youth)) OR « street-involved » OR unsheltered OR « without a home ») AND (((drop-in OR day OR sober\* OR « housing sobriety ») N/1 (center\* OR centre\*)) OR (accommodation\* N/1 (emergency OR supervised OR supported OR supportive)) OR (facilit\* N/1 (emergency OR supervised OR supported OR supportive)) OR hostel\* OR hous\* N/1 (emergency OR supervised OR supported OR supportive) OR housing OR (residential N/1 (facilit\* OR accommodation\*)) OR shelter\* OR (transitional N/1 (hous\* OR facilit\* OR accommodation\*))) OR « managed alcohol » N/0 (administration OR program\*)) OR « wet-shelter\* » OR ((wet or damp) N/1 (hostel\* OR hous\* OR shelter\* OR cent\* OR home\* OR clinic\*)) OR ((« low barrier » OR « low threshold ») N/1 (hous\* OR accommodation OR facilit\*)) OR ((alcohol N/2 (abus\* OR addict\* OR consumption OR dependen\* OR disorder\* OR misus\* OR problem\* OR use\*) OR alcoholic\* OR alcoholism OR drink\* OR drunk\* OR « public intoxicat\* » OR « chronic public inebriate\* » OR withdrawal OR ((« AOD » OR drug\* OR substance\*) N/2 (abus\* OR addict\* OR consumption OR dependen\* OR disorder\* OR misus\* OR problem\* OR use\*)) OR « SUD » OR « concurrent disorder\* » OR « co-occurr\* disorder\* » OR « dual disorder\* » OR « dual diagnosis ») AND (« at-risk of homelessness »

OR « couch surf\* » OR « HDD » OR homeless OR homelessness OR « hous\* instab\* » OR « hous\* unstab\* » OR houseless OR « unstab\* hous\* » OR « low income\* » OR « marginally housed » OR « fix\* abode » OR « on the streets » OR « precariously housed » OR « provisionally accommodated » OR roofless OR « rough sleep\* » OR (street N/O (people OR youth)) OR « street-involved » OR unsheltered OR « without a home ») AND (« Harm reduction » OR « harm minimization » OR « non abstinence based »))

#### 4. Web of Sciences

((alcohol NEAR/2 (abus\* OR addict\* OR consumption OR dependen\* OR disorder\* OR misus\* OR problem\* OR use\*) OR alcoholic\* OR alcoholism OR drink\* OR drunk\* OR public intoxicat\* OR chronic public inebriate\* OR withdrawal OR ((AOD OR drug\* OR substance\*) NEAR/2 (abus\* OR addict\* OR consumption OR dependen\* OR disorder\* OR misus\* OR problem\* OR use\*)) OR SUD OR concurrent disorder\* OR co-occurr\* disorder\* OR dual disorder\* OR dual diagnosis) AND (at-risk of homelessness OR couch surf\* OR HDD OR homeless OR homelessness OR hous\* instab\* OR hous\* unstab\* OR houseless OR unstab\* hous\* OR low income\* OR marginally housed OR fix\* abode OR on the streets OR precariously housed OR provisionally accommodated OR roofless OR rough sleep\* OR « street people » OR « street youth » OR street-involved OR unsheltered OR without a home) AND (((center\*) N/1 (drop-in OR day OR sober\* OR housing sobriety)) OR ((centre\*) N/1 (drop-in OR day OR sober\* OR housing sobriety)) OR ((accommodation\*) N/1 (emergency OR supervised OR supported OR supportive)) OR ((facilit\*) N/1 (emergency OR supervised OR supported OR supportive)) OR hostel\* OR ((hous\*) N/1 (emergency OR supervised OR supported OR supportive)) OR (housing) OR ((residential) N/1 (facilit\* OR accommodation\*)) OR shelter\* OR ((transitional) N/1 (hous\* OR facilit\* OR accommodation\*)))) OR (((managed alcohol administration OR managed alcohol program\*) OR wet-shelter\* OR ((wet or damp) « NEAR/2 » (hostel\* OR hous\* OR shelter\* OR cent\* OR home\* OR clinic\*)) OR ((low barrier OR low threshold) « NEAR/1 » (hous\* OR accommodation OR facilit\*)))) OR ((alcohol NEAR/2 (abus\* OR addict\* OR consumption OR dependen\* OR disorder\* OR misus\* OR problem\* OR use\*) OR alcoholic\* OR alcoholism OR drink\* OR drunk\* OR public intoxicat\* OR chronic public inebriate\* OR withdrawal OR ((AOD OR drug\* OR substance\*) NEAR/2 (abus\* OR addict\* OR consumption OR dependen\* OR disorder\* OR misus\* OR problem\* OR use\*)) OR SUD OR concurrent disorder\* OR co-occurr\* disorder\* OR dual disorder\* OR dual diagnosis) AND ((at-risk of homelessness OR couch surf\* OR HDD OR homeless OR homelessness OR hous\* instab\* OR hous\* unstab\* OR houseless OR unstab\* hous\* OR low income\* OR marginally housed OR fix\* abode OR on the streets OR precariously housed OR provisionally accommodated OR roofless OR rough sleep\* OR « street people » OR « street youth » OR street-involved OR unsheltered OR without a home) AND (((« harm minimization ») OR (« harm reduction ») OR (non abstinence based))))))

#### 5. PsycINFO (APA)

((alcohol NEAR/2 (abus\* OR addict\* OR consumption OR dependen\* OR disorder\* OR misus\* OR problem\* OR use\*) OR alcoholic\* OR alcoholism OR drink\* OR drunk\* OR public intoxicat\* OR chronic public inebriate\* OR withdrawal OR ((AOD OR drug\* OR substance\*) NEAR/2 (abus\* OR addict\* OR consumption OR dependen\* OR disorder\* OR misus\* OR problem\* OR use\*)) OR SUD OR concurrent disorder\* OR co-occurr\* disorder\* OR dual disorder\* OR dual diagnosis) AND (at-risk of homelessness

OR couch surf\* OR HDD OR homeless OR homelessness OR hous\* instab\* OR hous\* unstab\* OR houseless OR unstab\* hous\* OR low income\* OR marginally housed OR fix\* abode OR on the streets OR precariously housed OR provisionally accommodated OR roofless OR rough sleep\* OR « street people » OR « street youth » OR street-involved OR unsheltered OR without a home) AND ((drop-in OR day OR sober\* OR housing sobriety) NEAR/1 (center\* OR centre\*)) OR (accommodation\* NEAR/1 (emergency OR supervised OR supported OR supportive)) OR (facilit\* NEAR/1 (emergency OR supervised OR supported OR supportive)) OR hostel\* OR hous\* NEAR/1 (emergency OR supervised OR supported OR supportive) OR housing OR (residential NEAR/1 (facilit\* OR accommodation\*)) OR shelter\* OR (transitional NEAR/1 (hous\* OR facilit\* OR accommodation\*))) OR ((alcohol NEAR/2 (abus\* OR addict\* OR consumption OR dependen\* OR disorder\* OR misus\* OR problem\* OR use\*) OR alcoholic\* OR alcoholism OR drink\* OR drunk\* OR public intoxicat\* OR chronic public inebriate\* OR withdrawal OR ((AOD OR drug\* OR substance\*) NEAR/2 (abus\* OR addict\* OR consumption OR dependen\* OR disorder\* OR misus\* OR problem\* OR use\*)) OR SUD OR concurrent disorder\* OR co-occurr\* disorder\* OR dual disorder\* OR dual diagnosis) AND (at-risk of homelessness OR couch surf\* OR HDD OR homeless OR homelessness OR hous\* instab\* OR hous\* unstab\* OR houseless OR unstab\* hous\* OR low income\* OR marginally housed OR fix\* abode OR on the streets OR precariously housed OR provisionally accommodated OR roofless OR rough sleep\* OR « street people » OR « street youth » OR street-involved OR unsheltered OR without a home) AND (« Harm reduction » or « harm minimization » or « non abstinence based »)) OR (« managed alcohol administration ») OR (« managed alcohol program ») OR (« managed alcohol programs ») OR wet-shelter\* OR ((wet or damp) NEAR/2 (hostel\* OR hous\* OR shelter\* OR cent\* OR home\* OR clinic\*)) OR ((low barrier OR low threshold) NEAR/1 (hous\* OR accommodation OR facilit\*))

## 6. SCOPUS

Nous mentionnons ici uniquement les mots clés qui présentaient des résultats.

Mots clés	Nombre de références
« wet shelter »	1
« wet hostel »	3
« managed alcohol programme » or « managed alcohol program »	7
« managed alcohol administration »	1
« public intoxication » and « harm reduction »	1
« public inebriate »	24
« withdrawal » and « homeless* » and « alcohol » and « shelter » and « harm reduction »	8

« harm minimization » and « alcohol* » and « homeless* »	14
« harm minimization » and « public intoxication »	0
« non abstinence based »	4
<b>Total</b>	<b>60</b>

### 7. PASCAL et FRANCIS (CNRS, 1972-2015)

Nous mentionnons uniquement les mots clés qui présentaient des résultats.

<b>Mots clés</b>	<b>Nombre de références</b>
« wet shelter »	1 non pertinente
« wet hostel »	0
« damp shelter »	0
« managed alcohol programme »	0
« managed alcohol administration »	0
« public intoxication » OR « public intoxicated »	7
« public inebriate »	6
« withdrawal » + homeless* + alcohol* + « harm reduction » + shelter	98
« without a home » + « public intoxication » + shelter + program* + center + alcohol*	17
« réduction des méfaits » + « refuge permettant la consommation d'alcool » OU « réduction des méfaits » + « refuge tolérant la consommation d'alcool »	28 non pertinentes
« intoxication en milieu public » + « réduction des méfaits » + « itinérant* »	30
« centre de dégrisement »	0
« refuge où la consommation est autorisée » ou « refuge autorisant la consommation »	0
« harm minimization » AND « alcohol* »	19

« non abstinence based »	1
<b>Total</b>	<b>164</b>

## 8. JSTOR

Nous mentionnons uniquement les mots clés les plus pertinents.

Mots clés	Nombre de références
« wet shelter »	5
« wet hostel »	5
« managed alcohol program* »	1
« managed alcohol administration »	3
« public intoxicat* » and « harm reduction »	0
« public inebriate » and « harm reduction »	1
« withdrawal » and « harm reduction » and « homeless* »	115
« public intoxication » and « harm minimization »	1
« public inebriate » and « harm minimization »	0
« non abstinence based »	2
<b>Total (sans doublons)</b>	<b>127</b>

## 9. Google Scholar

Nous avons uniquement recensé les articles qui paraissaient pertinents sur la base du titre et des premières lignes.

Mots clés (recherche dans le texte et article)	Nombre de références
« wet shelter » AND alcohol	75 (32 retenues)
« wet shelter »	111 (27 retenues)
« wet shelter » « alcohol » « program »	53 (5 retenues)
« wet house » AND alcohol	146 (15 retenues)
« wet hostel » AND alcohol	34 (16 retenues)

« wet hostel »	37 (8 retenues)
« managed alcohol » program	258 (85 retenues)
« managed alcohol » « administration »	185 (20 retenues)
« wet housing » « alcohol »	70 (25 retenues)
« non abstinence based » « alcohol »	115 (15 retenues)
« public intoxication » and « harm reduction » « alcohol » homeless	129 (13 retenues)
« publicly intoxicated » and « harm reduction » « alcohol »	14 (4 retenues)
« public inebriate » and « harm reduction » « alcohol »	26 (7 retenues)
« wet day centre »	11 (4 retenues)
<b>Total de références retenues (sans doublons)</b>	<b>194</b>

## 10. Érudit

<b>Mots clés (recherche titre et résumé)</b>	<b>Nombre de références</b>
Réduction des méfaits ET alcool ET public	1 non pertinente
Accueil à bas seuil	2 (1 pertinente)
Toxicomanie ET réduction des méfaits	96 (1 pertinente)
Toxicomanie ET réduction des risques	94 (1 pertinente)
« Centre de dégrisement » ET alcool	0
Tolérance ET consommation d'alcool	2 non pertinentes
Bas seuil d'exigence	1 non pertinente
Réduction des méfaits ET alcool	1 non pertinente
Réduction des risques ET alcool	4 non pertinentes
Consommation ET alcool ET espace public	19 non pertinentes
Consommation contrôlée ET alcool	4 non pertinentes

---

<b>Total de références pertinentes (sans doublons)</b>	<b>3</b>
--	----------

---

### 11. CAIRN

---

<b>Mots clés</b>	<b>Nombre de références</b>
Itinérance	17 non pertinentes
Itinérance ET alcool	0
Gestion de l'alcool	0
Réduction des méfaits ET alcool	35 non pertinentes
« Intoxication dans l'espace public »	0
« consommation d'alcool » ET « espace public »	291 non pertinentes
« centre de dégrisement »	0
« consommation d'alcool » ET « espace public » ET « programme »	172 non pertinentes
« consommation d'alcool » ET « espace public » ET itinérance	2 non pertinentes
SDF alcool intoxication dans la rue	3 non pertinentes
SDF refuge alcool	97 non pertinentes
<b>Total de références pertinentes</b>	<b>0</b>

---

**ANNEXE C : Grille d'extraction des données**

Le tableau ci-dessous présente la grille d'extraction des données utilisée dans le cadre de ce travail. Cette grille a été ajustée en fonction des informations contenues dans les articles sélectionnés pour l'extraction des données.

**Tableau 4 : Grille d'extraction des données**

Description de l'article	<ul style="list-style-type: none"><li>• Auteur</li><li>• Date</li><li>• Pays, ville</li><li>• Objectif</li><li>• Méthode</li><li>• Type d'étude</li><li>• Durée de l'étude</li><li>• Dimensions, variables de l'étude</li><li>• Biais de l'étude</li><li>• Conclusion des auteurs</li></ul>
Modèle	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nom du modèle d'intervention</li><li>• Type d'intervention</li><li>• Composantes du modèle d'intervention</li><li>• Objectif du modèle, de l'intervention</li><li>• Population cible</li><li>• Comparateur</li></ul>
Données relatives au fonctionnement	<ul style="list-style-type: none"><li>• Type et taille du personnel</li><li>• Mode de fonctionnement, organisation des équipes</li><li>• Types de relation avec les autres services (niveau d'intégration)</li><li>• Services offerts</li></ul>
Population cible	<ul style="list-style-type: none"><li>• Population cible</li><li>• Taille de l'échantillon</li><li>• Données sociodémographiques (âge, sexe, origine culturelle, niveau socio-économique)</li><li>• Autres données pertinentes</li></ul>
Analyses de données	<ul style="list-style-type: none"><li>• Type d'analyse de données</li><li>• Tests utilisés</li><li>• Variable dépendante</li><li>• Variables contrôlées</li><li>• Variables indépendantes</li></ul>

Résultats (voir PICOTS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avantages et inconvénients du modèle</li> <li>• Facteurs facilitants et entravants</li> <li>• Impact sur les bénéficiaires</li> <li>• Résultats du point de vue clinique et psychosocial</li> <li>- Utilisation des substances</li> <li>- Situation résidentielle</li> <li>- État physique, psychologique et mental, conditions de vie et santé</li> <li>- Judiciarisation et incarcération</li> <li>- Stigmatisation et discrimination</li> <li>- Relations interpersonnelles et soutien social</li> <li>• Impact sur les autres services (utilisation des urgences, police, hôpitaux...)</li> <li>• Impact sur les autres ressources destinées aux personnes en situation d'itinérance</li> <li>• Résultats du point de vue sociogéographique (utilisation des divers types de services, enjeux de cohabitation, impact sur la qualité de vie dans le quartier)</li> <li>• Points de vue des personnes concernées</li> </ul>
Autres informations pertinentes	

**ANNEXE D : Grille d'évaluation de la qualité méthodologique des études (Appraisal of Guidelines for Reasearch and Evaluation [AGREE])**

<b>Éléments de la grille AGREE II</b>
<b>Domaine 1. Champ et objectifs</b>
1. Le ou les objectifs de la recommandation pour la pratique clinique (RPC) sont décrits explicitement.
2. La ou les questions de santé couvertes par la RPC sont décrites explicitement.
3. La population (patients, public, etc.) à laquelle la RPC doit s'appliquer est décrite explicitement.
<b>Domaine 2. Participation des groupes concernés</b>
4. Le groupe ayant élaboré la RPC inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés.
5. Les opinions et les préférences de la population cible (patients, public, etc.) ont été identifiées.
6. Les utilisateurs cibles de la RPC sont clairement définis.
<b>Domaine 3. Rigueur d'élaboration de la RPC</b>
7. Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques.
8. Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits.
9. Les forces et les limites des preuves scientifiques sont clairement définies.
10. Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites.
11. Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en termes de santé ont été pris en considération dans la formulation des recommandations.
12. Il y a un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent.
13. La RPC a été revue par des experts externes avant sa publication.
14. Une procédure d'actualisation de la RPC est décrite.

<b>Domaine 4. Clarté et présentation</b>
15. Les recommandations sont précises et sans ambiguïté.
16. Les différentes options de prise en charge de l'état ou du problème de santé sont clairement présentées.
17. Les recommandations clés sont facilement identifiables.
<b>Domaine 5. Applicabilité</b>
18. La RPC décrit les éléments facilitant son application et les obstacles.
19. La RPC offre des conseils et/ou des outils sur les façons de mettre les recommandations en pratique.
20. Les répercussions potentielles sur les ressources de l'application des recommandations ont été examinées.
21. La RPC propose des critères de suivi et de vérification.
<b>Domaine 6. Indépendance éditoriale</b>
22. Le point de vue des organismes de financement n'a pas influencé le contenu de la RPC.
23. Les intérêts divergents des membres du groupe ayant élaboré la RPC ont été pris en charge et documentés.

Source : Tiré et adapté de [www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE\\_II\\_French.pdf](http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_French.pdf)

## RÉFÉRENCES

- Aaronson, D. E., *et al.* (1977). « Policing public inebriates in decriminalized cities: A summary of methods and findings. » *Contemporary Drug Problems*, 6(4) : 607-627.
- Annis, H. M. (1979). « The detoxication alternative to the handling of public inebriates. The Ontario experience. » *Journal of Studies on Alcohol*, 40(3) : 196-210.
- Aubry, T., *et al.* (2012). « Comparing the Housing Trajectories of Different Classes Within a Diverse Homeless Population. » *American Journal of Community Psychology*, 49(1-2) : 142-155.
- Beaudoin, I. (2016). « Efficacité de l'approche "logement d'abord" : une revue systématique. » *Drogues, santé et société*, 14(2), 43-69.
- Boyd, K. (1980). « The public inebriate: a complex problem. » *A Journal of Emergency Medical Services*, 5(2) : 21-26.
- Brady, M., *et al.* (2006). « The role of a rural sobering-up centre in managing alcohol-related harm to Aboriginal people in South Australia. » *Drug and Alcohol Review*, 25(3) : 201-206.
- Crane, M., et A. M. Warnes (2003). *Wet day centres in the United Kingdom: A research report and manual*. Sheffield Institute for Studies on Ageing, University of Sheffield.
- Drummond, M. F., *et al.* (1987). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford : Oxford University Press.
- Evans, J. (2012). « Supportive measures, enabling restraint: governing homeless "street drinkers" in Hamilton, Canada. » *Social & Cultural Geography*, 13(2) : 185-200.
- Ezard, N., K. Dolan, E. Baldry, L. Burns, C. Day, S. Hodge et T. Mackay (2015). *Feasibility of a Managed Alcohol Program (MAP) for Sydney's homeless*. St Vincent's Hospital Sydney et Foundation for Alcohol Research and Education.
- Flicker, S., *et al.* (2009). « Community-based research in AIDS-service organizations: what helps and what doesn't? » *AIDS Care*, 21(1) : 94-102.
- Gaetz, S., *et al.* (2014). *The State of Homelessness in Canada: 2014*. Toronto : The Homeless Hub Press.
- Gaetz, S., *et al.* (2016). *Without a Home: The National Youth Homelessness Survey*. Toronto : Canadian Observatory on Homelessness Press.
- Glasser, I., et W. H. Zywiak (2003). « Homelessness and substance misuse: A tale of two cities. » *Substance Use & Misuse*, 38(3-6) : 551-576.
- Guyatt, G. H., *et al.* (1994). « Users' Guides to the Medical Literature. II. How to Use an Article About Therapy or Prevention B. What Were the Results and Will They Help Me in Caring for My Patients? » *Journal of the American Medical Association*, 271(1) : 59-63.
- Guyatt, G. H., *et al.* (2008). « GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. » *BMJ*, 336(7649) : 924-926.

- Hammond, M., et al. (2016). *A Cost-Benefit Analysis of a Canadian Managed Alcohol Program*. Victoria, BC : Centre for Addictions Research of British Columbia.
- Herring, R. (1997). « Policy News. » *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 4(2) : 187-191.
- International Harm Reduction Association (2010). *Qu'est-ce que la réduction des méfaits?* Repéré à [https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing\\_What\\_is\\_HR\\_French.pdf](https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_What_is_HR_French.pdf)
- Klingemann, H., et H. Rosenberg (2009). « Acceptance and therapeutic practice of controlled drinking as an outcome goal by Swiss alcohol treatment programmes. » *European Addiction Research*, 15(3) : 121-127.
- Kraus, D., et al. (2006). *Homelessness, housing, and harm reduction: stable housing for homeless people with substance use issues*. Canada Mortgage and Housing Corporation.
- Latimer, E., et al. (2015). *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance à Montréal le 24 mars 2015*. Repéré à [https://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/D\\_SOCIAL\\_FR/MEDIA/DOCUMENTS/RAPPORT\\_DENOMBREMENT\\_PERSONNES\\_SITUATION\\_ITINERANCE.PDF](https://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/D_SOCIAL_FR/MEDIA/DOCUMENTS/RAPPORT_DENOMBREMENT_PERSONNES_SITUATION_ITINERANCE.PDF)
- Latimer, E., et al. (2017). « Costs of services for homeless people with mental illness in 5 Canadian cities: a large prospective follow-up study. » *CMAJ Open*, 5(3) : E756-E758.
- Lee, H. S., et S. R. Petersen (2009). « Demarginalizing the marginalized in substance abuse treatment: Stories of homeless, active substance users in an urban harm reduction based drop-in center. » *Addiction Research & Theory*, 17(6) : 622-636.
- Lévesque, B., et M. Mendell (1999). « L'économie sociale au Québec : éléments théoriques et empiriques pour le débat et la recherche. » *Lien social et Politiques*, 41(printemps) : 105-118.
- Lincoln, A., et al. (2009a). « The BMC ACCESS Project: The Development of a Medically Enhanced Safe Haven Shelter. » *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 36(4) : 478-491.
- Lincoln, A. K., et al. (2009b). « Coming In: An Examination of People With Co-Occurring Substance Use and Serious Mental Illness Exiting Chronic Homelessness. » *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(2) : 236-243.
- Majoor, B., et J. Rivera (2003). « SACHR: An example of an integrated, harm reduction drug treatment program. » *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(4) : 257-262.
- Martin, V., J. Renaud et P. Dagenais (2013). *Les normes de production des revues systématiques : Guide méthodologique*. Montréal : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.
- McAll, C., J. Awad, J. Y. Desgagnés, J. Gagné, B. Godrie, N. Keays, M.-C. Plante et N. Stoetzel (2012). *Au-delà du préjugé : trajectoires de vie, pauvreté et santé*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Memmott, P., et D. Nash (2012). *No wrong door? Managing Indigenous homeless clients in Mt Isa*. Institute for Social Science Research, University of Queensland, Brisbane.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2014a). *Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020. Mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2014b). *Politique nationale de lutte à l'itinérance – Ensemble pour éviter la rue et en sortir*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Moher D., *et al.* (2009). « Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. » *PLOS Medicine*, 6(7).
- Muckle, W., *et al.* (2012). « Managed alcohol as a harm reduction intervention for alcohol addiction in populations at high risk for substance abuse. » *Cochrane Database of Systematic Reviews* (12) : 32.
- Orwin, R. G., *et al.* (1999). « Retention of homeless clients in substance abuse treatment: Findings from the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Cooperative Agreement Program. » *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17(1-2) : 45-66.
- Otis, J., *et al.* (2015). *La recherche communautaire VIH/sida. Des savoirs engagés*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Paradis, E. (2016). « Outsiders Within: Claiming Discursive Space at National Homelessness Conferences in Canada. » *Social Inclusion*, 4(4).
- Patrick, C. (2014). *Aboriginal Homelessness in Canada: A Literature Review*. Toronto : Canadian Homelessness Research Network Press.
- Pauly, B., *et al.* (2013). *Towards alcohol harm reduction: preliminary results from an evaluation of a Canadian managed alcohol program*. Victoria, BC : Centre for Addictions Research of British Columbia.
- Pauly, B. B., *et al.* (2016). « Finding safety: a pilot study of managed alcohol program participants' perceptions of housing and quality of life. » *Harm Reduction Journal*, 13(11).
- Pawson, R., *et al.* (2003). *Types and Quality of Knowledge in Social Care*. London : Social Care Institute for Excellence.
- Pinkerton, S. D., *et al.* (2002). « Ethical Issues in Cost-Effectiveness Analysis. » *Evaluation and Program Planning*, 25 : 71-83.
- Podymow, T., *et al.* (2006). « Shelter-based palliative care for the homeless terminally ill. » *Palliative Medicine*, 20(2) : 81-86.
- Popay, J., *et al.* (2006). *Guidance on the Conduct of Narrative Synthesis in Systematic Reviews: Final Report*. Swindon : ESRC Methods Programme.
- Reed, M. (2008). *Wet Shelters: The benefits and risks associated with alcohol-administered homeless shelters. A Scoping review*. Knowledge and Information Services Branch, Office of the Chief Information Officer, Ministry of Labour and Citizens' Services, British Columbia.

- Rousseau, L., et al. (2003). *La mesure du coût d'opportunité des décisions publiques en santé : Étude de faisabilité*. Montréal : Groupe de recherche interdisciplinaire en santé.
- Sadowski, L. S., et al. (2009). « Effect of a Housing and Case Management Program on Emergency Department Visits and Hospitalizations Among Chronically Ill Homeless Adults A Randomized Trial. » *Journal of the American Medical Association*, 301(17) : 1771-1778.
- Santé Montréal (5 décembre 2016). *Mesures hivernales 2016-2017*. Repéré à [www.santemontreal.qc.ca/en/professionnels/actualites/actualites/mesures-hivernales-2016-2017](http://www.santemontreal.qc.ca/en/professionnels/actualites/actualites/mesures-hivernales-2016-2017)
- Santé Québec (2017). *Itinérance* (section Description). Repérée à <http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/itinerance>
- Slesnick, N., et G. Erdem (2012). « Intervention for Homeless, Substance Abusing Mothers: Findings from a Non-Randomized Pilot. » *Behavioral Medicine*, 38(2) : 36-48.
- Stahler, G. J., et al. (1993). « Retention Issues in Treating Homeless Polydrug Users. » *Alcoholism Treatment Quarterly*, 10(3-4) : 201-215.
- Stockwell, T. (1999). « A New Agenda for Harm Minimization? » *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 6(2) : 203-208.
- Stockwell, T., et al. (2013). *Evaluation of a managed alcohol program in Vancouver, BC: Early findings and reflections on alcohol harm reduction*. Victoria, BC : Centre for Addictions Research of British Columbia.
- Sznajder-Murray, B., et N. Slesnick (2011). « “Don’t Leave Me Hanging”: Homeless Mothers’ Perceptions of Service Providers. » *Journal of Social Service Research*, 37(5) : 457-468.
- Tyler, K. A., et L. A. Melander (2011). « A Qualitative Study of the Formation and Composition of Social Networks Among Homeless Youth. » *Journal of Research on Adolescence*, 21(4) : 802-817.
- Vallance, K., et al. (2016). « Do managed alcohol programs change patterns of alcohol consumption and reduce related harm? A pilot study. » *Harm Reduction Journal*, 13(1) : 13.
- Van Leeuwen, J. M., et al. (2006). « Lesbian, Gay, and Bisexual Homeless Youth: An Eight-City Public Health Perspective. » *Child Welfare*, 85(2) : 151-170.
- Walls, N. E., et al. (2009). « Where Risks and Protective Factors Operate Differently: Homeless Sexual Minority Youth and Suicide Attempts. » *Child and Adolescent Social Work Journal*, 26 : 235-257.
- Whitbeck, L. B., et al. (2004). « Mental disorder and comorbidity among runaway and homeless adolescents. » *Journal of Adolescent Health*, 35(2) : 132-140.
- Wolf, J., et al. (2003). « Drug consumption facilities in the Netherlands. » *Journal of Drug Issues*, 33(3) : 649-661.
- Zerger, S. (2002). *Substance abuse treatment: What works for homeless people? A review of the literature*. Nashville, TN : National Health Care for the Homeless Council.

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

