

Document d'orientation opérationnelle national

Programmes de gestion de l'alcool

Citation suggérée :

Centre de Colombie-Britannique sur l'usage de substances (British Columbia Centre on Substance Use, BCCSU) et Institut canadien de recherche sur l'usage de substances (Canadian Institute for Substance Use Research, CISUR). Programmes de gestion de l'alcool – Document d'orientation opérationnelle national. 2023. Vancouver, C.-B. : BCCSU. Disponible sur : <https://www.bccsu.ca/alcohol-use-disorder/managed-alcohol/>

Auteur :

Centre de Colombie-Britannique sur l'usage de substances (British Columbia Centre on Substance Use, BCCSU) et Institut canadien de recherche sur l'usage de substances (Canadian Institute for Substance Use Research, CISUR)

Éditeur :

Centre de Colombie-Britannique sur l'usage de substances (British Columbia Centre on Substance Use, BCCSU)

Objet du document :

Orientation opérationnelle

Date de publication :

Juillet 2023

Public cible :

Décideurs politiques, directions médicales et opérationnelles au sein des autorités de la santé, chefs d'équipe, bailleurs de fonds et organisations qui fournissent des soins pour les troubles de l'usage de substance, y compris la réduction des méfaits ainsi que des soutiens et services de logement.

Coordonnées :

British Columbia Centre on Substance Use
400-1045 Howe St, Vancouver, BC V6Z 2A9
inquiries@bccsu.ubc.ca

Reconnaissance territoriale

Le Centre de Colombie-Britannique sur l'usage de substances souhaiterait reconnaître respectueusement que la terre sur laquelle nous travaillons est le territoire non cédé des Salish de la Côte, y compris les territoires des Nations xʷməθkwəyəm (Musqueam), Skwxwú7mesh (Squamish), et səlílwətał (Tsleil-Waututh) Nations.

L'Institut canadien de recherche sur l'usage de substances souhaiterait reconnaître et respecter les ləkʷəŋən dont le territoire traditionnel abrite l'Université de Victoria et les Songhees, Esquimalts et W̱SÁNEĆ, qui continuent encore aujourd'hui d'entretenir des relations historiques avec cette terre.

À propos du Centre de Colombie-Britannique sur l'usage de substances

Le Centre de Colombie-Britannique sur l'usage de substances (British Columbia Centre on Substance Use, BCCSU) est une organisation ancrée au niveau provincial ayant pour mission de développer, aider à mettre en place et évaluer des approches fondées sur des données probantes concernant l'usage de substance et la toxicomanie. Le BCCSU cherche à améliorer l'intégration de meilleures pratiques et de soins tout le long du continuum de l'usage de substance par le biais d'un développement collaboratif de politiques, de lignes directrices et de normes basées sur des données probantes. Avec le soutien de la province de C.-B., le BCCSU souhaite transformer les politiques et les soins relatifs à l'usage de substance en appliquant les résultats de la recherche dans des orientations en matière d'éducation et de soins, afin de rendre service, par ce biais, à tous les Britanno-Colombiens.

Le BCCSU cherche à atteindre ces objectifs grâce aux activités intégrées de ses trois fonctions principales : recherche et évaluation, éducation et formation, et orientation en matière de soins cliniques.

Recherche et évaluation – Direction d'un programme multidisciplinaire innovant d'activités de recherche, de surveillance, d'évaluation et d'amélioration de la qualité pour guider les améliorations du système de santé dans le domaine de l'usage de substance.

Éducation et formation – Renforcement des activités d'éducation à la médecine spécialisée dans la toxicomanie dans toutes les disciplines, institutions académiques et autorités de santé, ainsi que formation de la prochaine génération de dirigeants interdisciplinaires à la médecine spécialisée dans la toxicomanie.

Orientation en matière de soins cliniques – Développement et contribution à la mise en place de lignes directrices de pratique clinique, de parcours de soin et d'autres documents de soutien à la pratique basés sur des données probantes.

À propos de l'Institut canadien de recherche sur l'usage de substances

L'Institut canadien de recherche sur l'usage de substances (Canadian Institute for Substance Use Research, CISUR) d'Université de Victoria, anciennement le Centre for Addictions Research of BC (Centre pour la recherche sur les toxicomanies de C.-B.), est un réseau de personnes et de groupes qui se consacrent à l'étude de l'usage des substances et de la toxicomanie pour soutenir les efforts à l'échelle de la communauté visant à promouvoir la santé et réduire les méfaits. Notre recherche est utilisée dans une grande variété de projets, rapports, publications et initiatives afin de permettre à toutes les personnes en C.-B. et au-delà d'avoir des vies plus heureuses et saines, qu'elles consomment des substances ou non. En 2021, le CISUR a été nommé [Centre collaborateur sur la recherche en matière d'alcool et de politique sur la santé publique](#) de l'Organisation mondiale de la santé.

Depuis notre création en 2003, nous obtenons une reconnaissance internationale pour notre travail basé sur nos principes directeurs :

- Relations de collaboration
- Recherche indépendante
- Éthique, équité sociale et justice
- Réduire les risques et accroître la protection
- Réduction des méfaits
- Débat public éclairé

Auteurs et contributeurs

Rédactrice médicale

Maryam Babaei, M. Sc.; rédactrice médicale, Centre de Colombie-Britannique sur l'usage de substances

Présidentes du comité

Karine Meador, M. D., CCMF; directrice adjointe, Inner City Health and Wellness Program (Programme de santé et de bien-être en centre-ville) et Addiction Recovery and Community Health Team (Équipe dédiée à la santé communautaire et au rétablissement suite à une toxicomanie), Hôpital Royal Alexandra

Bernadette (Bernie) Pauly, inf. aut., Ph. D.; professeure, école de sciences infirmières; scientifique, Institut canadien de recherche sur l'usage de substances (Canadian Institute for Substance Use Research, CISUR), Université de Victoria

Cindy Rose, MA, RSSW; responsable, services de réduction des méfaits et d'hébergement, Association canadienne pour la santé mentale, Sudbury/Manitoulin

Membres du comité

Morgan Boc, Hon. B.A., candidate M. Sc.; coordonnatrice clinique, services de la santé mentale et de l'usage de substance, Island Health

Sandy Bowlby; analyste de programme et de projet; services médicaux et sociaux, gouvernement du Yukon

Corrina M. Chase, MA, CAM, PVMMPD; responsable du partenariat en matière de soins pour la toxicomanie avec les Premières Nations, Régie de la santé des Premières Nations/Centre de Colombie-Britannique sur l'usage de substances

Jeannie Coe, IP, maîtrise en soins infirmiers; infirmière praticienne de soins primaires, Saskatoon Community Clinic

Carola Cunningham, directrice générale de Niginan Housing Ventures

Paul Dhaliwal, B.A. et B. Sc., inf. aut.; directeur des opérations, Trinity Place Foundation of Alberta

Michelle Dixon, M.S.S.; superviseure de l'aide sociale, Seaton House Shelter, City of Toronto

Becky Elkew, inf. aux. aut.; directrice des soins, Excel Society Grand Manor

Kirsten Ellingson, inf. aut., maîtrise en soins infirmiers; responsable clinique, santé mentale, usage de substances et réduction des méfaits, Régie de la santé des Premières Nations

Yvette Emerson, M. D., CMFC, FCMF; Keewatinohk Inniniw Minoayawin Inc. (Bien-être des autochtones du Nord)

Leah Genge, M. D., CCMF, MT; co-directrice médicale du programme de gestion de l'alcool sur plusieurs sites, Mobile Outreach Street Health (MOSH, Extension mobile de la santé dans la rue), North End Community Health Centre

Kendra Giles, B.S.Soc., travailleuse sociale autorisée, B.A., RTC; directrice de développement de programme et des programmes de logement innovants, Phoenix Residential Society

Marie-Ève Goyer, M. D., M. Sc.; directrice scientifique, équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Françoise Guigné, MA, M. D.; responsable clinique, programme de gestion de l'alcool du St. John's Women's Centre Status of Women

Myles Harps; organisateur communautaire, Eastside Illicit Drinkers Group for Education (EIDGE, Groupe de consommateurs de boissons illicites de l'Est pour l'éducation); membre du conseil, Western Aboriginal Harm Reduction Society (WAHRS, Société de réduction des méfaits pour les autochtones de l'Ouest)

Rachel Hollingshead, M.S.S., travailleuse sociale autorisée; consultante en santé mentale/spécialiste du traitement des toxicomanies, gouvernement du Nunavut, département de la Santé, division Santé mentale

Richard Hoppe, B.S.Soc., travailleur social autorisé; gestionnaire de programme, Mental Health and Addictions MorningStar Centre

Alison Hunt, A Méd, PA; directrice exécutive, Regeneration Community Services

Eryn Jacobson, travailleur social autorisé, B.S.Soc.; superviseure, Wesley Special Care Unit

Annie Larouche, MA; professionnelle de la recherche, Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Amanda Lavigne, B. Sc. (soins infirmiers psychiatriques); infirmière clinicienne spécialisée dans l'usage de substance, Interior Health Authority

Steven Parker, M.G.S.S., LCS; cadre supérieur, Shepherds of Good Hope

Adrián Pérez Ara, B.A.; spécialiste du traitement de la toxicomanie, gouvernement du Nunavut

Nadine Rigby, travailleuse sociale autorisée, M.S.S.; responsable opérationnelle clinique de l'usage de substances et de la santé mentale, Interior Health, Kelowna C.-B.

Essi Salokangas, B.Sc.(phm.), pharmacien agréé, APA; consultante de programme, partenariats provinciaux; toxicomanie et santé mentale Alberta Health Services (AHS)

Leah-Anne Singh, travailleuse sociale autorisée; coordinatrice, Place of Dignity, George Spady Society

Sandra Stewart, expérience de la vie, Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU, Réseau de consommateurs de drogue de la zone de Vancouver)

Gerald Thomas, Ph. D.; directeur, politique et prévention en matière d'alcool, de cannabis et de jeu compulsif, ministère de la Santé de C.-B.

Jeffrey Turnbull, M. D., FRCPC; directeur médical, Ottawa Inner City Health

Daniel Turgeon, B.A.; pair aidant, Montréal, Canada

Groupe d'examen externe

Meaghan Brown, inf. aut., Ph. D.(c); boursier de doctorat, Canadian Managed Alcohol Program Study (CMAPS), Institut canadien de recherche sur l'usage de substances, Université de Victoria

Brendan Clifford, inf. aut., Ph. D.; coordonnateur de la recherche clinique, service des drogues et de l'alcool du St Vincent's Hospital Sydney

Natasha Lo, BResEc (Hons), MHSM; gestionnaire de projet, santé inclusive, soins intégrés, St Vincent's Health Network Sydney

Stéphanie Marsan, M. D., FCMF (MT); service de médecine des toxicomanies, département de médecine générale, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

D. Michelle Nance, MS, inf. aut., IP; infirmière praticienne, responsable clinique, centre de dégrisement/programme de gestion de l'alcool du service de santé publique de San Francisco

Minsuk (Andrew) Noh, B.Sc.(phm.), pharmacien agréé, APA, PMP; pharmacien d'intégration clinique, Edmonton North Primary Care Network et Boyle McCauley Health Centre

Shannon M. Smith-Bernardin, Ph. D., inf. aut., CNL; professeure adjointe, UCSF School of Nursing, sciences sociales et comportementales, Benioff Homelessness and Housing Initiative (BHII)

Jared Tkachuk, B.S.Soc, travailleur social autorisé; gestionnaire principal des programmes, Services communautaires de la rue Boyle

Remerciements

Le Comité d'orientation tient à remercier Nirupa Goel, Josey Ross et Brittany Graham pour leur soutien en matière de supervision et leurs contributions éditoriales. Le comité souhaiterait également remercier les membres de l'équipe de BCCSU suivants pour leurs contributions à ce travail : Trish Emerson, Averill Hanson, Kevin Hollett, Katrina Hsu et Jordan Sang. Le comité remercie Alicia Carvalho pour l'image du continuum des soins.

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées dans le présent document ne reflètent pas nécessairement les opinions de Santé Canada.

In memoriam

Ron Kuhlke, qui était membre de ce comité, est décédé en janvier 2021. Ron était un défenseur et un champion incroyables pour sa communauté. Il a soutenu la rédaction de ce document d'orientation. Il a contribué à de nombreuses autres initiatives, comme des projets de lignes directrices, d'éducation et de recherche avec d'innombrables organisations. Ron était un défenseur très connu dans sa maison de chambres, où il a réussi à défendre ses voisins contre une expulsion illégale, et il a joué un rôle essentiel pour obliger son propriétaire à rétablir le chauffage et l'eau chaude dans son bâtiment pendant un hiver particulièrement froid. Le décès de Ron a représenté une perte immense pour la communauté et pour ceux qui le connaissaient et travaillaient avec lui.

Myles Harps, un membre de ce comité, est décédé en décembre 2022. Myles était toujours présent pour ce projet, il transmettait ses connaissances pour aider à créer une structure qui reflète fidèlement les expériences et les besoins des participants aux PGA. Myles était également un membre du comité de direction de l'Eastside Illicit Drinkers Group for Education (EIDGE, Groupe de consommateurs de boissons illicites de l'Est pour l'éducation) et un militant de la première heure pour les droits d'accès au logement et aux services de santé pour les personnes qui consomment de l'alcool et de la drogue. La communauté et toutes les personnes qui ont eu la chance de travailler à ses côtés s'ennuieront de lui.

Avis de non-responsabilité pour les fournisseurs de soins de santé

Les lignes directrices dans ce document représentent le point de vue du comité d'orientation national, qu'il a forgé après un examen attentif des données probantes scientifiques disponibles et de l'analyse suivante d'experts externes. L'application des lignes directrices contenues dans ce document n'annule pas la responsabilité des professionnels de la santé de prendre des décisions appropriées en fonction des besoins, des préférences et des valeurs de chaque patient, en accord avec ce patient et les membres de sa famille ou son/ses tuteur(s), et, le cas échéant, des experts externes (p. ex., consultation d'un spécialiste). Lors de l'exercice de leur jugement clinique à propos du traitement du trouble de l'usage de l'alcool, les professionnels de la santé canadiens doivent prendre totalement en compte ce document d'orientation tout en remplissant leur devoir de respect des principes et valeurs fondamentaux du Code de déontologie de l'Association médicale canadienne, en particulier la compassion, la bienfaisance, la non-malfaisance, le respect des personnes, la justice et l'obligation de rendre des comptes, ainsi que les normes requises pour une bonne pratique clinique définies par l'organisme de réglementation provincial ou territorial duquel relève leur travail. Rien dans ce document d'orientation ne doit être interprété comme étant en contradiction avec l'accomplissement de ces devoirs.

Avis de non-responsabilité légale

Tandis que les personnes et groupes impliqués dans la production de ce document ont tout mis en œuvre pour garantir l'exactitude des informations contenues dans ce document d'orientation, veuillez noter que les informations sont fournies « telles quelles ». L'Université de Victoria, l'Institut canadien de recherche sur l'usage de substances et le BCSSU ne font aucune déclaration ni garantie de quelque nature que ce soit, expresse ou tacite, concernant l'exactitude des informations ou l'adéquation des informations à un usage particulier. Dans toute la mesure permise par la législation applicable, l'Université de Victoria et le BCSSU déclinent et ne sont liés par aucune déclaration ou garantie expresse, tacite ou prévue par la loi (y compris, sans limitation, les déclarations ou garanties de titre ou de non-violation).

Ce document d'orientation n'est pas conçu pour se substituer à un conseil ou un jugement professionnel d'un professionnel de la santé, il n'est pas non plus conçu pour être la seule approche de gestion d'un problème clinique. Nous ne pouvons pas répondre aux patients ou aux défenseurs de patients qui demandent des conseils sur des questions liées à des problèmes de santé. Si vous avez besoin de conseils médicaux, veuillez contacter un professionnel de la santé.

Table des matières

Résumé	14
1 Introduction	16
1.1 Épidémiologie de la consommation d'alcool, du trouble de l'usage de l'alcool et des méfaits liés	16
1.2 Continuum des soins pour le TUA actuel	18
1.3 Lacunes et limites dans le continuum des soins du TUA.....	24
1.4 Le rôle des PGA au sein du continuum des soins du TUA.....	29
1.5 Objet et portée.....	31
2 État actuel des connaissances.....	33
2.1 Données probantes soulignant l'efficacité des programmes de gestion de l'alcool.....	33
2.2 Analyse juridictionnelle.....	44
3 Principes de soins	54
3.1 Prise en compte des déterminants de la santé.....	54
3.2 Soins axés sur le client	56
3.3 Bien-être et progression autodéterminée.....	58
3.4 Soins sensibles au traumatisme et à la violence	58
3.5 Considérations en matière de soins pour les communautés 2S/LGBTQ+	60
3.6 Pratiques antiracistes dans les soins relatifs à la consommation de substance.....	62
3.7 Sécurisation et humilité culturelles	64
3.8 Réduction des méfaits	70
3.9 Gestion de la santé intégrée	72
4 Mise en œuvre du programme	74
4.1 Consultation des parties prenantes avant la mise en œuvre.....	74
4.2 Modèles de fourniture contrôlée d'alcool.....	77
4.3 Éléments de service supplémentaires pour tous les modèles de soins.....	84
4.4 Considérations relatives à l'emplacement et à l'espace	90
4.5 Stockage de l'alcool et sécurité	92
4.6 Qualification et formation du personnel	93
4.7 Répartition des rôles et des responsabilités	97
4.8 Financement et approvisionnement en alcool.....	99

5	Planification des soins	101
5.1	Admissibilité.....	101
5.2	Dépistage et évaluation	103
5.3	Procédures d'admission et éducation à la réduction des méfaits	105
5.4	Plans de gestion de l'alcool personnalisés	105
5.5	Durée de l'intervention et transitions dans le continuum des soins du TUA	107
5.6	Suivi	108
6	Évaluation	111
	Annexes	112
Annexe 1	Processus de développement du document d'orientation.....	112
Annexe 2	Étude de cas : Sudbury, Ontario.....	115
Annexe 3	Gestion financière : une présentation des principes et du processus.....	120
Annexe 4	Exemple de plan de gestion de l'alcool et d'accord du client	124
Annexe 5	Exemple de déclaration des droits du client.....	126
Annexe 6	Contrôle des stocks d'alcool	127
Annexe 7	Exemple de formulaires d'évaluation de l'ivresse avant les doses	128
Annexe 8	Exemple de formulaire d'évaluation clinique.....	132
Annexe 9	Outils de dépistage et d'évaluation du trouble de l'usage de l'alcool.....	134
Annexe 10	Exemple de commande d'alcool contrôlé	145
	Glossaire	146
	References	155

La consommation d'alcool est l'une des formes les plus fréquentes de consommation de substance et un facteur important de morbidité, de mortalité et de coûts socio-économiques au Canada et dans le monde entier. Tandis que le continuum des soins du trouble de l'usage de l'alcool (TUA) au Canada offre un éventail complet d'interventions fondées sur des données probantes aux personnes intéressées par l'arrêt ou la réduction de la consommation d'alcool, les taux d'engagement et de maintien dans le traitement restent à des niveaux bas alarmants. Les interventions de traitement disponibles ne répondent souvent pas aux besoins des personnes atteintes d'un TUA grave, pour qui la réduction ou l'arrêt de la consommation d'alcool sont des objectifs irréalistes. Il y a un besoin urgent de stratégies de réduction des méfaits pour les personnes qui ne considèrent pas les services existants dans le continuum des soins du TUA comme réalisables, efficaces ou appropriés.

En outre, de nombreuses personnes, dont les personnes pauvres et sans-abris, font face à des obstacles importants dans l'accès aux soins de base et aux nécessités psychosociales. En particulier, les personnes sans-abris atteintes de TUA font face à des obstacles importants pour pouvoir obtenir ou conserver un logement, car l'accès aux services de logement est généralement subordonné à une absence de consommation de substance. Même si les personnes sans-abris atteintes d'un TUA grave se retrouvent fréquemment dans les services d'urgence, elles ont rarement un accès durable aux soins primaires ou à d'autres soutiens. Nombre d'entre elles ont connu de multiples expériences d'échec d'interventions de traitement du TUA basées sur l'abstinence. Cette population est affectée de manière disproportionnée par le TUA grave, en grande partie à cause de nombreuses iniquités systémiques liées entre elles – comme le racisme, le colonialisme ainsi que la stigmatisation de la pauvreté et de la consommation de substances – qui contribuent au traumatisme et à d'autres méfaits psychosociaux. En l'absence de services peu restrictifs, sensibles au traumatisme et culturellement sécuritaires pour cette population, le sans-abrisme et la pauvreté prolongés aggravent la consommation d'alcool et les méfaits liés à l'alcool, comme l'intoxication alcoolique, des symptômes graves de sevrage de l'alcool, une maladie du foie, une mauvaise santé mentale, des blessures, des agressions et des cycles d'hospitalisation et d'incarcération.

Ce document a été développé par un comité national d'experts dans le but de fournir un cadre directeur pour la conception, la mise en œuvre et le fonctionnement de PGA. Les lignes directrices contenues dans ce texte ont été développées par le biais d'un consensus du comité en se référant directement aux données probantes disponibles,

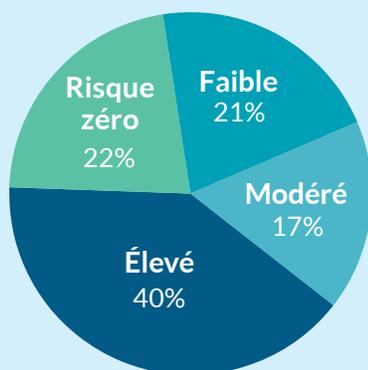
aux constatations de l'analyse juridictionnelle ainsi qu'à l'expérience clinique et opérationnelle. Le public cible pour ce document est : les décideurs politiques, les directions médicales et opérationnelles au sein des autorités de la santé et des organismes régionaux équivalents, les chefs d'équipe, les bailleurs de fonds et les organisations qui fournissent des soins pour les troubles de l'usage de substance, y compris la réduction des méfaits ainsi que des soutiens et services de logement.

Objectifs:

- Décrire les principes de soins fondamentaux d'un PGA
- Décrire les modèles existants de prestation de service et fournir des indications sur la manière de sélectionner le modèle le plus approprié pour un site particulier
- Fournir une présentation générale des parties prenantes qui peuvent être consultées avant la mise en œuvre afin de soutenir le développement et le fonctionnement du programme
- Fournir une vue d'ensemble des services essentiels et des soutiens auxiliaires possibles à inclure dans le programme
- Présenter les exigences clés en matière d'espace et de personnel
- Fournir des indications concernant l'acquisition, le stockage et la distribution des boissons alcoolisées
- Offrir des lignes directrices opérationnelles pour la mise en place de protocoles d'évaluation de l'admissibilité des clients, les procédures d'admission et l'orientation des clients, le développement d'un plan de gestion de l'alcool personnalisé et les procédures garantissant une continuité des soins

1 Introduction

1.1 Épidémiologie de la consommation d'alcool, du trouble de l'usage de l'alcool et des méfaits liés



Pourcentage de Canadiens âgés de 15 ans et plus qui ne boivent pas et dont la consommation d'alcool entre dans les catégories de risque faible, modéré ou élevé²

L'alcool est de loin la substance la plus consommée au Canada¹. Selon les données recueillies par l'Enquête canadienne sur l'alcool et les drogues de 2019, 76 % des Canadiens de plus de 15 ans consomment de l'alcool¹, et environ 57 % ont une consommation qui dépasse le seuil de risque faible^a défini par les Repères canadiens sur l'alcool et la santé². Les troubles de l'usage de l'alcool (TUA) sont également fréquents au Canada. Selon les estimations de Statistique Canada, au moins 18 % de l'ensemble des canadiens répondront aux critères d'un TUA au cours de leur vie, ce qui fait du TUA le trouble de l'usage de substance le plus courant au Canada³.

Les troubles de l'usage de l'alcool et les méfaits liés à l'alcool sont beaucoup plus fréquents chez les personnes pauvres et les sans-abris^{4,5}. Il est estimé que le TUA touche près de 40 % des hommes sans-abris dans les pays occidentaux à haut revenu, dont le Canada^{5,6}. Une étude transversale de 2011 sur les femmes sans-abris au Canada (n = 196) a constaté que 38 % de cet échantillon de population avait un TUA⁷. Les pourcentages plus élevés de consommation d'alcool au sein de ces communautés marginalisées ont été attribués à la nécessité de supporter le poids des iniquités à l'échelle du système, comme le racisme systémique, le colonialisme, la criminalisation ainsi que la stigmatisation de la pauvreté et de la consommation de substance, qui contribuent au traumatisme et à d'autres méfaits.

- a [Repères canadiens sur l'alcool et la santé](#) définit un continuum des risques au sein duquel les risques pour la santé dus à l'alcool pour ceux qui consomment 2 verres standard ou moins par semaine sont négligeables, voire faibles, ils sont modérés pour ceux qui consomment entre 3-6 verres standard par semaine et élevés pour ceux qui consomment plus de 6 verres standard par semaine, avec des risques de plus en plus élevés à chaque verre supplémentaire.

Un verre standard correspond à une bouteille de 341 mL (12 oz) de bière, cidre ou panaché à 5 % d'alcool; un verre de 142 mL (5 oz) de vin à 12 % d'alcool; ou un verre de 43 mL (1,5 oz) de spiritueux à 40 % d'alcool (NB : 1 verre standard canadien = 17,05 mL ou 13,45 g d'éthanol).

Près de 200 maladies ou blessures sont au moins en partie attribuables à la consommation d'alcool, sachant que sa charge de morbidité globale totale estimée est deux à trois fois plus importante que celle de toutes les substances illicites combinées⁸⁻¹¹. Les statistiques canadiennes indiquent que la consommation d'alcool est liée à 7,7 % de tous les décès et 8 % de toutes les années de vie potentielles perdues pour les personnes âgées de 0 à 64 ans¹². Au niveau mondial, l'alcool a été impliqué dans 3 millions de décès (5 % de tous les décès), selon les estimations, en 2016⁹ et a été le principal facteur de risque concernant le décès prématuré et le handicap pour les personnes âgées de 15 à 49 ans¹³.

Les coûts économiques, médicaux et sociaux associés à l'alcool sont également considérables. En 2017, le coût économique annuel global de la consommation de substance au Canada a été estimé à plus de 46 milliards de dollars¹⁴. L'alcool a engendré le coût le plus élevé parmi les substances examinées en ce qui concerne la perte de productivité, les soins de santé, la justice criminelle et d'autres coûts directs, pour près de 16,63 milliards de dollars ou plus de 36 % du total des coûts liés à la consommation de substance, suivi par le tabac (12 milliards de dollars; 27 %), les opioïdes (6 milliards de dollars, 13 %), puis la cocaïne et les autres stimulants (6 milliards de dollars, 12 %)¹⁴.

Au cours de l'exercice 2019-2020, le taux d'hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool au Canada a été de 258 personnes sur 100 000 âgées de 10 ans et plus, ce qui dépasse le taux d'hospitalisations dues aux crises cardiaques (241 personnes sur 100 000 âgées de 10 ans et plus). Les hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool ont été 4 fois plus courantes que celles dues aux opioïdes (alcool : 240 hospitalisations par jour, opioïdes : 55 hospitalisations par jour). Les estimations provinciales concernant les hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool variaient de 159 à 1 759 personnes sur 100 000 âgées de 10 ans et plus (au Nouveau-Brunswick et dans les Territoires du Nord-Ouest, respectivement)¹⁵. Le coût moyen des hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool au Canada a été estimé à 8 100 \$ (par rapport à 5 800 \$, le coût d'un séjour moyen à l'hôpital), principalement en raison d'une durée du séjour plus longue pour les hospitalisations provoquées par l'alcool que pour l'hospitalisation moyenne (11 vs 7 jours)¹⁶.

La consommation d'alcool peut également avoir des répercussions négatives sur les familles et les communautés en induisant des problèmes financiers, des accidents du travail, des collisions de la circulation et des conflits interpersonnels¹¹. L'alcool est également impliqué dans des incidents de violence, de vol et d'infraction contre les biens¹⁷⁻²⁰.

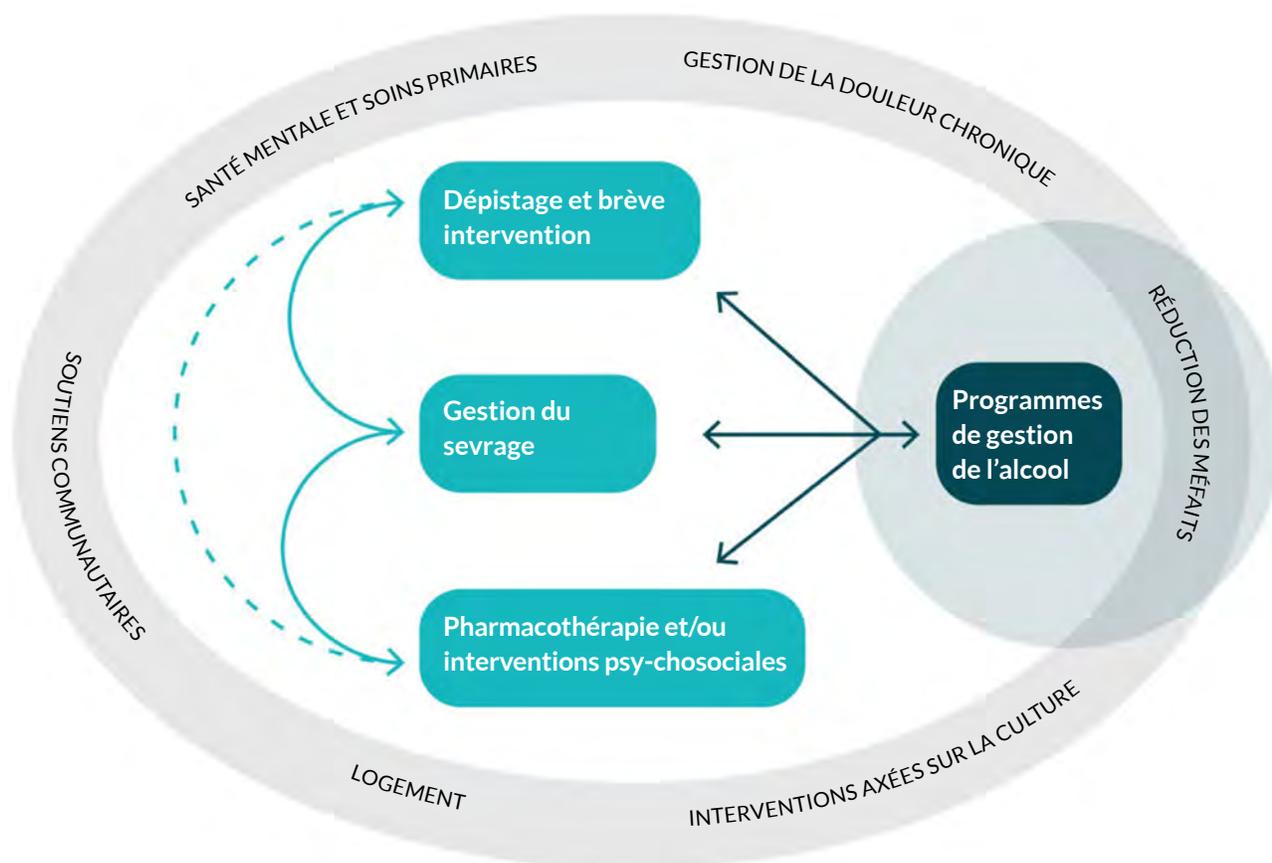
1.2 Continuum des soins pour le TUA actuel

Cette section fournit une brève présentation des éléments clés du parcours de soin du TUA en faisant référence aux lignes directrices disponibles, afin d'aider à situer les programmes de gestion de l'alcool dans le continuum de soins. Tandis que le reste du présent document se concentre spécifiquement sur les programmes de gestion de l'alcool, [National Guideline for the Clinical Management of High-Risk Drinking and Alcohol Use Disorder \(Lignes directrices nationales pour la gestion clinique de la consommation à haut risque et le trouble de l'usage de l'alcool\)](#) développées par l'Initiative canadienne de recherche en abus de substance (ICRAS) fournissent des indications complètes concernant l'identification et la gestion du TUA, y compris l'éventail complet des soutiens communautaires axés sur le rétablissement disponibles pour cette population.

Le continuum de la gestion clinique du TUA est constitué des composants suivants :

- 1. Dépistage et brève intervention**
- 2. Gestion du sevrage de l'alcool**
 - visant à réduire les symptômes du sevrage et à éviter le développement de graves complications du sevrage (c'est-à-dire, crises de sevrage ou delirium tremens)
- 3. Interventions pharmacologiques et psychosociales continues ainsi que soutiens axés sur le rétablissement**
 - en se basant sur les besoins en matière de traitement et les objectifs de chaque patient (p. ex., arrêt ou réduction de la consommation d'alcool).
- 4. Services et soutiens de réduction des méfaits**
 - qui devraient inclure les programmes de gestion de l'alcool

Figure 1. Modèle optimisé du continuum des soins du TUA



Les principaux composants du continuum des soins du TUA incluent un dépistage et une brève intervention, la gestion du sevrage, les interventions de traitement psychosocial et/ou de pharmacothérapie, ainsi que les interventions de réduction des méfaits, dont les programmes de gestion de l'alcool. Comme indiqué par les flèches qui relient ces composants, les clients doivent pouvoir accéder à ces services dans n'importe quel ordre et évoluer dans le continuum de soins en fonction de leurs besoins.

Le continuum des soins du TUA doit être positionné au sein de, et relié à, un système complet et holistique de soutiens médicaux et psychosociaux globaux, représenté par le ruban gris qui entoure les composants des soins du TUA. Quel que soit leur type/stade de soins actuel, tous les clients doivent avoir accès aux services et soutiens de réduction des méfaits.

En tant que programme de réduction des méfaits qui intègre souvent des services médicaux et psychosociaux représentés dans le ruban ovale gris, les PGA sont une intervention hybride qui fait le pont entre le continuum

1.2.i Dépistage et brève intervention

La mise en place d'un dépistage de routine universel relatif à l'alcool à l'aide d'outils de dépistage validés dans le cadre des soins primaires a été de plus en plus préconisée comme une stratégie de santé publique importante pour l'identification précoce de la consommation à risques modérés et élevés ainsi que la prévention secondaire du TUA²¹⁻²³. Les personnes identifiées comme ayant une consommation au-dessus du niveau de risque faible doivent bénéficier d'une brève intervention et subir une évaluation supplémentaire visant à confirmer ou écarter un TUA en se basant sur les critères du DSM-5. Une brève intervention est une approche de counseling qui soutient un changement de comportement afin de réduire la consommation d'alcool²⁴⁻³³. Cependant, une brève intervention ne suffit pas pour les personnes atteintes d'un TUA³¹. Les personnes ayant reçu un diagnostic de TUA doivent bénéficier d'un traitement du TUA fondé sur des données probantes qui est constitué d'une gestion du sevrage suivie de soins continus du TUA. Pour des indications sur le dépistage et la brève intervention, consultez les lignes directrices relatives au [TUA de l'ICRAS](#).

1.2.ii Gestion du sevrage

La gestion du sevrage est définie comme étant un ensemble d'interventions pharmacologiques, psychosociales et de soins de soutien visant à gérer les symptômes de sevrage qui surviennent lorsqu'une personne atteinte d'un trouble de l'usage de substance arrête ou réduit de manière significative la consommation de cette substance³⁴. Pour les personnes atteintes d'un TUA, une gestion du sevrage sous supervision médicale peut éviter des complications potentiellement mortelles du sevrage de l'alcool, comme les crises, le delirium tremens et le décès³⁴. Les pharmacothérapies recommandées pour la gestion du sevrage de l'alcool et basées sur des données probantes comprennent les benzodiazépines,

la carbamazépine, la gabapentine et la clonidine^b. La sélection des médicaments et du parcours de sevrage appropriés se fonde sur le risque de chaque personne de développer des complications graves du sevrage de l'alcool, qui est évalué en utilisant l'outil Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PAWSS, Échelle de prédiction du risque de sevrage d'alcool compliqué) validé ou d'autres méthodes validées.^{35,36} L'outil Clinical Institute Withdrawal Assessment Alcohol revised (CIWA-Ar, Évaluation des syndromes de sevrage dans un établissement clinique selon l'échelle de l'alcoolisme, révisée) peut également être utilisé pour l'évaluation sur le point d'intervention de la gravité des symptômes de sevrage, afin d'optimiser la posologie et éviter toute sur- ou sous-médication³⁷. Pour des indications sur la gestion du sevrage de l'alcool, consultez les lignes directrices relatives au [TUA de l'ICRAS](#).

1.2.iii Soins continus du TUA

[Les Lignes directrices relatives au TUA](#) recommandent que tous les adultes atteints d'un TUA modéré à grave reçoivent de la naltrexone ou de l'acamprosate comme pharmacothérapie de première intention afin de contribuer à la réalisation des objectifs de traitement identifiés par les patients.^c Une documentation abondante

-
- b L'efficacité supérieure des benzodiazépines dans la suppression des symptômes graves du sevrage et la prévention du delirium tremens et des crises est étayée par un important faisceau de données probantes de grande qualité. Cependant, en raison de leurs effets secondaires bien connus, de leur tendance à renforcer les effets de l'alcool en cas de consommation simultanée ainsi que du risque de consommation non médicale et de dépendance, leur usage recommandé pour la gestion du sevrage est généralement limité à des personnes hospitalisées présentant un risque élevé de complications graves du sevrage (c'est-à-dire PAWSS \geq 4) et pouvant être surveillées de manière étroite. Pour les patients dont le score PAWSS suggère qu'ils présentent un faible risque d'avoir des symptômes de sevrage mortels (c'est-à-dire PAWSS < 4), une stratégie de gestion du sevrage en externe est recommandée avec des médicaments autres que les benzodiazépines, comme la carbamazépine, la gabapentine ou la clonidine, si nécessaire. Consultez les lignes directrices relatives au [TUA de l'ICRAS](#) pour découvrir un examen approfondi des données probantes.
- c La naltrexone est recommandée pour les patients dont l'objectif de traitement est l'abstinence ou une réduction de la consommation d'alcool tandis que l'acamprosate est recommandé pour les patients dont l'objectif de traitement est l'abstinence. Consultez les lignes directrices relatives au [TUA de l'ICRAS](#) pour découvrir un examen approfondi des données probantes.

a montré que la naltrexone et l'acamprosate sont efficaces pour réduire la reprise de la consommation d'alcool et le nombre de jours de consommation³⁸⁻⁴¹. D'autres médicaments pour les personnes qui ne bénéficient pas des pharmacothérapies du TUA de première intention sont, entre autres, le topiramate^{38,42} et la gabapentine⁴³⁻⁴⁵.

Le parcours de soins continus du TUA comprend également un éventail d'interventions et de soutiens psychosociaux, y compris un counseling basé sur un entretien motivationnel^{46,47}. En outre, [les Lignes directrices relatives au TUA](#) recommandent de fournir aux patients des informations et orientations vers des interventions menées par des spécialistes (p. ex., thérapie cognitivo-comportementale, thérapies familiales), des services communautaires axés sur le rétablissement et des soutiens par les pairs (p. ex., les Alcooliques Anonymes [AA] et les programmes en 12 étapes, SMART Recovery [Self-Management and Recovery Training, Entraînement pour une autogestion et un rétablissement]).

1.2.iv Services et soutiens de réduction des méfaits

Même si des données probantes solides et des lignes directrices cliniques et opérationnelles sont bien présentes pour réduire les méfaits associés à la consommation de drogues illicites, moins d'attention a été accordée aux services de réduction des méfaits pour les personnes atteintes d'un TUA⁴⁸. Cependant, un éventail de stratégies et de services a été développé pour répondre aux besoins des communautés, afin de réduire les méfaits liés à l'alcool pour les personnes atteintes d'un TUA qui ne considèrent pas les options de traitement comme réalisables, efficaces ou recherchées. Les programmes de gestion de l'alcool sont des services de réduction des méfaits conçus pour soutenir les personnes pauvres ou sans-abris atteintes de TUA, ainsi que celles pour qui les soins et soutiens du TUA basés sur l'abstinence ne sont pas réalisables, efficaces ou appropriés. Cette section contient un bref résumé des autres services et soutiens de réduction des méfaits pertinents pour cette population. Les services de réduction des méfaits listés ci-dessous sont généralement proposés au sein de trois types de structures : haltes-accueils de jour, refuges d'urgence et centres d'hébergement.

Autre services de réduction

Centres de dégrisement

Les centres de dégrisement sont des structures d'hébergement temporaires (< 24 heures) (p. ex., refuges d'urgence) qui fournissent aux clients sous intoxication aiguë un environnement sûr et une surveillance par un personnel médical pendant qu'ils récupèrent d'un épisode de consommation excessive^{49,50}. Les données probantes disponibles suggèrent que ces centres représentent une solution de rechange sûre et économique aux prisons et aux services d'urgence pour les personnes qui présentent une intoxication aiguë, mais sans complications^{49,50}. En outre, les centres de dégrisement offrent une occasion de parler des stratégies de consommation plus sécuritaire et d'orienter vers des services de soins et de soutien si nécessaire^{49,50}.

Haltes-accueils qui autorisent la consommation d'alcool

Les personnes atteintes d'un TUA qui ne disposent pas d'un endroit sûr pour consommer de l'alcool (p. ex., celles qui sont sans-abris ou dans des conditions de logement instables) boivent souvent dans l'espace public, ce qui les expose à un risque accru d'accidents, de blessures et d'arrestations pour ébriété en public ou en raison de la criminalisation de la consommation d'alcool dans la rue⁵³. Les haltes-accueils qui autorisent la consommation d'alcool fournissent un espace de consommation d'alcool et de socialisation sûr et sans jugement afin de réduire ces risques et de créer un sentiment d'appartenance à la communauté tout en offrant l'occasion de relier les clients à des services de soin et de soutien comme des services de logement, de structures, d'aide financière et d'emploi^{53,54}.

Structures Housing First

Housing First est une initiative de logement permanent axée sur la réduction des méfaits et fondée sur des données probantes qui a été développée pour accueillir les personnes ayant simultanément des troubles de l'usage de substance et des problèmes de santé mentale qui subissent un sans-abrisme chronique^{51,52}. Une étude de ces structures est présentée dans le modèle [Housing First : avantages et limites](#) au sein de ce document. Les structures Housing First autorisent la consommation d'alcool sur place, mais n'offrent généralement pas de services de gestion ou de fourniture d'alcool.

Les refuges qui accueillent les clients ivres et les refuges qui permettent la consommation d'alcool sur place

Les personnes atteintes d'un TUA peuvent rencontrer des obstacles pour accéder à et conserver un logement, car de nombreux structures d'hébergement et services liés n'autorisent pas la consommation d'alcool sur place et peuvent ne pas accepter les clients visiblement ivres⁵¹. Les structures d'hébergement temporaire qui autorisent la consommation d'alcool sur place (parfois appelées « wet shelters ») et les structures qui acceptent les personnes ivres, mais n'autorisent pas l'alcool sur place (également appelées « damp shelters ») sont conçues pour s'assurer que les personnes sans-abris qui consomment de l'alcool ne se voient pas refuser l'accès à des déterminants de la santé de base comme la nourriture, le logement et l'accès aux soins de santé. Outre un hébergement temporaire sûr et de la nourriture, ces structures peu restrictives offrent souvent aux clients un éventail de services comme des orientations vers des services de logement permanent, des soins de santé et du counseling sur la toxicomanie^{51,52}.

Pratiques axées sur la réduction des méfaits

Enseigner les stratégies de consommation plus sécuritaire

Elles incluent le fait de rester hydraté, de choisir des boissons avec une plus faible teneur en alcool, d'éviter l'alcool non destiné à la consommation (p. ex., alcool à friction, désinfectant pour les mains), de compter le nombre de verres par jour et d'augmenter progressivement le temps écoulé entre les verres⁵⁵.

Proposer de garder l'alcool des clients quand ils utilisent des services dans une structure qui n'autorise pas la présence d'alcool

La perspective d'entrer dans un service fondé sur l'abstinence peut pousser les clients à boire de grandes quantités d'alcool et risquer une grave intoxication alcoolique pour ne pas « gâcher » leur alcool^{56,57}. Le fait de rassurer les clients en leur affirmant qu'ils récupéreront leur alcool peut réduire ce risque et contribuer à éviter la consommation d'alcool non destiné à la consommation pour soulager l'envie impérieuse de boire après la sortie de la structure sans alcool.

Tandis que la portée de ce document d'orientation est limitée à l'établissement et au fonctionnement des programmes de gestion de l'alcool, le comité souligne la nécessité d'une mise en œuvre plus large d'autres pratiques et services axés sur la réduction des méfaits dans l'ensemble du continuum des soins du TUA.

Pour découvrir une présentation complète des méfaits liés à l'alcool précis qui touchent les personnes sans-abris atteintes de TUA, consultez [Instabilité du logement et le continuum des soins du TUA dans ce document](#). Une description de la réduction des méfaits en tant que principe fondamental des soins relatifs à l'usage de substance est fournie dans [Réduction des méfaits](#).

1.3 Lacunes et limites dans le continuum des soins du TUA

Tel qu'exposé ci-dessus, le continuum des soins du TUA actuel offre un éventail complet d'interventions et de soutiens pharmacologiques et psychosociaux fondés

sur des données probantes aux personnes qui sont intéressées par l'arrêt ou la réduction de la consommation d'alcool; cependant les taux d'engagement dans le traitement et de réussite de traitement restent bas⁵⁸⁻⁶⁰. Même si les statistiques canadiennes font défaut, selon la National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III (Étude épidémiologique nationale sur l'alcool et les problèmes liés-III), une étude représentative transversale menée aux États-Unis entre 2012 et 2013, moins de 8 % des personnes atteintes de TUA avaient reçu un traitement durant les 12 derniers mois⁶⁰. Les données provenant du Royaume-Uni montrent un taux aussi bas, avec moins de 20 % des personnes atteintes de TUA ayant reçu un traitement⁵⁹. De plus, les taux constatés de reprise de la consommation d'alcool pour les personnes qui reçoivent un traitement contre le TUA sont élevés (50 à 80 % dans les trois ans)⁵⁸.

Outre les limites connues de l'accès et de l'engagement dans des soins basés sur des données probantes, les services de réduction des méfaits peu restrictifs sont relativement insuffisants. Ces services sont essentiels pour les personnes atteintes d'un TUA grave pour qui les interventions de traitement existantes, qui visent à réduire ou à arrêter la consommation d'alcool, n'ont pas été réalisables ou efficaces, ou pour ceux qui ne souhaitent pas modifier de manière radicale leurs modes de consommation de l'alcool^{5,61}.

1.3.i Instabilité du logement et le continuum des soins du TUA

Comme exposé ci-dessus, le TUA et les méfaits liés affectent de manière disproportionnée les personnes sans-abris⁵⁻⁷. C'est souvent la conséquence de multiples iniquités systémiques liées entre elles, comme le racisme systématique, le colonialisme, la criminalisation ainsi que la stigmatisation de la pauvreté et de la consommation de substance, qui contribuent au traumatisme et à d'autres méfaits. Les personnes qui consomment des substances et qui sont en situation d'itinérance font face à des obstacles importants pour pouvoir obtenir ou conserver un logement, car l'accès aux services de logement est généralement subordonné à une absence de consommation de substance⁶²⁻⁶⁴. Or, il a été démontré qu'un sans-abrisme et une pauvreté prolongés aggravent la consommation d'alcool et les méfaits liés à l'alcool, comme l'intoxication alcoolique, une maladie du foie, une mauvaise santé mentale, une marginalisation sociale, des blessures dues à des accidents et des agressions ainsi que des hospitalisations et incarcérations périodiques⁶³⁻⁶⁵. De plus, les conditions instables de logement et un accès

imprévisible à l'alcool peuvent induire des schémas de consommation d'alcool risqués et fluctuants qui exposent les personnes à des symptômes de sevrage de l'alcool graves et potentiellement mortels (p. ex., crises et delirium tremens, décès) si l'alcool devient inabordable ou inaccessible⁶⁶. Pour éviter les symptômes graves de sevrage de l'alcool, les personnes ayant un accès limité aux boissons alcoolisées peuvent s'engager dans une « consommation de survie », qui est définie comme le fait de concentrer tous ses efforts sur l'accès à l'alcool, par tous les moyens possibles, y compris la consommation d'alcool non destiné à la consommation (voir la Section [Consommation d'alcool non destiné à la consommation](#))⁶⁷.

Même si les personnes sans-abris atteintes d'un TUA grave se retrouvent fréquemment dans les services d'urgence et les admissions hospitalières, ils ont rarement un accès durable aux soins primaires ou à d'autres soutiens^{63,64,68}. Nombre d'entre elles ont eu de nombreuses expériences d'échec de traitement du TUA basé sur l'abstinence et considèrent les objectifs d'arrêt ou de réduction de la consommation d'alcool comme irréalistes^{63,69}. Dans certains cas, le TUA non traité peut induire des sorties de l'hôpital à l'initiative du patient, ce qui peut entraîner une augmentation des réhospitalisations et une plus grande morbidité/mortalité.

Les constatations qualitatives concernant les objectifs, besoins et préférences des personnes atteintes de TUA subissant un sans-abrisme chronique indiquent que la grande majorité des participants de l'étude ont des objectifs de traitement autres que celui de parvenir à une abstinence sur le long terme^{70,71}. Ils mettent l'accent sur la nécessité que les programmes aident à réduire les méfaits liés à l'alcool (p. ex., fournir des boissons avec une plus faible teneur en alcool, enseignement des stratégies de consommation plus sécuritaire) et répondent aux besoins psychosociaux de base (p. ex., hébergement, nourriture, liens sociaux et spirituels)^{70,71}. Par conséquent, le continuum des soins du TUA actuel doit s'élargir pour inclure des stratégies efficaces permettant de réduire les méfaits du TUA grave et de répondre de manière durable aux besoins de base psychosociaux et en matière de soins de santé de cette population, comme le logement et la nourriture, sans exiger une absence de consommation d'alcool.

1.3.i.1 Le modèle Housing First : avantages et limites

Traditionnellement, de nombreuses structures de logement pour les personnes sans-abris limitent ou interdisent la consommation de substance ou demandent aux clients d'entrer dans des programmes de traitement et de parvenir à l'abstinence

avant de pouvoir demander un logement permanent⁷². Ce processus rend les structures de logement inaccessibles pour les personnes atteintes de troubles de l'usage de substance graves et actifs⁷². Housing First est une initiative de logement axée sur la réduction des méfaits et fondée sur des données probantes qui a été développée dans les années 1990 spécifiquement pour accueillir les personnes ayant simultanément des troubles de l'usage de substance et des problèmes de santé mentale tout en subissant un sans-abrisme chronique^{51,52}. Le modèle Housing First met l'accent sur le droit de ses clients à l'autodétermination et n'impose pas de restrictions concernant la consommation de substance ni n'exige une participation à un traitement comme condition préalable à l'obtention d'un logement⁵¹. Outre l'apport d'un logement, le modèle Housing First cherche à réduire les méfaits associés à la consommation de substance en facilitant un accès stable aux services de réduction des méfaits, de soins de santé et de soutien psychosocial.

La littérature disponible a associé les structures Housing First à un meilleur maintien dans le logement et à d'autres résultats positifs, comme la réduction de la consommation d'alcool et la réduction du recours aux services d'urgence^{51,73,74}. Ces résultats sont attribués à un meilleur accès aux services de soins de santé et de soutien ainsi qu'à un sentiment de stabilité et de lien avec la communauté^{72,75}. Au vu de ces constatations, des modèles Housing First ont été de plus en plus mis en place dans les juridictions nationales et internationales ces deux dernières années, afin de soutenir les personnes consommant des substances et ayant des problèmes de santé mentale qui vivent dans des conditions de logement instables^{72,75}.

Globalement, les modèles Housing First peuvent être répartis en deux catégories : logements sur plusieurs sites et logements sur un seul site (ou habitations collectives), ces derniers étant également nommés logements avec services de soutien^{51,76}. Les clients des logements sur plusieurs sites se voient proposer des logements individuels au sein d'une communauté et fournir un accès à des services de soin et de soutien déjà présents au sein de cette communauté afin qu'ils puissent s'insérer dans la société en tant que membres d'une communauté^{51,72,76}. Les logements sur un seul site, ou logements avec services de soutien, d'un autre côté, proposent généralement aux clients un hébergement au sein d'une structure autonome avec des services de soutien sur place, comme la gestion de cas et les soins médicaux primaires^{51,72,73,76}.

Tandis que la réduction des méfaits est considérée comme étant le principe au cœur de tous les modèles Housing First, la mise en œuvre concrète des interventions et

soutiens de réduction des méfaits connaît des limites et incohérences. Notamment, la littérature relative à Housing First n'inclut généralement pas d'informations ni de lignes directrices concernant la fourniture aux résidents de services de réduction des méfaits. En particulier, tandis que la consommation d'alcool est tolérée dans les structures Housing First, la mise en œuvre d'interventions de réduction des méfaits pour les personnes ayant une consommation importante d'alcool, comme assurer un accès constant à des boissons alcoolisées, est souvent un composant négligé du modèle^{51,72,77,78}. Les modèles Housing First sont de plus en plus définis comme une plateforme pour la mise en œuvre d'interventions intégrées et durables basées sur des données probantes, comme la gestion de l'alcool, qui traitent les méfaits liés à l'alcool.

1.3.ii Consommation d'alcool non destiné à la consommation

La consommation d'alcool non destiné à la consommation correspond à la consommation de produits qui contiennent de l'alcool et ne sont pas prévus pour être ingérés par l'homme (p. ex., bain de bouche, désinfectant pour les mains, alcool à friction, après-rasage, laque capillaire)^{67,79}. En raison de leur disponibilité généralisée et de leur faible coût, les produits à base d'alcool non destinés à la consommation sont souvent consommés pour éviter le sevrage de l'alcool quand les boissons alcoolisées ne sont pas abordables ou disponibles⁶⁷. La consommation d'alcool non destiné à la consommation est un problème de santé publique urgent pour les personnes pauvres en situation d'itinérance atteintes de TUA, car elle est associée à un risque accru de morbidité et de mortalité en raison de la forte teneur en alcool et des additifs nocifs⁸⁰.

Les produits à base d'alcool non destinés à la consommation qui sont les plus couramment consommés présentent des concentrations d'alcool beaucoup plus élevées que les boissons alcoolisées; par exemple, le désinfectant pour les mains comporte plus de 60 % d'éthanol, ce qui signifie que 28 mL (1 oz) dépasse la teneur en alcool d'un verre standard^{51,79}. S'ils ne sont pas dilués avant l'ingestion, les produits à base d'alcool non destinés à la consommation exposent le consommateur à des effets aigus d'intoxication (p. ex., accidents, difficultés respiratoires, mort) et à un risque plus élevé de morbidité et de mortalité liées à l'alcool en cas de consommation continue^{51,81}.

Outre la teneur élevée en éthanol, la plupart des produits à base d'alcool non destinés à la consommation contiennent des additifs très toxiques, comme le

salicylate de méthyle et le thymol, qui ont des effets nocifs graves, comme des atteintes aux organes⁵¹. Le salicylate de méthyle peut avoir un effet toxique significatif sur les systèmes gastro-intestinal, nerveux central et hématologique^{51,82}. L'ingestion de thymol a été associée à des troubles gastro-intestinaux, une hyperactivité du système nerveux central, des convulsions, le coma et, dans des cas graves, un arrêt cardiaque et respiratoire^{51,82}. Malgré la mise en évidence de ces méfaits bien établis, la consommation d'alcool non destiné à la consommation n'a pas été directement traitée au sein du continuum des soins du TUA.

1.4 Le rôle des PGA au sein du continuum des soins du TUA

Malgré les risques élevés qui touchent les individus atteints d'un TUA grave, les personnes qui consomment de l'alcool sont fréquemment refusées dans les centres de santé, les refuges et les organismes de services communautaires parce qu'elles sont ivres ou transportent de l'alcool^{53,63,67,79}. La relative rareté des services peu restrictifs pour les personnes atteintes d'un TUA grave marginalise encore davantage cette population et l'empêche d'avoir accès aux déterminants de la santé de base, ce qui peut perpétuer le cycle de consommation de survie et de consommation d'alcool non destiné à la consommation⁶⁷.

Les programmes de gestion de l'alcool (PGA) sont une intervention de réduction des méfaits qui représente une option au sein du continuum des soins du TUA pour les personnes atteintes d'un TUA grave qui considèrent le traitement fondé sur l'abstinence comme une option non réaliste ou souhaitable, notamment celles qui font face à des obstacles supplémentaires dans l'accès aux soins de base et aux soutiens psychosociaux en raison de leur pauvreté et de leur sans-abrisme^{83,84}. Cette intervention de réduction des méfaits intègre la fourniture contrôlée d'alcool comme un composant clé d'un programme intégré incluant souvent un éventail de services médicaux et psychosociaux, comme du soutien en matière de logement, de nutrition et financier, l'accès aux soins médicaux ainsi que des soutiens sociaux et culturels⁸³⁻⁸⁵. La fourniture contrôlée d'alcool implique la distribution de doses d'alcool personnalisées aux clients à intervalles réguliers afin de réguler la consommation d'alcool, éviter les méfaits généralement associés à une ivresse excessive (p. ex., chutes, blessures, agressions, arrestations), réduire ou éliminer la nécessité de consommer de l'alcool non destiné à la consommation et limiter le risque de développer des symptômes graves de sevrage de l'alcool ainsi que d'autres méfaits dus au manque d'accès à l'alcool⁸³.

En principe, les PGA cherchent à rompre le cycle de marginalisation et de consommation de survie chez les personnes atteintes d'un TUA grave en s'assurant que l'accès à l'alcool n'empêche pas l'accès aux déterminants de la santé de base (p. ex., logement, nourriture, soins primaires). À cet effet, la nourriture et l'hébergement font partie des services fondamentaux des PGA. Les programmes de gestion de l'alcool sont souvent associés à des, ou proposés dans le cadre de, programmes de logement ou d'autres formes d'hébergement qui fournissent une solution de rechange sûre et inclusive aux logements imposant l'abstinence pour les personnes atteintes d'un TUA grave⁸⁴. Notamment, l'un des premiers PGA du Canada – Seaton House à Toronto – a été créé à la fin des années 1990 à la suite d'une enquête publique concernant trois hommes qui étaient morts de froid parce qu'ils n'avaient pas pu trouver un refuge adéquat en raison de leur consommation d'alcool⁸⁶.

Les programmes de gestion de l'alcool représentent également un point d'accès essentiel pour d'autres services médicaux et sociaux qui peuvent être proposés au sein du programme ou par le biais de services de proximité⁸³. Dans le cadre des soins actifs, des PGA ont également été mis en œuvre pour soutenir les patients atteints d'un TUA grave pour lesquels la gestion du sevrage ou une abstinence de courte durée pendant leur séjour à l'hôpital n'est pas réalisable⁸⁷.

Suite à la pandémie de COVID-19, de nombreuses juridictions ont développé des PGA pour réduire le risque de symptômes graves de sevrage et d'autres méfaits liés à l'alcool chez les personnes atteintes d'un TUA; cette initiative a été conçue pour faciliter la distanciation physique ou l'auto-isolément pendant la pandémie, et pour aider ceux qui rencontraient des obstacles supplémentaires dans l'accès aux boissons alcoolisées (p. ex., perte de revenus, fermetures d'entreprises). Pour soutenir la mise en œuvre de PGA à cet effet en Colombie-Britannique, le Centre de Colombie-Britannique sur l'usage de substances et l'Institut canadien de recherche sur l'usage de substances ont développé des [Operational Guidance for Implementation of Managed Alcohol for Vulnerable Populations \(Lignes directrices opérationnelles concernant la mise en œuvre de la gestion de l'alcool pour les populations vulnérables\)](#). En outre, l'ICRAS a développé des documents d'orientation rapide nationaux pour [Supporting People Who Use Substances in Shelter Settings During the COVID-19 Pandemic \(Soutenir les personnes qui consomment des substances dans des structures de refuge pendant la pandémie de COVID-19\)](#)^{et} [Supporting People Who Use Substances in Acute Care Settings During the COVID-19 Pandemic \(Soutenir les personnes qui consomment des substances dans des structures de soins actifs pendant la pandémie de COVID-19\)](#), tous deux contenant des lignes directrices

concernant la fourniture contrôlée d'alcool dans le contexte de la COVID-19. L'Institut universitaire sur les dépendances (IUD) du Québec a également développé un document d'orientation clinique pour La pharmacothérapie de [remplacement des substances psychoactives dans le contexte de pandémie de COVID-19 au Québec](#), qui est disponible en français et en anglais et comprend des lignes directrices concernant la fourniture contrôlée d'alcool.

1.5 Objet et portée

Ce document a pour but de fournir un cadre directeur pour la mise en œuvre et le fonctionnement des PGA. La mise en œuvre de PGA dans les communautés canadiennes contribuera à combler le fossé en matière de réduction des méfaits au sein du continuum des soins du TUA actuel, qui touche les personnes atteintes d'un trouble de l'usage de l'alcool non traité, notamment chez les populations marginalisées pauvres et sans-abris.

Les lignes directrices contenues dans ce texte ont été développées par le biais d'un consensus du comité en se référant directement aux données probantes disponibles, aux constatations de l'analyse juridictionnelle et à l'expérience clinique. Consultez l'[Annexe 1](#) pour découvrir une présentation du processus d'élaboration des lignes directrices.

À cet effet, ce document d'orientation fournit :

1. une présentation des données probantes soulignant l'efficacité et la sûreté des PGA
2. une analyse juridictionnelle des programmes actuellement appliqués dans les juridictions canadiennes et internationales
3. lignes directrices concernant la mise en œuvre et le fonctionnement

Les lignes directrices concernant la mise en œuvre qui sont présentées dans ce texte comprennent :

- Une présentation des modèles de fourniture de services potentiels et de la manière de sélectionner le modèle le plus approprié pour un site particulier
- Consultation des parties prenantes avant la mise en œuvre
- Considérations relatives au personnel et à l'espace
- Lignes directrices concernant l'acquisition, le stockage et la distribution des boissons alcoolisées

Les lignes directrices opérationnelles fournies comprennent :

- Considérations relatives à l'admissibilité et à l'admission
- Considérations relatives au dosage personnalisé
- Planification des soins
- Surveillance
- Fourniture de services de soins et de soutien pertinents

1.5.i Public visé

Le public cible pour ce document est : les décideurs politiques, les directions médicales et opérationnelles au sein des autorités de la santé, les chefs d'équipe, les bailleurs de fonds et les organisations qui fournissent des soins pour les troubles de l'usage de substance, y compris la réduction des méfaits ainsi que des soutiens et services de logement.

2 État actuel des connaissances

Cette section fournit une analyse des données probantes scientifiques qui évaluent l'efficacité et la faisabilité des PGA dans différentes structures.

2.1 Données probantes soulignant l'efficacité des programmes de gestion de l'alcool

La recherche sur l'efficacité des PGA s'est développée durant la dernière décennie. Les études publiées à ce jour ont trouvé des preuves d'un bénéfice significatif pour un certain nombre de résultats d'intérêt essentiels, dont la réduction des méfaits pour la santé liés à l'alcool, la réduction de la consommation d'alcool non destiné à la consommation, l'amélioration de la qualité de vie et de la sécurité, l'amélioration de la stabilité du logement et la réduction du fardeau sur les systèmes de santé et de justice criminelle^{64,88,89}.

Revue systématique

Trois revues systématiques des PGA ont été publiées à ce jour. Il convient de noter que deux des revues systématiques disponibles sont antérieures à la majorité de la recherche menée sur les PGA; par conséquent, les constatations des études [d'observation](#) et [qualitatives](#) simples résumées dans les sections suivantes de ce document sont peut-être plus représentatives de l'état actuel des connaissances sur les PGA et de la solidité de la recherche disponible.

En 2012, une revue systématique de Cochrane a été réalisée pour évaluer l'efficacité des PGA en faveur de la réduction de l'incidence de comportements nocifs, par rapport à une consommation d'alcool autocontrôlée, à une brève intervention ou à des programmes fondés sur l'abstinence et dirigés par des pairs ou fournisseurs avec n'importe quelle variation de la facilitation en 12 étapes.⁹⁰ Les indices clés de méfaits comprenaient l'hyperalcoolisation rapide, la consommation de substance, la violence et la consommation d'alcool non destiné à la consommation. Les auteurs n'ont trouvé aucune étude contrôlée qui réponde aux critères d'inclusion et ont attribué le manque de données probantes à l'hétérogénéité des mesures des résultats (c'est-à-dire, réduction des méfaits vs

arrêt ou réduction de la consommation d'alcool).⁹⁰ Mettant en avant la nécessité vitale de programmes de réduction des méfaits liés à l'alcool chez les populations urbaines vulnérables, les auteurs ont demandé le développement de mesures des résultats standardisées et de méthodologies appropriées pour évaluer les PGA.

Une étude de faisabilité de 2015 pour la mise en œuvre de PGA à Sydney, en Australie, comprenait une revue systématique de la littérature universitaire et grise (N = 14 études) examinant l'effet des PGA sur les niveaux de consommation d'alcool, l'adhésion aux programmes, la fréquence des contacts avec les services de police et d'urgence ainsi que le lien avec les soins médicaux.⁵⁶ Dans un résumé des constatations, les auteurs ont indiqué avoir trouvé des preuves de faible qualité de réduction de la fréquence d'intoxication et de réduction du nombre de verres standard consommés par jour. Le contact avec la police avait également été réduit de 43 à 51 %. Les constatations sur l'efficacité des PGA pour réduire la nécessité de visites aux services d'urgence ont été remarquables; les participants aux PGA ont eu 93 % de réduction d'utilisation des services d'urgence tandis que 83 à 89 % ont reçu des soins médicaux non urgents pendant leur séjour au sein de PGA.⁵⁶ Les auteurs ont conclu que, en se fondant sur la littérature disponible, les PGA pouvaient représenter une réponse appropriée aux nécessités médicales et sociales complexes des personnes sans-abris atteintes de TUA.

Même si la langue de publication a été limitée à l'anglais dans la stratégie de recherche d'articles pour la revue de la littérature actuelle, la consultation d'experts a mené à l'inclusion d'une revue systématique en français menée par l'Institut universitaire sur les dépendances de Montréal, qui a été réalisée dans le cadre d'une étude de faisabilité et d'un protocole de mise en œuvre pour l'établissement d'un PGA à Montréal en 2020⁹¹. Dans un compte-rendu des constatations de la revue, les auteurs ont indiqué que la participation à un PGA était associée à une réduction de la consommation d'alcool non destiné à la consommation et à une légère diminution de la consommation d'alcool totale. La littérature passée en revue a également associé les PGA à une réduction significative des rencontres avec la police, de l'utilisation des services d'urgence et de la durée des hospitalisations liées à l'alcool. La revue a également constaté des améliorations dans la stabilité du logement et le bien-être psychosocial⁹¹.

Enfin, une analyse exploratoire de 2022 (N = 32 études) a utilisé une méthodologie de recherche systématique pour passer en revue la littérature universitaire et grise examinant l'efficacité des PGA⁹². Les principaux objectifs de cette revue

étaient d'identifier les impacts mesurés des PGA et d'identifier les lacunes dans les données probantes qui nécessitent de plus amples recherches. Les auteurs ont constaté que, tandis que les PGA représentaient un domaine de recherche émergent, la littérature disponible offrait une évaluation prometteuse de l'efficacité des PGA pour améliorer les résultats psychosociaux et en matière de santé des personnes sans-abris atteintes d'un TUA grave. Dans la catégorie des résultats mesurables dus à une participation à un PGA, les études incluses ont observé une amélioration significative des premiers résultats liés à l'alcool (p. ex., diminution rapide de la consommation d'alcool globale, de la consommation d'alcool non destiné à la consommation, des crises, des agressions et des blessures), des résultats généraux en matière de santé, du maintien dans le logement et des mesures de la qualité de vie chez les participants atteints d'un TUA grave. Dans la catégorie des expériences rapportées par les clients, les participants à des PGA mentionnés dans les études qualitatives incluses ont indiqué avoir eu un plus grand sentiment de sécurité personnelle, d'appartenance à une communauté et de contrôle des comportements et modes de consommation de l'alcool, avec une réduction des sentiments de honte et de culpabilité, attribuée à un environnement de PGA non stigmatisant. Tandis que la revue a eu des résultats prometteurs quant aux résultats obtenus pendant la participation à un PGA, les auteurs ont demandé des recherches supplémentaires sur l'évaluation des résultats sur le long terme et les considérations relatives à la mise en œuvre des programmes⁹².

Études d'observation

À l'exception d'une étude initiale de démonstration de principe publiée en 2006, la recherche d'observation publiée à ce jour sur les PGA communautaires est presque exclusivement canadienne et menée au sein de la Canadian Managed Alcohol Programs Study (CMAPS, Étude canadienne sur les programmes de gestion de l'alcool). Ce travail s'est principalement axé sur les PGA communautaires proposés dans des structures basées sur le logement^d, comme des refuges ou des logements avec services de soutien, qui fournissent une solution de rechange plus inclusive aux logements exigeant l'abstinence pour les personnes atteintes d'un TUA grave

d Le terme programme ou structure « basé sur le logement » est utilisé dans ce document pour faire référence à des services comme des refuges ou des logements avec services de soutien à court ou long terme dans lesquels les clients reçoivent un hébergement ainsi que d'autres services médicaux et sociaux, comme la fourniture contrôlée d'alcool.

présentant des conditions de logement instables.

L'étude de démonstration de principe initiale (2006) sur la fourniture contrôlée d'alcool était une étude d'observation avec une analyse avant/après (n = 17) menée dans un refuge d'Ottawa qui a examiné l'impact de la distribution contrôlée de l'alcool sur la consommation d'alcool, les visites aux services d'urgence et les rencontres avec la police⁹³. Les participants au PGA étaient inscrits dans le programme pendant 16 mois en moyenne, avec une plage qui allait de 5 à 24 mois. Les résultats ont montré que le nombre de rencontres avec la police pendant la participation au PGA avait chuté de 51 % (p = 0,018) et que la moyenne mensuelle totale des visites aux services d'urgence avait chuté de 40 % (p = 0,004), par rapport aux données recueillies à partir des dossiers des mêmes participants pendant les 3 années qui ont précédé leur participation au PGA. Tandis que les résultats des analyses sanguines n'ont pas montré de changement significatif de l'alcoolémie, tous les participants ont signalé avoir réduit leur consommation d'alcool pendant qu'ils ont bénéficié du PGA, et les participants, ainsi que le personnel, ont remarqué une amélioration de l'hygiène, de la nutrition et de l'implication dans les soins⁹³. Cette étude n'avait pas de groupe témoin.

En 2013, une étude pilote à petite échelle à méthodes combinées (n = 7) a évalué un PGA dans une structure de logements avec services de soutien à Vancouver en appliquant une analyse avant/après. Les résultats d'intérêt comprenaient une stabilité du logement, l'accès à et l'utilisation des services de santé, le fonctionnement social, les modes de consommation de l'alcool, les méfaits liés à l'alcool et les changements de l'état de santé⁸⁸. Tous les participants ont été hébergés tout le long de l'évaluation et ont indiqué qu'ils étaient très satisfaits de leur logement à chaque moment de collecte de données. Les constatations ont également montré une réduction de la fréquence et du volume de la consommation d'alcool non destiné à la consommation. Les participants et le personnel ont également signalé des réductions de plusieurs méfaits liés à l'alcool (p. ex., problèmes de fonctionnement social, problèmes financiers, crises de sevrage) et des améliorations dans les mesures de santé mentale. En outre, le personnel et les participants ont relevé une amélioration de l'accès aux soutiens et services médicaux et psychosociaux ainsi qu'une amélioration des liens sociaux. Au vu de ces constatations, les auteurs ont conclu que le programme remplissait ses objectifs de réduction des méfaits consistant à fournir aux clients un logement durable et à réduire la consommation d'alcool non destiné à la consommation ainsi que les méfaits liés. Cependant, les auteurs ont observé qu'il n'y avait aucune réduction de

la quantité totale d'alcool consommé et que le nombre de participants répondant aux critères d'atteinte hépatique avait augmenté, ce qui pouvait potentiellement être attribué à une consommation en dehors du programme⁸⁸. Tout en soulignant la capacité du programme à remplir ses principaux objectifs, les auteurs ont appelé à une recherche à plus grande échelle afin de mieux définir les bienfaits et les risques de la participation à un PGA et de prendre en compte les éléments de conception de programme qui pourraient réduire le risque de consommation d'alcool en dehors du programme⁸⁸.

Une étude longitudinale contrôlée à méthodes combinées d'un PGA en 2016 au sein d'une structure de logement en Ontario (n = 38; 18 participants au PGA et 20 membres d'un groupe témoin) a évalué l'impact de l'alcool contrôlé sur les modes de consommation de l'alcool et les résultats liés, dont les méfaits sur la santé liés à l'alcool, la stabilité du logement, les rencontres avec la police et le lien avec les services de santé chez les personnes sans-abris⁹⁴. Le groupe témoin était composé de personnes comparables sur le plan démographique provenant d'un refuge d'urgence qui répondaient aux critères de dépendance à l'alcool et pouvaient répondre aux critères de participation au PGA. Par rapport aux témoins, les participants au PGA ont eu 43 % de contacts en moins avec la police ($p < 0,01$), 70 % d'admissions en moins dans des programmes de désintoxication ($p < 0,02$); 47 % de visites en salle d'urgence en moins et moins de jours de consommation d'alcool non destiné à la consommation (en moyenne 4,3 jours vs 12,4 jours, $p < 0,05$). La fréquence de la consommation d'alcool non destiné à la consommation a été considérablement plus basse pour les participants au PGA que pour les témoins ($t = -2,34$, $P < 0,05$). En outre, des réductions marquées, mais non significatives ont été observées chez les participants qui ont eux-mêmes signalé des méfaits liés à l'alcool dans les domaines de la vie de famille, des problèmes juridiques et des crises de sevrage. Les auteurs ont également comparé les mêmes résultats pour les périodes avec/ sans alcool contrôlé chez 13 participants du PGA, en utilisant les dossiers de police et de santé des 5 années qui ont précédé la participation au PGA, jusqu'à 12 mois après la participation. Par rapport aux périodes où ils ne bénéficiaient pas du PGA, les participants au PGA ont eu 41 % de rencontres en moins avec la police ($p < 0,03$), 87 % d'admissions en moins dans un programme de désintoxication ($p = 0,06$) et 32 % d'admissions hospitalières en moins ($p = 0,03$). Des améliorations de la fonction hépatique ont également été observées dans presque l'ensemble des 13 cas pour lesquels des dossiers d'épreuve de fonction hépatique comparables étaient disponibles pour les périodes avant et après la participation au PGA⁹⁴. Une analyse supplémentaire de la même étude a montré que, par rapport aux témoins, les

participants au PGA avaient beaucoup plus de chance de conserver leur logement; 13 (72 %) des participants au PGA ont conservé leur logement tandis que l'ensemble des témoins ont continué d'être sans-abris pendant la période de l'étude⁶⁹.

Une étude d'observation contrôlée de 2018 a évalué la consommation d'alcool de participants (n = 175) à six PGA basés sur le logement dans cinq villes du Canada (Vancouver, Thunder Bay, Toronto, Ottawa et Hamilton) par rapport à un groupe témoin d'un âge, d'un sexe et d'une ethnicité équivalents (n = 189)⁹⁵. Les résultats ont montré que les participants ayant bénéficié d'un PGA depuis plus de deux mois buvaient beaucoup moins de verres standard par jour (15,1 verres) que les participants à un PGA qui venaient de commencer (20,2) et les témoins (22,2)⁹⁵. Les clients participant à un PGA depuis un certain temps ont également signalé moins de jours de consommation d'alcool non destiné à la consommation que les témoins (moyenne ajustée : 1,51 vs 3,79, $p < 0,05$). Les clients participant à un PGA depuis un certain temps étaient également beaucoup moins susceptibles d'indiquer des méfaits liés à l'alcool (p. ex., problèmes de santé physique, implication dans des activités illégales, problèmes sociaux) durant les 30 derniers jours que les participants à un PGA qui venaient de commencer et les témoins⁹⁵.

Une autre analyse de 2018 de la même étude (175 clients d'un PGA et 189 témoins) a analysé les stratégies employées par les participants pour faire face à des circonstances dans lesquelles les boissons alcoolisées étaient devenues inabordables.⁶⁶ Les auteurs ont découvert que les participants à un PGA qui avaient bénéficié du programme depuis plus de deux mois étaient moins susceptibles que les témoins de recourir à des stratégies d'adaptation potentiellement néfastes.⁶⁶ Plus précisément, les participants à un PGA étaient beaucoup moins susceptibles de consommer des drogues illicites, y compris de l'alcool non destiné à la consommation (rapport des cotes [RC] 0,50, $p = 0,02$), voler dans des magasins d'alcools (RC 0,50, $p = 0,04$), rebudgétiser leurs ressources financières pour acheter de l'alcool (RC 0,36, $p < 0,001$) ou voler des biens (RC 0,40, $p = 0,07$). Les clients participant à un PGA depuis un certain temps étaient également plus susceptibles de chercher un traitement (RC 1,91, $p = 0,03$) et moins susceptibles de se passer d'alcool et de subir les complications d'un sevrage (RC 0,47, $p = 0,01$)⁶⁶.

Une étude longitudinale quasi expérimentale sur plusieurs sites de 2021 (n = 175) s'est intéressée aux tendances de consommation d'alcool et aux méfaits pour la santé liés sur le long terme (12 mois) chez 59 participants à un PGA par rapport à 116 témoins locaux qui ne recevaient pas de traitement pour le TUA et

auraient répondu aux critères d'admission à un PGA.⁹⁶ Tandis que les deux groupes affichaient des réductions similaires en ce qui concerne la consommation totale de boissons alcoolisées et d'alcool non destiné à la consommation, les participants à un PGA consommaient leur alcool selon un schéma plus uniforme et modéré, avec une consommation d'alcool totale qui s'étalait sur une période plus longue (25,41 vs 19,64 jours par mois). Les participants à un programme de gestion de l'alcool ont également signalé un nombre beaucoup moins important de méfaits lors des suivis à 2 et 6 mois, sans différence significative entre les deux groupes au niveau des méfaits observés à 12 mois. En outre, les résultats des épreuves de fonction hépatique ont montré que la participation à un PGA n'était pas associée à une aggravation du fonctionnement hépatique, tandis que la sortie d'un PGA était associée à une détérioration de la fonction hépatique par rapport à la période de participation au PGA. Tout en confirmant les constatations des études de CMAPS précédentes résumées ci-dessus, cet article fournit les données probantes les plus solides à ce jour montrant que la participation à un PGA peut favoriser un mode de consommation de l'alcool plus sûr et stable par rapport aux témoins, sans impact négatif sur la fonction hépatique ou d'autres méfaits sur la santé liés à l'alcool.

Une étude de cohorte contrôlée rétrospective de 2021 (n = 333) a évalué les résultats en matière de santé de 205 participants à un PGA recrutés dans sept PGA de cinq villes canadiennes par rapport à 128 témoins locaux qui n'ont pas participé à un PGA, mais répondaient aux critères d'admission à un PGA⁹⁷. Les résultats d'intérêt comprenaient les risques de visite en salle d'urgence, d'hospitalisation et de décès. Pour évaluer ces risques, les auteurs ont récupéré les dossiers de décès, de visites en salle d'urgence et d'hospitalisation des participants sur une période de 12 ans (2006-2017) et ont créé des modèles statistiques basés sur ces données. Les constatations ont montré que les participants à un PGA passaient beaucoup moins de temps à l'hôpital que les participants témoins (12,78 vs 20,08 jours par an, P = 0,0001)⁹⁷. Il n'y a eu aucune autre différence significative observée entre les participants à un PGA et les témoins. Les auteurs ont également comparé tous les résultats d'intérêt pendant les périodes avant le PGA, avec le PGA et sans le PGA au sein du bras PGA de l'étude; par rapport aux périodes passées sans le PGA, la participation à un PGA a été associée à un risque beaucoup plus réduit de mortalité (rapport de risques instantanés [RRI] = 0,37, P = 0,0001) et de visites en salle d'urgence (RRI = 0,74, P = 0,0002) ainsi qu'à moins de jours d'hospitalisation par an (10,40 vs 20,08, P = 0,0184)⁹⁷. Les auteurs ont conclu que les PGA représentaient une approche prometteuse pour réduire le risque de mortalité et le temps passé à l'hôpital des personnes sans-abris atteintes de TUA.

Constatations qualitatives

Une étude qualitative de 2015 de CMAPS comprenant des entretiens et des groupes de consultation de suivi avec 10 clients au sein d'un PGA en Ontario a cherché à identifier les aspects spécifiques du programme qui contribuaient à créer un « lieu d'épanouissement », que les auteurs ont défini comme étant un réseau ou un environnement qui offre aux personnes les ressources clés pour améliorer leur bien-être⁹⁸. L'analyse des constatations issues des entretiens a suggéré que l'environnement du PGA favorisait la convivialité, la prise de conscience et l'autogestion chez les participants. Le sentiment de convivialité était entretenu par des interactions de soutien avec le personnel et les autres participants, tandis qu'un accès régulier aux consultations médicales (p. ex., discussion des résultats de l'épreuve de fonction hépatique) et la possibilité d'observer les problèmes de santé des autres clients ont généré une prise de conscience de la vulnérabilité et des risques spécifiques pour la santé liés à la consommation d'alcool. En outre, les participants ont indiqué que la gestion en collaboration de la fourniture quotidienne d'alcool leur donnait le sentiment d'avoir le choix et la capacité de gérer eux-mêmes leur consommation sans le stress relatif à l'obtention de l'alcool. Ce sentiment de contrôle avait permis à toutes les personnes interrogées de faire des pauses périodiques dans leur consommation ou de réduire leur consommation d'alcool (p. ex., remplacer certaines doses par des solutions de rechange non alcoolisées proposées par le programme). Les auteurs ont conclu que, tout en fournissant un espace pour la réduction des méfaits liés à l'alcool, les PGA font office de lieux d'épanouissement pour le rétablissement personnel où des relations de soutien, une meilleure prise de conscience de leur santé et une autodiscipline peuvent responsabiliser les personnes afin qu'elles améliorent de manière durable leur santé et leur bien-être. Les auteurs ont également souligné le rôle d'éléments tangibles du programme, comme la réalisation d'épreuves de fonction hépatique régulières et la mise à disposition de boissons non alcoolisées (p. ex., bière sans alcool), en tant que facilitateurs importants du rétablissement au sein du programme⁹⁸.

Le composant qualitatif d'une étude longitudinale à méthodes combinées de 2016 d'un PGA au sein d'une structure de logement en Ontario (n = 38) comprenait des entretiens approfondis avec 7 participants à un PGA et 4 membres du personnel^{69,94}. Les entretiens se concentraient sur l'expérience des participants au sein du PGA et l'impact perçu du programme sur leur qualité de vie. Les clients ont systématiquement décrit le PGA comme un refuge sûr par rapport à la rue. Contrairement à la rue, où leurs vies étaient accaparées par la lutte quotidienne

pour la survie, les participants ont qualifié le PGA d'environnement semblable à un domicile où ils pouvaient nouer et compter sur des relations de respect et de confiance qui soutenaient leur guérison⁶⁹. Avant de participer au PGA, les participants étaient passés par un éventail de structures temporaires, comme des hôpitaux, des prisons et des refuges, où ils ont dû faire face à de la stigmatisation et au jugement⁹⁴. Les entretiens ont suggéré que, outre la fourniture d'une solution de rechange accueillante et non stigmatisante à ces structures, le PGA avait réduit la nécessité de recourir à des activités qui pouvaient mener à des rencontres avec la police (p. ex., vol ou dormir dans des véhicules abandonnés)⁹⁴. De plus, un accès régulier aux soins de santé par le biais du PGA avait réduit la nécessité d'avoir recours aux services de soins d'urgence⁹⁴. Globalement, les constatations qualitatives suggèrent que le PGA faisait office d'espace sûr et de soutien où les clients pouvaient trouver la stabilité, l'espoir et la confiance nécessaires pour commencer à guérir et renouer les liens avec la famille et les pratiques culturelles^{69,94}.

Une étude qualitative de CMAPS de 2019 portant sur six PGA dans cinq villes canadiennes, et impliquant 57 participants à un PGA et 50 membres du personnel, a examiné le rôle des PGA dans la réduction des méfaits associés à la consommation de substance et au sans-abrisme⁶³. Dans des entretiens individuels semi-dirigés, les participants ont décrit la vie avant l'entrée dans le PGA comme un processus perturbant de déplacement perpétuel et de présences cycliques dans de multiples structures ou environnements (p. ex., vie dans la rue, services de santé, système judiciaire, hébergement et refuges), où l'abstinence était une condition préalable pour recevoir une aide sociale ou des soins de santé adéquats. Cette instabilité entraînait un accès minimal et sporadique aux services sociaux et de soins ainsi que la perte des liens familiaux et sociaux. Les participants ont indiqué que les PGA avaient rompu ce cycle en garantissant que la stabilité du logement ainsi que les soutiens et soins de santé adéquats n'étaient pas subordonnés à l'abstinence⁶³. Les constatations ont suggéré que, outre l'atténuation des risques liés à l'alcool et la facilitation de l'accès aux soins de santé et à une nutrition de base, les PGA offraient aux clients un endroit sûr et stable où ils pouvaient renouer leurs liens sociaux et culturels ainsi que commencer à guérir. Soulignant l'importance du lien avec l'identité culturelle dans ce processus de guérison, les auteurs ont également demandé la mise en œuvre de PGA dirigés par des autochtones et l'extension de l'accès aux pratiques culturelles autochtones au sein des PGA existants⁶³.

L'impact des PGA menés par des pairs qui fonctionnent comme des programmes de jour (c'est-à-dire, sans hébergement de nuit) a été étudié pour la première fois dans

une étude qualitative de 2021 incluant des entretiens approfondis avec 14 clients d'un PGA de jour/de proximité qui concernait les membres de la communauté sans-abris ou présentant des conditions de logement instables⁶⁷. Les participants ont mis en avant le rôle central du programme dans la fourniture d'une solution de rechange aux schémas de consommation de survie dans la rue, y compris la consommation d'alcool non destiné à la consommation, qui représentait une grande partie des habitudes de consommation quotidiennes des participants avant leur participation au PGA. Non seulement le programme proposait des options de boissons alcoolisées gratuites ou à faible coût et un salon pour que les clients puissent se rassembler et boire en toute sécurité, mais il offrait également des possibilités d'emploi quotidiennes (p. ex., travailler dans la brasserie coopérative ou fournir des boissons non alcoolisées aux membres de la communauté afin de favoriser une hydratation régulière). Ce processus stimulait le sens du service et éloignait encore davantage les clients des schémas de consommation de survie nocifs. Tous les participants ont indiqué avoir réduit de manière radicale ou arrêté la consommation d'alcool non destiné à la consommation grâce à un accès permanent aux boissons alcoolisées par le biais du programme. Un certain nombre de participants ont affirmé que le programme avait éliminé la nécessité de voler ou de pratiquer le vol à l'étalage pour avoir de l'alcool. Les témoignages des participants ont suggéré que le temps et l'énergie précédemment consacrés aux activités de consommation de survie étaient maintenant redirigés vers le rétablissement des liens avec la communauté et les soins. À partir de ces constatations, les auteurs ont conclu que les PGA communautaires non résidentiels et dirigés par des pairs peuvent répondre aux besoins médicaux et sociaux des membres de la communauté marginalisés atteints d'un TUA grave et doivent être envisagés dans les projets visant à mettre en œuvre et élargir les interventions de réduction des méfaits pour cette population⁶⁷.

Données probantes sur la rentabilité des PGA

En référence aux études constatant une réduction significative de l'utilisation des services d'urgence et de la police chez les clients des PGA, une analyse financière approfondie coût-avantage du PGA basé sur le logement à Thunder Bay, en Ontario, a été réalisée en 2016⁹⁹. Les auteurs ont comparé les coûts annuels nets d'un utilisateur moyen du PGA pour les services médicaux et sociaux (c'est-à-dire, participation au PGA, refuges d'urgence, services de désintoxication, hospitalisation, service d'urgence) à ceux des groupes témoins et des participants au PGA avant leur participation au PGA. Le coût total des services pour un participant moyen au PGA a été estimé à 42 685 \$ (y compris 29 306 \$ attribués

aux coûts opérationnels du PGA par client) tandis que les coûts totaux pour le groupe témoin atteignaient 48 969 \$⁹⁹. Cette analyse a montré que les coûts annuels pour la société d'un participant moyen au PGA étaient inférieurs de 6 284 \$ à ceux du groupe témoin. Les auteurs ont calculé une économie de 1,09 à 1,21 \$ pour chaque dollar investi dans un PGA, en raison de la réduction significative du recours aux services médicaux, sociaux et juridiques par les participants aux PGA⁹⁹.

Données probantes sur les programmes de gestion de l'alcool hospitaliers

La fourniture d'alcool aux patients hospitalisés afin d'éviter et de gérer les symptômes graves du sevrage de l'alcool est soutenue par un faisceau de données probantes relativement faible. Une revue de 2018 de 28 articles (n = 688 participants), dont 9 essais contrôlés randomisés et non randomisés, a constaté que la fourniture d'alcool était sûre et non inférieure aux protocoles de gestion du sevrage standard (p. ex., traitement avec des benzodiazépines) pour éviter ou traiter les symptômes de sevrage de l'alcool chez les patients hospitalisés atteints d'un TUA grave¹⁰⁰. Tout en demandant des recherches plus solides et des lignes directrices sur la mise en œuvre des PGA hospitaliers, les auteurs ont conclu que la littérature disponible soutenait l'efficacité de cette intervention pour éviter les symptômes graves du sevrage, stabiliser les modes de consommation de l'alcool, encourager les patients à rester à l'hôpital jusqu'à la fin de leur traitement hospitalier et les mettre en relation avec d'autres soutiens médicaux et sociaux¹⁰⁰.

Données probantes émergentes sur le remplacement par le cannabis dans les PGA

Une étude à méthodes combinées pré-mise en œuvre de 2021 impliquant 6 PGA (n = 43 [19 clients de PGA et 24 membres du personnel des programmes et chefs d'organisation]) a évalué la faisabilité, et la nécessité, de proposer aux clients des PGA du cannabis en remplacement de l'alcool pour réduire les conséquences d'une consommation excessive d'alcool sur le long terme¹⁰¹. La prémisse de cette étude a été inspirée par des observations suggérant que le cannabis pouvait être bénéfique pour réduire les symptômes de sevrage et l'envie impérieuse d'alcool (ce qui peut entraîner une réduction de la consommation d'alcool) ainsi que d'autres problèmes, comme la douleur, l'anxiété et les troubles du sommeil¹⁰²⁻¹⁰⁶. Les données recueillies par le biais d'entretiens et d'enquêtes structurés ont montré que 63 % des clients participant à un PGA consommaient déjà régulièrement du cannabis pour gérer leur envie impérieuse (n = 15, 78,9 %) et le sevrage (n = 10, 52,6 %) de l'alcool¹⁰¹. La majorité des participants à un PGA (n = 16, 84,2 %) a exprimé un intérêt pour recevoir

du cannabis en remplacement dans le cadre du programme. De même, 6 des chefs d'organisation interrogés sur 7 soutenaient la mise en œuvre d'un programme pilote de remplacement par du cannabis. Les défis potentiels identifiés par le biais des entretiens avec le personnel et les chefs d'organisation étaient généralement d'ordre logistique et incluaient le manque d'accès à un approvisionnement en cannabis durable, l'incertitude concernant les exigences pour l'approbation et la nécessité d'une formation et d'un soutien supplémentaires pour le personnel et les clients. Outre l'évaluation de l'intérêt et de la nécessité, l'étude a également présenté le point de vue des participants sur les caractéristiques d'un service de remplacement par du cannabis réalisable et préférable; les participants aux PGA et le personnel ont exprimé leur préférence pour un modèle de remplacement partiel au sein duquel le personnel distribue du cannabis pour remplacer une partie des doses d'alcool en fonction des préférences des clients¹⁰¹. Soulignant la prévalence existante de la consommation de cannabis par les clients des PGA et le soutien significatif en faveur de l'inclusion du remplacement par du cannabis dans les programmes de gestion de l'alcool, les auteurs ont recommandé l'allocation de fonds ainsi que des soutiens en matière d'éducation, de formation et de counseling pour la mise en œuvre du remplacement par du cannabis¹⁰¹.

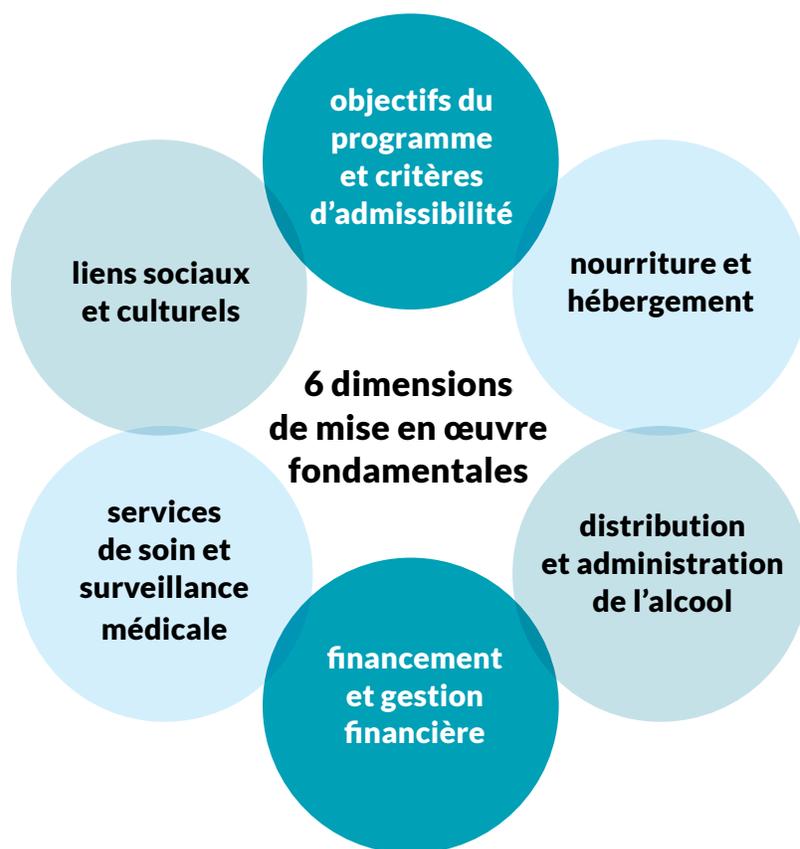
2.2 Analyse juridictionnelle

Cette section fournit une brève présentation des caractéristiques des PGA appliqués dans les juridictions canadiennes et internationales.

2.2.i Programmes de gestion de l'alcool au Canada

Au moment de la publication, au minimum 42 PGA connus sont appliqués dans huit provinces et territoires canadiens (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Québec, Nouvelle-Écosse et Territoires du Nord-Ouest). Une liste descriptive de ces services est disponible sur le [site Internet de CMAPS](#). Cette section fournit un résumé des caractéristiques clés des PGA

canadiens, dont la structure, les critères d’admissibilité, les plans de distribution et d’administration de l’alcool contrôlé, le personnel, les sources de financement et la gamme de services supplémentaires.^e Ces éléments de service clés sont définis en se référant à une analyse complète de 2018 portant sur 13 PGA du Canada, qui a identifié six dimensions de mise en œuvre fondamentales : objectifs du programme et critères d’admissibilité, nourriture et hébergement, distribution et administration de l’alcool, financement et gestion financière, services de soin et surveillance médicale, ainsi que liens sociaux et culturels⁶⁴.



e L'analyse juridictionnelle provient en grande partie de la [Vue d'ensemble des sites de PGA au Canada](#) régulièrement mise à jour de CMAPS et une analyse juridictionnelle de 2019 menée dans le cadre de [Rapid Synthesis: Determining the Features of Managed Alcohol Programs \(Synthèse rapide : détermination des caractéristiques des programmes de gestion de l'alcool\)](#) de l'Université McMaster. Le cas échéant, des informations supplémentaires et actualisées ont été incluses en se référant à la littérature.

Il convient de noter qu'il peut exister des structures de logement et d'autres services communautaires au Canada qui appliquent les principes de fourniture contrôlée de l'alcool pour réduire les méfaits liés à l'alcool chez des clients atteints de TUA sans qu'ils soient formellement reconnus comme étant un PGA89. En outre, dans le cadre de la réponse à la pandémie de COVID-19, un certain nombre d'organisations communautaires qui s'occupent de populations vulnérables ont développé des protocoles de fourniture contrôlée de l'alcool afin d'éviter les méfaits d'un sevrage de l'alcool non géré chez les personnes atteintes de TUA qui ont des difficultés à obtenir de l'alcool en raison des consignes de distanciation physique¹⁰⁷. Cette analyse juridictionnelle ne prend pas en compte tous ces services émergents.

Structure

Les structures de logements avec services de soutien permanents et temporaires sont les plus courantes parmi les PGA du Canada. Les autres structures communautaires sont, entre autres, des refuges, des haltes-accueils et des programmes de proximité communautaires¹⁰⁸.

Certains programmes de proximité communautaires proposent de la fourniture d'alcool ainsi que de la distribution d'alcool en halte-accueil (p. ex., Phoenix Residential Society, Regina; Community Managed Alcohol Programs [Programmes de gestion de l'alcool communautaires], Vancouver)^{107,108}. Il existe également 2 programmes hospitaliers pour les patients hospitalisés, un au St. Paul's Hospital de Vancouver¹⁰⁹ et un autre au Royal Alexandra Hospital de Edmonton¹⁰⁸.

Critères d'admissibilité

Dans presque tous les cas où les critères d'admissibilité au PGA sont mentionnés explicitement, le TUA grave est indiqué comme étant le principal critère d'admissibilité^{108,110}. Le Lighthouse Supported Living de Saskatoon représente une exception : il fournit de l'alcool contrôlé à des clients ayant des antécédents de consommation excessive qui sont considérés comme étant à risque de sevrage de l'alcool et de méfaits liés à l'alcool¹¹¹. Un certain nombre de structures de logements avec services de soutien spécifient les troubles de l'usage de substance complexes et le besoin de soins en santé mentale comme critères d'admission dans leur structure, mais elles n'indiquent pas de critères d'admissibilité spécifiques pour la

réception d'alcool contrôlé. D'autres critères courants liés à l'alcool comprennent des antécédents de consommation d'alcool non destiné à la consommation, des antécédents d'ivresse en public, le sans-abrisme dans le cas des programmes qui proposent un hébergement, ainsi que le recours fréquent aux ressources publiques comme les services d'urgence en raison de problèmes liés à l'alcool¹¹²⁻¹¹⁴.

De nombreux programmes étudiés s'occupent exclusivement de clients sans-abris ou présentant des conditions de logement instables. Un programme, Annex Harm Reduction Program (Programme de réduction des méfaits annexe) à Toronto¹¹⁵, s'occupe de ceux qui sont actuellement en attente de bénéficier de programmes de logement avec services de soutien axés sur la réduction des méfaits en raison de leur consommation d'alcool et de besoins complexes en matière de soins.

De nombreux programmes se concentrent sur une population spécifique. Par exemple, cette analyse juridictionnelle a trouvé 4 programmes de logements avec services de soutien qui s'occupent des personnes âgées (55 ans ou plus)^{111,116-118}, 3 programmes adaptés pour les clients autochtones^{111,116,119}, 5 programmes pour les hommes uniquement^{111,115,116,120,121} et 3 programmes de proximité s'occupant des personnes en quarantaine en raison de la pandémie de COVID-19.

Financement

La plupart des PGA sont principalement financés par les autorités de santé régionales¹⁰⁸. Les administrations municipales ont également contribué au financement de PGA locaux dans un certain nombre de juridictions^{115,116}. Les gouvernements fédéral et provinciaux contribuent également à un certain nombre de PGA par le biais de subventions^{48,122}.

L'obtention d'un financement pour le coût total de l'alcool est souvent complexe^{108,123}. Dans de nombreuses structures, les clients contribuent de manière significative à l'approvisionnement en alcool par différents moyens, y compris en cédant par écrit une partie de leur aide sociale ou prestation d'invalidité mensuelle au programme, en contribuant au fonctionnement des brasseries coopératives qui fournissent de l'alcool au programme ou en achetant simplement leur alcool auprès du programme à un faible coût^{67,108,123}. Outre les contributions des clients, la plupart des programmes misent sur une association de sources de financement qui comprennent le soutien d'organismes locaux, d'une collecte de fonds communautaire et de fournisseurs d'alcool locaux¹²³.

Plan de fourniture de l'alcool

Quel que soit le modèle de service choisi, la plupart des PGA ont mis en place une procédure d'évaluation initiale afin d'adapter les doses d'alcool en fonction des besoins de chaque client en se basant sur plusieurs facteurs, dont leurs modes de consommation de l'alcool, leur risque de développer des symptômes de sevrage graves et leurs objectifs de consommation^{64,123}. Dans une structure de logements avec services de soutien peu restrictive basée à Edmonton, les clients peuvent déterminer eux-mêmes la quantité d'alcool qu'ils consomment; ils ont également la possibilité de recevoir une prescription de dosage, basée sur une évaluation médicale et une discussion collaborative, pour les soutenir dans la régulation de leurs modes de consommation de l'alcool¹¹².

Le dosage de l'alcool et les fréquences de distribution personnalisés sont présents à différents degrés dans divers modèles de PGA. De nombreuses structures basées sur le logement ont des intervalles de distribution fixes, jusqu'à 11 à 12 verres par jour¹⁰⁸. Par exemple, dans la structure de logements avec services de soutien Kwae Kii Win située à Thunder Bay, en Ontario, les verres sont distribués par intervalles de 90 minutes entre 8 h et 23 h⁹⁶. D'autres PGA développent des fréquences de distribution personnalisées en se basant sur une évaluation collaborative avec le client (p. ex., Community Alcohol Management [Gestion de l'alcool communautaire], Vancouver⁶⁷), tandis que dans les modèles gérés par du personnel médical, la distribution d'alcool est programmée en fonction du plan de soins du client^{64,108}.

Les programmes ont souvent des protocoles pour évaluer l'ébriété avant la distribution d'une dose, et les clients qui sont trop ivres peuvent se voir refuser une dose ou recevoir une quantité réduite^{64,124}. Prenant en compte le risque de consommation d'alcool en dehors des PGA, ces protocoles visent à éviter une augmentation de la consommation totale d'alcool et des méfaits liés (p. ex., chutes, blessures, violence et arrestations liées à une ivresse en public)^{64,125}.

Selon les informations disponibles, le vin et la bière sont les types d'alcool les plus couramment distribués. Un programme hospitalier distribue des doses de vodka spécifiques aux clients¹⁰⁸. Dans certains programmes où les clients achètent leur propre alcool, d'autres types d'alcool (p. ex., divers spiritueux) peuvent être fournis via une « demande spéciale ». Quelques programmes (p. ex., Special Care Unit [Unité de soins spéciaux], Hamilton) permettent également aux clients

d'acheter et de rapporter la boisson de leur choix dans des bouteilles non ouvertes qui, dans certains cas, peuvent être récupérées par le personnel du PGA pour une distribution programmée de la boisson.

Développement et exécution du plan de fourniture contrôlée de l'alcool

La plupart des PGA inclus n'ont pas spécifié qui réalise l'admission initiale et l'estimation des doses. La plupart des programmes qui fournissaient cette information ont indiqué que les plans de gestion de l'alcool étaient développés par des membres du personnel médical sur place (généralement une infirmière praticienne ou une infirmière autorisée ayant reçu une formation appropriée) qui assurent également la supervision, tandis que le personnel non médical distribue les doses d'alcool⁶⁴. Dans de nombreux programmes, l'évaluation initiale et les plans de soins médicaux sont vérifiés par un médecin. Cependant, dans un certain nombre de PGA, l'évaluation des candidats et le développement du PGA sont réalisés par d'autres membres du personnel, comme des gestionnaires de cas ou des membres du personnel de la structure formés^{111,115}.

Le personnel médical impliqué dans les PGA comprend des médecins de famille, des infirmières praticiennes, des infirmières, des psychologues, des psychiatres et des diététistes^{108,124}. Le personnel non médical comprend en général des travailleurs sociaux/gestionnaires de cas, des travailleurs spécialisés dans les soins personnels, des aides en soins de santé, des pairs travailleurs, du personnel de soutien à la réduction des méfaits formé et des Aînés autochtones^{108,119}.

Gamme de services générale

Presque tous les programmes communautaires proposent des services médicaux et psychosociaux en plus de la fourniture contrôlée d'alcool¹⁰⁸. Conformément à sa mission centrale visant à garantir un accès aux déterminants de la santé de base, la fourniture de nourriture et d'un hébergement fait partie des éléments essentiels des PGA⁶⁴; la grande majorité des PGA au Canada sont déployés dans des refuges ou des structures de logement ou dans des endroits où les résidents peuvent recevoir des repas et avoir accès aux services de soins et de soutien de base^{64,108}. Les services de gestion de l'alcool assurés dans le cadre de programmes de jour, qui n'incluent pas d'hébergement sur place, peuvent généralement orienter les clients vers des refuges et des services de logement; ils proposent aux clients de

la nourriture et des équipements de préparation de repas ainsi qu'un accès à des services d'hébergement¹⁰⁸. Les programmes de jour peuvent également développer des plans et/ou des bons pour un transport sûr entre le site du PGA et les services de logement des clients.

L'étendue de la prestation de soins médicaux au sein des PGA dépend du modèle de soins et des besoins spécifiques des populations de clients concernées. Le service de santé inclus le plus courant est la prestation de soins primaires complets sur place ou par le biais d'un programme de proximité communautaire¹²³. Les structures basées sur le logement qui s'occupent de clients âgés ou de personnes ayant des besoins complexes en matière de santé et de mobilité proposent plus de soins globaux complets, y compris des ergothérapeutes, diététistes et psychologues/psychiatres sur place^{117,126}.

D'autres services fournis peuvent être une formation en dynamique de la vie, la gestion financière, un counseling en matière de toxicomanie, de l'aide pour demander les prestations de maladie et autres services sociaux provinciaux, des possibilités d'emploi, des activités culturelles et sociales ainsi qu'une éducation et une formation à la réduction des méfaits^{48,112,113,122,126}.

2.2.ii Programmes de gestion de l'alcool hors du Canada

Des évaluations des besoins et études de faisabilité de PGA ont été publiées pour plusieurs juridictions internationales, dont l'Australie¹²⁷ et le Royaume-Uni¹²⁸. Cette analyse juridictionnelle a trouvé des informations publiées sur des PGA actuellement appliqués aux États-Unis et en Irlande.^f Comme mentionné ci-dessus, les services de fourniture contrôlée d'alcool sont souvent proposés de manière informelle pour répondre aux besoins des clients sans être identifiés comme des PGA; par conséquent, cette analyse juridictionnelle des publications ne reflète pas le nombre croissant de PGA qui sont appliqués dans différentes juridictions internationales.

f Le Portugal et l'Australie ont également annoncé des projets de création de PGA à Lisbonne et Sydney, respectivement.

PGA aux États-Unis

Cette analyse juridictionnelle a trouvé des informations publiées sur deux PGA appliqués aux États-Unis.

Un article de 2016 publié sur le site Internet de Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, Administration des services d'usage de substance et de santé mentale) s'est intéressé à une structure de logements avec services de soutien basée à Seattle qui fournit des services de gestion de l'alcool à des clients atteints d'un TUA¹²⁹. Il s'agit d'un modèle communautaire de PGA dans lequel le personnel formé de la structure de logements avec services de soutien évalue les modes de consommation de l'alcool et le risque de sevrage des clients par le biais d'un questionnaire et convient de doses d'alcool personnalisées qui seront distribuées par le personnel par intervalles définis. Les fonds du programme ne sont pas utilisés pour acheter de l'alcool; les clients et fournisseurs se mettent d'accord pour contribuer au financement de l'achat d'alcool¹²⁹.

En réponse à la pandémie de COVID-19, Project Roomkey de Californie fournit un refuge de quarantaine pour les personnes sans-abris dont la contamination au COVID-19 est soupçonnée ou confirmée. Ce projet applique actuellement des PGA dans huit sites Project Roomkey dans les comtés d'Alameda et de San Francisco¹³⁰. Les clients sont dirigés vers les structures Project Roomkey par diverses sources, comme les services d'urgence, les cliniques de soins d'urgence, les fournisseurs de soins primaires et les refuges.

Les PGA de Project Roomkey appliquent un modèle de service médical dans lequel l'admission et l'évaluation complète des besoins en matière de soins et des modes de consommation de l'alcool sont réalisées par une infirmière qui recommande une dose d'alcool fixe à fournir au client à des intervalles définis. Tandis que les doses d'alcool sont fournies par des membres du personnel formés, l'infirmière est responsable de la supervision du programme et de la mise en relation du client avec les soins médicaux appropriés. En outre, un gestionnaire de cas provisoire est assigné à tous les clients pendant leur séjour au sein de Project Roomkey; le gestionnaire de cas évalue l'admissibilité à différents services et oriente le cas échéant. Une évaluation de ce programme pilote est actuellement en cours à l'University of California's San Francisco Center for Vulnerable Populations (Centre des populations vulnérables de San Francisco de l'Université de Californie)¹³⁰.

Sundial House, Dublin, Irlande

Créée en 2008, Sundial House est une structure de logements avec services de soutien sur le long terme qui accueille 30 adultes sans-abris atteints de TUA et ayant des besoins complexes en matière de santé¹³¹. Le personnel de cette structure comprend des responsables des logements, une infirmière de jour sur place, des gestionnaires de cas, des travailleurs de soutien en santé, un personnel de réception 24 h/24, des chefs de cuisine et du personnel d'entretien ménager. Outre des logements collectifs permanents, des repas quotidiens et une gestion de l'alcool, Sundial House propose à ses clients un éventail de services médicaux et sociaux, y compris une gestion de cas complète qui inclut la coordination des visites médicales sur place et en dehors, du soutien en matière de soins personnels, du soutien en matière de budgétisation et l'organisation d'activités de loisirs et culturelles avec le soutien de bénévoles¹³¹. La gestion de l'alcool est assurée par des gestionnaires de cas ou des travailleurs de soutien en santé en accord avec l'infirmière et implique la négociation de la consommation d'alcool quotidienne, la budgétisation avec les clients et l'aide à l'achat, au stockage et à la distribution des doses d'alcool le cas échéant. Les clients assument les frais liés à l'alcool et ceux qui sont capables de prendre la responsabilité d'acheter l'alcool et de réguler leur propre consommation d'alcool en respectant les règles du logement et les plans de gestion ont le droit de le faire¹³¹. Ce programme est le premier du genre en Irlande et c'est un des premiers exemples de programme de gestion de l'alcool sur le plan international¹³¹.

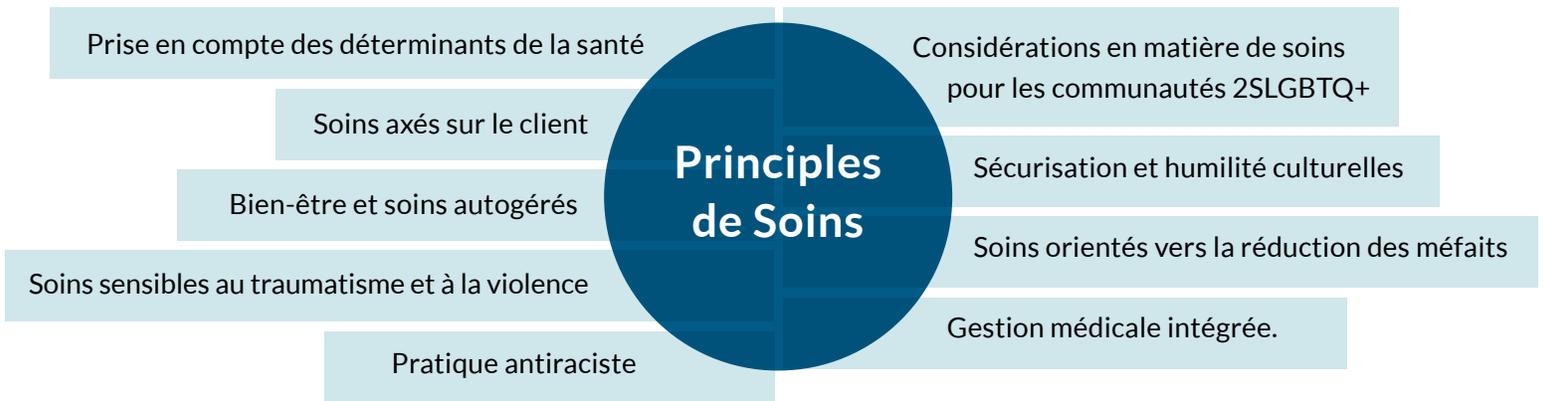
Tableau 1. Résumé de l'analyse juridictionnelle : PGA au Canada et dans les juridictions internationales (en se basant sur les informations publiées)

Région	Structure	Gestion/ supervision	Caractéristiques des clients généralement spécifiées	Populations spécifiques concernées	Sources de financement habituelles	Services supplémentaires généralement spécifiés
PGA au Canada						
<ul style="list-style-type: none"> • C.-B. • Alberta • Saskatchewan • Manitoba • Ontario • Québec • Nouvelle-Écosse • Territoires du Nord-Ouest 	<ul style="list-style-type: none"> • Logements avec services de soutien temporaires ou permanents • Refuge • Programme de jour/de proximité • Hospitalière 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirigé par du personnel médical • Dirigé par du personnel non médical • Dirigé par des pairs 	<ul style="list-style-type: none"> • TUA grave • Sans-abrisme • Consommation d'alcool non destiné à la consommation • Toxicomanie et autres besoins en matière de santé complexes • Non admissible dans d'autres programmes de logement en raison d'un TUA grave 	<ul style="list-style-type: none"> • Autochtones • Personnes âgées • Hommes uniquement 	<ul style="list-style-type: none"> • Autorités de santé régionales • Administration municipale • Fédéral et provincial • Organismes sans but lucratif • Clients/membres • Combinaison 	<ul style="list-style-type: none"> • Soins primaires • Accès aux services médicaux • Gestion de cas • Repas • Counseling • Gestion financière • Activités sociales et culturelles • Formation axée sur les compétences • Possibilités d'emploi
PGA en dehors du Canada						
<ul style="list-style-type: none"> • Washington, ÉU • Californie, ÉU • Dublin, Irlande 	<ul style="list-style-type: none"> • Logements avec services de soutien • Centre de quarantaine dans un hôtel 	<ul style="list-style-type: none"> • Communautaire • Dirigé par du personnel médical 	<ul style="list-style-type: none"> • TUA grave • Sans-abrisme • Risque d'avoir la COVID-19 	<ul style="list-style-type: none"> • Population générale • En quarantaine à cause de la COVID-19 	<ul style="list-style-type: none"> • Non spécifiées 	<ul style="list-style-type: none"> • Accès aux soins médicaux • Gestion de cas • Repas

Ce tableau fournit un bref résumé des caractéristiques clés des PGA actuellement appliqués dans les juridictions canadiennes et internationales. Une liste complète des PGA existants au Canada régulièrement mise à jour peut être consultée sur le [site Internet de CMAPS](#). Le recensement des PGA canadiens actuels proposé sur ce site Internet offre une vue d'ensemble des caractéristiques principales de chaque programme, dont le nombre de participants, la structure, les politiques d'administration de l'alcool, le type de financement et les coordonnées.

3 Principes de soins

Tous les services visant à réduire les méfaits associés à la consommation d'alcool doivent être fondés sur des principes de soin qui favorisent des relations thérapeutiques respectueuses, collaboratives, inclusives, équitables et enfin efficaces avec les clients. Ces principes doivent guider les pratiques de l'ensemble du personnel des PGA, y compris les gestionnaires de cas, le personnel de soutien en santé, les travailleurs sociaux, le personnel médical et les pairs.



Il a été montré que ces principes améliorent l'accès aux, et le maintien dans les, services de soins et de réduction des méfaits en permettant aux fournisseurs de service de comprendre et soutenir les besoins en matière de soins de santé et les objectifs de rétablissement de chaque client. Quel que soit le modèle de soins choisi, il est recommandé que ces principes soient intégrés dans les PGA.

3.1 Prise en compte des déterminants de la santé

Les fournisseurs de service doivent considérer et traiter les troubles de l'usage de substance dans le contexte plus général des déterminants de la santé. Les déterminants de la santé sont définis comme étant « les conditions économiques et sociales qui façonnent la santé des individus, communautés et juridictions dans leur ensemble »¹³². La répartition des ressources et possibilités qu'une société met à la

disposition de ses membres (p. ex., nourriture, revenus, logement, éducation, soins de santé, soutien social et culturel) est influencée par un éventail de facteurs, dont la catégorie socio-économique; le sexe et l'identité de genre; la sexualité; l'ethnie et l'ethnicité; le statut de réfugié, de migrant ou d'immigrant; et le handicap^{133,134}. La convergence de plusieurs facteurs systémiques et sociaux (p. ex., genre, ethnie et sexualité) conditionne l'identité sociale de chaque personne et son accès aux ressources ainsi que, en conséquence, ses résultats en matière de santé¹³⁵. Les personnes qui appartiennent à des groupes marginalisés font également face aux obstacles les plus importants pour l'accès aux ressources et, par conséquent, ont les plus mauvais résultats en matière de santé¹³³.

Les déterminants évoqués pour une consommation d'alcool à haut risque et un TUA incluent une catégorie socio-économique basse¹³⁶ et le fait d'être membre d'une communauté marginalisée à cause de l'ethnie, de l'ethnicité, du genre ou de la sexualité¹³⁷. La non-prise en compte de ces facteurs socio-économiques peut induire une plus grande marginalisation des personnes qui consomment de l'alcool et les empêcher d'accéder à des soins adéquats.

Les fournisseurs de service doivent chercher à remédier aux iniquités pouvant exister concernant les déterminants de la santé en proposant de mettre les clients en relation avec des ressources qui les aideront à combler leurs besoins sociaux et de survie (p. ex., logement sûr, nourriture/nutrition, soins aux enfants, aide financière, soutien pour le lien social et la participation à la communauté). C'est le fondement même du développement des PGA en tant qu'intervention de réduction des méfaits qui prend en compte et cherche à remédier à la relation de causalité entre le trouble de l'usage de l'alcool et la pauvreté ainsi que le sans-abrisme. En outre, les fournisseurs doivent prôner des changements systémiques et combattre les politiques et pratiques discriminatoires qui nuisent aux résultats des individus en matière de santé.

Des exemples d'autres mesures qui peuvent faciliter un accès équitable aux ressources socio-économiques sont le recours à un traducteur pour les personnes ayant une connaissance rudimentaire de l'anglais ou du français, la mise en relation avec des services pour les immigrants et les réfugiés ou l'orientation vers des soins d'affirmation de genre pour les personnes trans. En outre, les fournisseurs de service doivent être sensibles aux déséquilibres de pouvoir inhérents à la relation fournisseur client, qui peuvent être exacerbés par des expériences négatives dans le système de santé suite à de la discrimination. [EQUIP Health Care](#) fournit

plusieurs ressources sur le sujet, y compris un [Health Equity Toolkit \(Boîte à outils d'équité dans la santé\)](#) pour soutenir les fournisseurs de service dans la mise en place de soins orientés vers l'équité dans la pratique des soins de santé primaires.

3.2 Soins axés sur le client

La recherche suggère que l'intégration d'approches axées sur le patient et le client dans la gestion clinique des troubles de l'usage de substance peut améliorer le maintien dans les soins, la satisfaction à l'égard des traitements et les résultats en matière de santé¹³⁸. Définis comme des « soins qui respectent, et s'adaptent aux, préférences, besoins et valeurs des personnes », les soins axés sur le client impliquent une écoute, une information et une responsabilisation des personnes en tant qu'agents et experts de leurs propres soins^{139,140}.

Une stratégie concrète pour intégrer des soins axés sur le client est le modèle de prise de décision partagée dans lequel les décisions relatives à la santé et au bien-être du client sont prises de manière collaborative par le fournisseur de service et le client en se basant sur les informations partagées^{140,141}. Plus spécifiquement, trois stratégies clés peuvent être appliquées pour parvenir à une prise de décision partagée efficace : encourager les clients à définir des objectifs réalistes et importants pour eux, fournir suffisamment d'informations pour aider à choisir parmi des options de soins disponibles et appropriées, et développer de manière collaborative des plans de soins en se basant sur les informations et points de vue partagés¹⁴². L'implication de groupes de pairs et de défense des personnes qui consomment de la drogue, de groupes de défense des patients, de pairs travailleurs et de personnes ayant une expérience vécue ou actuelle dans tous les aspects de la prestation de soins peut aider à faciliter la prise de décision partagée en communiquant et en représentant les besoins et points de vue des clients.

-
- g Les personnes ayant une expérience vécue ou actuelle sont désignées par différents noms, comme les pairs, les personnes qui consomment de la drogue et les consommateurs de drogue. Ce document utilise principalement « personnes ayant une expérience vécue ou actuelle » pour mettre en avant les connaissances et perceptions directes des personnes ayant une expérience vécue ou actuelle de trouble de l'usage de l'alcool. Généralement, le mot « pair » est utilisé pour désigner une personne ayant une expérience vécue ou actuelle qui joue le rôle de pair de soutien auprès d'autres utilisateurs du service (p. ex., pair travailleur).

Même si les données probantes soulignant l'efficacité de la prise de décision partagée dans les soins relatifs à la consommation de substance sont embryonnaires, un faisceau de données probantes établi examinant l'impact de la planification collaborative du traitement sur les résultats en matière de symptômes et le maintien dans le traitement pour différentes maladies chroniques soutient cette approche¹⁴³⁻¹⁴⁵. Une revue systématique de la littérature de 2016 (N = 25 études) évaluant l'effet du modèle de prise de décision partagée spécifiquement dans les soins relatifs à la consommation de substance a trouvé 2 études d'observation indiquant que la grande majorité des personnes atteintes d'un trouble de l'usage de substance préféreraient être impliquées dans la planification du traitement et 3 études montrant que la prise en compte des préférences et valeurs du patient dans le parcours de soin entraînait une diminution de la consommation de substance¹⁴¹. Compte tenu des données probantes disponibles dans plusieurs domaines de soins de santé, un nombre croissant de directives et lois relatives à la gestion clinique des troubles de l'usage de substance recommandent de considérer la prise de décision partagée comme un principe de soins fondamental¹⁴¹.

L'utilisation d'un langage centré sur la personne ainsi que les efforts pour identifier et combattre la stigmatisation sont également des éléments significatifs des soins axés sur le client. Les fournisseurs de service doivent prendre conscience du langage qu'ils utilisent et du risque potentiel de stigmatiser et aliéner de cette façon les personnes qui consomment des substances. Les fournisseurs de service impliqués dans les soins relatifs à la consommation de substance doivent faire tout leur possible pour utiliser un langage centré sur la personne ainsi qu'une terminologie médicale actuelle et non stigmatisante (p. ex., « personne vivant avec un trouble de l'usage de l'alcool ») quand ils interagissent avec les clients, les familles, les collègues, d'autres professionnels de la santé et le personnel¹⁴⁶. Tandis que les personnes atteintes d'un trouble de l'usage de substance peuvent choisir de parler d'elles-mêmes et de leur état de santé avec le langage qu'elles préfèrent, le personnel médical et les autres fournisseurs de service doivent éviter d'utiliser des mots qui ne relèvent pas du diagnostic, obsolètes ou « d'argot » (p. ex., « toxicomane », « alcoolique », « abus de substance » ou « propre/sale ») dans leurs conversations et les consignations dans les dossiers. L'utilisation de ces mots par les fournisseurs de services de santé s'est révélée stigmatisante^{147,148}, et la stigmatisation (aussi bien vécue qu'anticipée) a été associée à une plus faible probabilité d'accéder à et de rester dans les soins¹⁴⁹⁻¹⁵¹. Pour plus d'informations, les fournisseurs de services de santé sont encouragés à lire [Parler de la consommation de substances de manière humaniste, sécuritaire et non stigmatisante](#), une ressource développée par l'Agence de la santé publique du Canada¹⁵².

3.3 Bien-être et progression autodéterminée

Le bien-être doit être considéré comme l'un des principaux objectifs des soins tout le long du continuum des soins du TUA. Les personnes bénéficiant des services de soutien et de soins du TUA peuvent viser des résultats en matière de soins différents en fonction de leur propre définition du bien-être et de la progression. Par exemple, pour certaines personnes, le bien-être peut être décrit par le biais du concept de rétablissement, qui peut être compris comme « Un processus de changement au cours duquel les individus améliorent leur santé et leur bien-être, vivent une vie autonome et s'emploient à déployer tout *leur potentiel*. ».¹⁵³ Les fournisseurs de service doivent se considérer comme des partenaires dans ce processus autodéterminé d'amélioration du bien-être en fournissant des approches de soins relatifs à la consommation de substance holistiques, axées sur le client et fondées sur les points forts qui englobent des stratégies de réduction des méfaits et orientées vers l'abstinence¹⁵⁴.

La progression vers le bien-être exige de la compréhension, du soutien et de l'orientation vers les services appropriés pour atteindre les objectifs autodéterminés. Les fournisseurs de service doivent utiliser un langage qui transmet du respect pour l'autonomie et l'individualité du client, met en avant ses compétences et points forts, et évite le renforcement des modèles paternalistes de la prestation de soins.¹⁵⁵ Les fournisseurs de service doivent travailler en collaboration avec les clients pour développer des plans de bien-être fondés sur les points forts et personnalisés à long terme quelles que soient la gravité, la complexité et la durée de leur consommation de substance. L'importance des pairs navigateurs et du soutien des pairs doit également être prise en compte tout le long du continuum des soins du TUA. Pour la planification du bien-être, les fournisseurs des PGA doivent envisager l'intégration de pairs navigateurs afin de soutenir les objectifs de traitement sur le long terme axés sur le client.

3.4 Soins sensibles au traumatisme et à la violence

Les personnes atteintes d'un trouble de l'usage de substance présentent des pourcentages plus élevés de traumatisme antérieur et de trouble de stress post-traumatique comorbide que ceux de la population générale¹⁵⁶. Par exemple, une revue systématique australienne a trouvé des pourcentages de 5 à 66 % de

TSPT dans les 12 mois chez des personnes atteintes d'un trouble de l'usage de substance¹⁵⁷, tandis que des études épidémiologiques ont trouvé des pourcentages de 26 à 52 % quand on prend en compte l'ensemble de la vie¹⁵⁸. À la lumière de ces constatations établies, ce document d'orientation recommande fortement que les fournisseurs de service travaillant avec des personnes atteintes d'un trouble de l'usage de l'alcool connaissent bien, et respectent, les principes de la pratique sensible au traumatisme, y compris la prise en compte des traumatismes; la sécurité et la fiabilité; le choix, la collaboration et le lien; ainsi que des approches fondées sur les points forts et le renforcement des compétences¹⁵⁹.

Il est établi que certains groupes ont plus de probabilité d'avoir connu des traumatismes et de la violence que d'autres. Par exemple, les autochtones, les femmes, les personnes pauvres et sans-abris ainsi que les populations bispirituelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles, trans, queers et d'autres minorités sexuelles et de genre (2S/LGBTQ+) présentent des pourcentages disproportionnés de traumatisme et de violence en raison du racisme, de la discrimination et des iniquités sociales par rapport aux autres populations¹⁶⁰⁻¹⁶². Les fournisseurs de services de soins de santé doivent bien connaître les services de soutien et de traitement spécialisés pour les personnes ayant vécu un traumatisme ainsi que les services de crises dans leur communauté; ils doivent fournir des informations et orienter les clients, si le besoin s'en fait sentir.

Il est important de garder en tête que les soins sensibles au traumatisme et à la violence ne visent pas le traitement des traumatismes et ne doivent pas être subordonnés à la révélation par le client d'un traumatisme et d'expériences de violence passés¹⁵⁹. L'objectif de la pratique sensible au traumatisme et à la violence est de créer un environnement sûr et respectueux qui limite le risque de nouveaux traumatismes pour les clients.¹⁵⁹ Un respect constant et universel des approches sensibles au traumatisme et à la violence dans tous les aspects de la pratique clinique contribue à créer un cadre de soutien pour tous les clients, qu'ils aient ou non vécu un traumatisme ou de la violence dans leur vie.¹⁶³ Les précautions universelles en matière de traumatisme peuvent également aider les fournisseurs de service à développer une approche cohérente de travail avec des personnes qui ont potentiellement vécu un traumatisme et de la violence¹⁶³.

Ressources pour la pratique sensible au traumatisme

Les principes de base des soins sensibles au traumatisme	du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances
Trauma-informed: The Trauma Toolkit (Prise en compte des traumatismes : trousse d'outils concernant le traumatisme)	de Klinik Community Health Centre
Trauma-Informed Practice (TIP) Guide (Guide de la pratique sensible au traumatisme) ¹⁵⁹	de Centre of Excellence in Women's Health
New Terrain toolkit (Trousse d'outils Nouveau terrain) ¹⁶¹	
Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services (Soins sensibles au traumatisme dans les services de santé comportementale) ¹⁶⁴	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
Trauma-and Violence-Informed Care Tool , ¹⁶⁵ Workshop , and Curriculum (Outil, atelier du travail, et programme d'études pour des soins sensibles au traumatisme et à la violence)	EQUIP Health Care

3.5 Considérations en matière de soins pour les communautés 2S/LGBTQ+

Les bispirituels, lesbiennes, gais, bisexuels, personnes trans, queers et autres personnes de genres et d'orientations sexuelles divers (2S/LGBTQ+) doivent surmonter des difficultés particulières à cause des préjugés sociaux et de la discrimination, de la stigmatisation intériorisée et du manque de compétences des fournisseurs de soins de santé au sein du système de santé^{166,167}. Par exemple, en raison de l'hétéronormativité persistante et souvent de pratiques stigmatisantes au sein du système de santé, les personnes trans ne se sentent généralement pas en sécurité dans les établissements de santé et peuvent retarder leur accès aux soins. Par conséquent, les personnes de genre et d'orientation sexuelle divers ont tendance à accéder aux soins avec des problèmes liés à la consommation de substance plus complexes^{168,169} et avec des besoins en matière de soins de santé mentale et physique plus importants^{170,171} que les personnes non identifiées comme étant 2S/LGBTQ+. Il est important de souligner que, tandis que la prévalence de la consommation de substance et des troubles de l'usage de substance est plus élevée dans les communautés 2S/LGBTQ+ que dans la population générale, la recherche a attribué cette différence à la nécessité de supporter le poids de la discrimination et de la stigmatisation systémiques; cette population ne présente pas en soi de risque plus élevé de consommation de substance¹⁷²⁻¹⁷⁴.

La recherche relative aux structures de soins généraux a montré qu'un état d'esprit inclusif sans jugement, une démonstration active de la sensibilité aux problèmes des 2S/LGBTQ+ et un renforcement de la confidentialité peuvent aider les personnes 2S/

LGBTQ+ à se sentir en sécurité quand elles ont recours aux soutiens psychosociaux et de soins de santé¹⁷⁵. Les stratégies de création d'un endroit sûr peuvent inclure la formation du personnel à l'utilisation d'un langage respectueux et d'affirmation de genre; l'affichage d'informations sur les programmes et services 2S/LGBTQ+ dans les salles d'attente et les parties communes (p. ex., brochures, affiches, guides de ressources); s'assurer que les formulaires d'admission et les autres documents utilisent un langage inclusif; utiliser des questions ouvertes pour poser des questions sur le genre et la sexualité; ainsi que l'établissement de contacts et de partenaires de référence au sein des communautés 2S/LGBTQ+¹⁷⁵. Les fournisseurs de service doivent garder à l'esprit que les personnes 2S/LGBTQ+ peuvent avoir subi de la discrimination au sein du système de santé et donc demander une sensibilité supplémentaire de la part des fournisseurs de service de santé pour pouvoir établir un lien de confiance¹⁷⁵.

Des lignes directrices apparaissent également concernant la conception de services pour répondre aux besoins des personnes trans dans les refuges, les hébergements de rétablissement et les autres services basés sur le logement; elles seraient particulièrement pertinentes dans le développement des PGA basés sur le logement^{176,177} Les considérations pour l'inclusion en toute sécurité des clients trans comprennent^{176,177} :

- Préserver la confidentialité et ne pas partager d'informations sur le genre et la sexualité des clients avec les autres résidents sauf si le client le souhaite
- Dans les environnements où les genres sont séparés, s'assurer que les clients peuvent choisir la structure qui correspond le mieux à leur identité de genre
- Enseigner les comportements et le langage qui respectent les genres au personnel et aux résidents, et intégrer l'inclusion des genres dans les politiques et les normes de conduite du programme
- Lorsque cela est possible et approprié, proposer aux clients trans des lits/ chambres à proximité des postes du personnel pour garantir une meilleure surveillance et ainsi s'assurer que la sécurité et l'intimité sont facilitées sans les isoler ni les exclure de la vie des résidents

Même si ces considérations sont utiles pour la conception des services, il est important que les concepteurs de programme et les fournisseurs de service consultent les membres des communautés 2S/LGBTQ+ lors de la conception de PGA. Compte tenu de la diversité de ces communautés, une approche monolithique standard de la prestation de service risque de ne pas répondre de manière adéquate à tous leurs besoins.

Plus d'informations et ressources	
Equal Access for Transgender People (Égalité d'accès pour les personnes transgenres)	par le ministère des États-Unis du Logement et du Développement urbain
Best Practices for LGBTQ+ Inclusion in Recovery Housing (Meilleures pratiques pour l'inclusion des LGBTQ+ dans les hébergements de rétablissement)	par Ohio Recovery Housing
Gender-affirming Care for Trans, Two-Spirit, and Gender Diverse Patients in BC: A Primary Care Toolkit¹⁷⁸ (Soins d'affirmation de genre pour les patients trans, bispirituels et de genres divers en C.-B. : une trousse d'outils pour les soins primaires) Répertoire des services en C.-B.	de Trans Care BC
Best Practices Guide (Guide des meilleures pratiques) pour l'utilisation des pronoms	Alberta Health Services
Neutralizing Clinical Language (Neutraliser le langage clinique)	le counseling Heal All

3.6 Pratiques antiracistes dans les soins relatifs à la consommation de substance

À l'instar des autres formes de discrimination, la discrimination raciale/ethnique a été associée de manière significative à un risque plus élevé de résultats négatifs en matière d'alcool dans les communautés de couleur¹⁷⁹⁻¹⁸². Par exemple, une revue systématique de 2016 (N = 97 études, principalement axées sur des participants afro-américains) a constaté que la discrimination raciale était associée à un risque plus élevé de consommation excessive d'alcool et de TUA¹⁸². En outre, l'analyse d'une enquête nationale aux États-Unis en 2020 (N = 17 115) examinant la corrélation entre la discrimination raciale et la gravité des TUA a révélé que, par rapport à ceux qui ne subissaient pas de discrimination, les personnes victimes de discrimination avaient 1,5 fois plus de risques d'avoir un TUA léger, 1,6 fois plus de risques d'avoir un TUA modéré et 2,3 fois plus de risques d'avoir un TUA grave en se basant sur les critères DSM-5¹⁸¹. En se référant à la littérature qui associe la discrimination à un facteur de stress, les auteurs attribuent ces constatations à la nécessité pour les

participants de supporter les effets du racisme interpersonnel et systémique^{181,182}. La recherche a également montré que les membres des communautés racialisées font face à davantage d'obstacles dans l'accès aux traitements, présentent un plus faible maintien et une moins bonne satisfaction que leurs homologues blancs, en raison de la discrimination vécue au sein du système de santé^{179,180}.

La mise en place d'un cadre antiraciste dans les soins relatifs à la consommation de substance peut contribuer à améliorer l'implication dans les soins et les résultats en matière de santé pour les clients racialisés et les autres populations marginalisées¹⁸³. Par définition, l'antiracisme est un processus consistant à attaquer et remettre en question les structures racistes qui persistent au sein des institutions socioculturelles actuelles, y compris le système de santé^{183,184}. Les pratiques antiracistes nécessitent que les individus prennent conscience de leur propre position et rôle au sein de ces concepts oppresseurs, en réévaluant de manière critique leurs propres valeurs et en contestant activement les normes, politiques et pratiques qui marginalisent les membres racialisés de la société^{183,184}.

Certains exemples de politiques inclusives et antiracistes ainsi que de considérations en matière de développement de programme comprennent¹⁸⁵ :

- Consulter avant la mise en œuvre les membres des communautés racialisées et d'ethnies diverses concernées par le programme
- Mettre la priorité sur l'équité et la diversité raciales et ethniques dans les pratiques d'embauche et de maintien des employés
- Rendre obligatoires les formations antiracisme pour l'ensemble du personnel
- Établir des partenariats avec les organisations communautaires qui soutiennent les membres des communautés racialisées

Certains éléments de service quotidiens qui soutiennent les membres des communautés racialisées peuvent inclure : ^{185,186}

- Fournir des services d'interprétation et de traduction aux clients dont la langue constitue un obstacle pour une participation équitable au programme
- S'assurer que les documents destinés au client sont écrits dans la langue du client et avec un niveau de lecture suffisamment accessible
- Intégrer un composant de proximité important, car les personnes qui ne connaissent pas encore le Canada, ou une province ou un territoire donné, peuvent ne pas être informées des types de services de soutien relatifs à la consommation de substance disponibles ou des manières d'y avoir recours
- Fournir l'espace et les autres nécessités pour les pratiques religieuses ou culturelles
- Établir une procédure confidentielle et clairement définie et expliquée pour que les clients et employés puissent signaler en toute sécurité une discrimination raciale

3.7 Sécurisation et humilité culturelles

Des données probantes abondantes ont montré que le colonialisme historique et actuel a nui à la santé et au bien-être des peuples autochtones du Canada. Des décennies de politiques fédérales ayant pour seul objectif l'éradication des identités, familles, communautés, cultures et modes de vie traditionnels autochtones (c'est-à-dire, un génocide) ont entraîné un traumatisme, un racisme et une discrimination directs et intergénérationnels⁶²⁻⁶⁴. Ces facteurs se traduisent par un risque global accru de morbidité et de mortalité prématurées chez les peuples autochtones du Canada par rapport aux canadiens non autochtones.⁶⁵⁻⁶⁷ Les données épidémiologiques montrant une plus grande prévalence de consommation de substance à haut risque, de troubles de l'usage de substance et des méfaits liés aux substances chez les peuples autochtones^{65,68} doivent également être interprétées en prenant en compte ce contexte plus large. Plus spécifiquement, il convient de souligner que les peuples autochtones ne sont pas par nature, que ce soit au niveau de leur bagage génétique ou de leur identité culturelle, une population à « haut

risque »; c'est plutôt l'approche d'effacement, de déplacement et d'assimilation des peuples autochtones menée par l'État colonial qui a induit des iniquités sociales et en matière de santé significatives et qui a créé des conditions dans lesquelles certaines personnes consomment de l'alcool et d'autres substances pour y faire face^{69,70}. Le racisme et la stigmatisation des peuples autochtones, notamment en ce qui concerne la consommation d'alcool et d'autres substances,⁷¹⁻⁷³ persistent au sein de la société canadienne et du système de santé, ce qui dissuade cette population de chercher des soins et de rester impliquée dans ces soins⁷⁴⁻⁷⁶.

Pour que le système de santé canadien traditionnel soit efficace dans la lutte contre les iniquités sociales et en matière de santé vécues par les peuples autochtones, les fournisseurs de service doivent s'engager résolument à apporter des soins antiracistes et culturellement sécuritaires, tout en faisant preuve d'une humilité culturelle⁷⁷. La sécurisation culturelle est un résultat qui est obtenu quand la personne qui reçoit les soins ou qui accède à un service se sent en sécurité et perçoit son environnement comme un espace exempt de racisme et de discrimination dans lequel elle peut pratiquer sa culture. Ce résultat n'est possible qu'avec une mobilisation respectueuse qui cherche à remédier aux déséquilibres de pouvoir inhérents au système de santé. L'humilité culturelle est un processus d'autoréflexion lancé pour comprendre les préjugés personnels et systémiques ainsi qu'établir et entretenir des relations et processus respectueux basés sur une confiance mutuelle; elle nécessite de se considérer humblement comme un apprenant quand on essaie de comprendre l'expérience d'une autre personne.^h

Ce document recommande vivement que l'ensemble des professionnels de santé, du personnel de santé et du personnel des hébergements suivent une formation sur la sécurisation culturelle autochtone afin d'améliorer leur capacité à créer des partenariats sécuritaires et positifs avec les clients autochtones et leurs familles. Les équipes de soins et le personnel sont également encouragés à se familiariser avec les [Rapports de la Commission de vérité et réconciliation](#), notamment les [Appels à l'action](#), qui mettent en avant les actions nécessaires pour remédier à l'héritage du colonialisme dans un éventail de domaines, dont les soins de santé.

h Définitions adaptées à partir des définitions de la [Régie de la santé des Premières Nations](#).

Programmes de formation à la sécurisation culturelle autochtone

- La [National Indigenous Cultural Safety Collaborative Learning Series \(Série nationale d'apprentissage collaboratif sur la sécurisation culturelle autochtone\)](#)
- Le [Ontario Indigenous Cultural Safety Program \(Programme de sécurisation culturelle autochtone de l'Ontario\)](#)
- Les modules de savoir-faire culturel du programme du Nunavut
- La [Saskatoon Health Region Cultural Competency & Cultural Safety Tool Kit \(Trousse d'outils de sécurisation culturelle et de savoir-faire culturel de Saskatoon Health Region\)](#)
- La [Manitoba Indigenous Cultural Safety Training \(Formation à la sécurisation culturelle autochtone du Manitoba\)](#)
- Le [San'yas Indigenous Cultural Safety Training Program \(Programme de formation à la sécurisation culturelle autochtone San'yas\)](#) proposé par le Aboriginal Health Program (Programme de santé autochtone) de Provincial Health Services Authority (PHSA, Autorité provinciale des services de santé) en C.-B.
- La [Cultural Safety and Cultural Humility Webinar Action Series \(Série de webinaires d'action pour la sécurisation culturelle et l'humilité culturelle\)](#) de la Régie de la santé des Premières Nations (RSPN) et du BC Patient Safety & Quality Council (Conseil de qualité et de sécurité des patients en C.-B.)
- Les cours en ligne de [Reconciliation Education](#)
- Un cours en ligne intitulé [New Respect Indigenous Cultural Safety \(Nouveau respect : sécurisation culturelle autochtone\)](#) présenté par Public Health Training for Equitable Systems Change (PHESC, Formation en santé publique pour un changement équitable des systèmes)
- Un cours en ligne, gratuit et complet en 12 modules intitulé [Indigenous Canada \(Autochtones Canada\) proposé par la](#) University of Alberta Faculty of Native Studies (Faculté des études autochtones de l'Université d'Alberta), qui est conçu pour familiariser les apprenants avec les problèmes liés aux relations autochtones-colons dans l'ensemble du Canada aujourd'hui tout en explorant les histoires, cultures et points de vue autochtones

3.7.i Accès aux pratiques culturelles

Tandis que les visions du monde et traditions des peuples autochtones varient considérablement, les approches autochtones de la santé sont généralement holistiques, relationnelles et axées sur l'équilibre du bien-être physique, spirituel, mental et émotionnel¹⁸⁷. Cependant, de nombreux fournisseurs de services relatifs à la consommation de substance adhèrent à une approche biomédicale axée sur la maladie et l'individu, une approche reconnue comme étant en grande partie incompatible avec les visions du monde autochtones¹⁸⁸. Les soins traditionnels relatifs à la consommation de substance se sont révélés moins efficaces, et dans certains cas potentiellement nocifs^{187,189}, pour les personnes autochtones; cet effet a été partiellement attribué au manque d'intégration des pratiques culturelles dans les interventions de traitement¹⁸⁹ et à une prestation de soins qui ne respecte pas les valeurs et visions du monde autochtones¹⁸⁷.

Les Aînés autochtones, les guérisseurs autochtones et les chercheurs s'accordent tous pour affirmer que l'inclusion des pratiques culturelles dans les soins relatifs à la consommation de substance est essentielle pour favoriser la guérison des personnes autochtones¹⁹⁰. Il a été constaté que les interventions relatives à la consommation de substance qui intègrent des pratiques culturelles autochtones améliorent la santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle des clients autochtones (p. ex., réduction de la consommation de substance, réduction du pourcentage de problèmes de santé mentale, amélioration des relations, plus grande participation aux pratiques culturelles)¹⁹⁰. Diverses traditions et pratiques appropriées et pertinentes sur les plans local et culturel peuvent être intégrées dans les services relatifs à la consommation de substance. En fonction du contexte local et des ressources disponibles, de la capacité et du savoir-faire, certains exemples spécifiques de pratiques culturelles peuvent inclure la purification par la fumée, le frottement avec du cèdre, les récits, les enseignements, le jeûne, la gravure, le perlage, les activités de guérison ancrées dans la terre, les pow-wow, la nourriture et les produits médicinaux traditionnels, la langue, les cercles de la parole, le tambour, le chant, les fêtes communautaires, la suerie et les prières¹⁸⁸.

Les clients autochtones ont un droit inhérent à l'accès aux pratiques culturelles dans le cadre de leurs soins de santé, tel que cela a été reconnu et mis en avant par l'Appel à l'action n° 22 de la [Commission de vérité et réconciliation](#), qui demande au système de santé de reconnaître la valeur des pratiques culturelles autochtones

et de les utiliser en collaboration avec les Aînés et guérisseurs autochtones lors de la prestation de soins à des personnes autochtones¹⁹¹. Par conséquent, les fournisseurs de service doivent s'assurer que les personnes autochtones peuvent accéder aux pratiques culturelles.

- Chaque fournisseur de service doit se familiariser avec les ressources culturelles dans sa communauté; les autorités sanitaires, les hôpitaux et les centres de traitement des Premières Nations peuvent apporter les pratiques culturelles appropriées à l'échelle locale et/ou peuvent mettre les clients en relation avec des navigateurs culturels, interprètes, Aînés ou Gardiens des savoirs.
- Les fournisseurs de service doivent demander aux personnes autochtones si elles sont intéressées par l'intégration de pratiques culturelles dans leurs soins, tout en prenant en compte le fait que les personnes autochtones présentent différents niveaux d'implication et d'intérêt dans les pratiques culturelles.
- Certaines personnes autochtones peuvent déjà être impliquées dans des pratiques culturelles, tandis que d'autres peuvent ne trouver aucun intérêt à l'accès aux pratiques culturelles. Dans chaque situation, les fournisseurs de service doivent apporter leur soutien et être conscients que les préférences de chacun concernant l'accès aux pratiques culturelles peuvent évoluer au fil du temps.
- Si un client est déjà impliqué dans des pratiques culturelles, les fournisseurs de service doivent, avec l'accord du client, travailler en collaboration avec l'Aîné ou le guérisseur du client pour la planification des soins.
- Les clients qui n'ont pas d'Aîné ou de guérisseur peuvent être mis en relation avec l'un d'entre eux au sein de la structure de soins, si possible, ou dans la communauté.
- Les fournisseurs de service doivent également informer les clients des espaces sacrés à la disposition des personnes autochtones dans la structure de soins. Toute demande d'un client d'accéder à une médecine ou pratique culturelle spécifique doit être satisfaite dans les meilleurs délais possibles.

Les fournisseurs de service peuvent demander le soutien de l'équipe de soins autochtone ou aborigène au sein de leur autorité sanitaire locale lors de la prestation de soins à des personnes autochtones. Les conseillers chargés de la liaison/navigateurs autochtones soutiennent les clients, les familles et les fournisseurs de service en ^{192,193}:

- Mettant en relation les clients avec des Aînés et d'autres soutiens culturels
- Facilitant la communication entre le client et les équipes de soins
- Aidant à l'orientation au sein de l'autorité sanitaire et vers les organisations communautaires, en jouant le rôle de défenseur du client
- Assurant la liaison avec les communautés et organisations autochtones
- Organisant la mise à disposition de traducteurs
- Guidant les clients dans le système de santé

Les équipes de soins et le personnel doivent se référer à leur autorité sanitaire pour avoir de plus amples informations sur le soutien disponible apporté par les équipes de soins autochtones ou aborigènes.

3.7.ii Nécessité de services dirigés par des autochtones

Outre l'apport de soins culturellement sécuritaires qui intègrent l'accès aux pratiques culturelles tout le long du continuum des soins relatifs à la consommation de substance, il est essentiel de comprendre l'importance du développement de services dirigé par des autochtones pour des clients autochtones¹⁹⁴. Un exemple d'un PGA dirigé par des autochtones est Ambrose Place à Edmonton, Alberta, une structure de logements avec services de soutien qui fournit à ses clients principalement autochtones des soins complets enracinés dans les connaissances, les traditions culturelles et les points de vue sur le bien-être et la guérison autochtones¹⁹⁵. Un [Report Based on Sharing Circles with Residents and Staff from Ambrose Place \(Rapport basé sur des cercles de partage avec les résidents et le personnel de Ambrose Place\)](#) qualitatif de 2018 décrit la guérison du sentiment d'appartenance et du lien avec le personnel autochtone des clients, qui a contribué de manière significative à l'amélioration de leur santé et de la stabilité de leur logement¹⁹⁵. Ce rapport met en évidence la nécessité de programmes de réduction des méfaits autochtones, y compris de PGA, qui sont conçus, développés et exécutés par une direction autochtone avec des clients autochtones.

3.8 Réduction des méfaits

La réduction des méfaits est la valeur directrice principale des PGA. La réduction des méfaits a été définie comme « les politiques, programmes et pratiques qui visent à minimiser les impacts sociaux, juridiques et sur la santé négatifs dus à la consommation de drogue, aux politiques et aux lois relatives à la drogue. La réduction des méfaits [...] est axée sur le changement positif et le travail avec les personnes sans jugement, contrainte, discrimination ou sans exiger qu'elles arrêtent de consommer de la drogue comme condition préalable au soutien. »⁴⁵ Même si elles sont souvent associées à la consommation de substances illégales, les approches de réduction des méfaits peuvent également être appliquées pour tout comportement qui augmente le risque de conséquences sociales, juridiques ou sur la santé néfastes pour un individu, y compris la consommation d'alcool.⁴⁶

Fondamentalement, une approche orientée vers la réduction des méfaits concernant la consommation d'alcool soutient toutes les mesures prises par les clients pour améliorer leur santé et leur bien-être; elle cherche à rencontrer les clients « là où ils en sont » en ce qui concerne leur volonté et leur capacité à changer.⁴⁶ Les fournisseurs de service sont encouragés à adopter des stratégies qui réduisent les méfaits liés à l'alcool plutôt que d'imposer l'arrêt de la consommation d'alcool comme seul résultat souhaitable du traitement. Outre la fourniture contrôlée d'alcool, les stratégies de réduction des méfaits peuvent inclure la promotion des stratégies de [consommation plus sécuritaire](#) (p. ex., réduction progressive de la consommation d'alcool, ne pas conduire après avoir bu, régulation de la fréquence de consommation pour éviter l'hyperalcoolisation rapide ou le sevrage, réduction de la consommation d'alcool non destiné à la consommation), l'optimisation de l'implication et du maintien dans les soins de santé et la mise en relation des clients avec des ressources permettant de remédier aux iniquités relatives aux déterminants de la santé sociaux (p. ex., logement, services juridiques, aide financière, programmes d'emploi).⁴⁷⁻⁵⁰

3.8.i Réduction des méfaits autochtone

Une approche autochtone de la réduction des méfaits prend en compte les iniquités sociales et systémiques qui ont contribué à la consommation de substance et à ses méfaits chez les personnes autochtones¹⁹⁴. En tant que telle, la réduction des méfaits autochtone vise à réduire les énormes méfaits du colonialisme¹⁹⁴. L'approche

autochtone imprègne les principes et pratiques de réduction des méfaits avec les connaissances, valeurs et concepts de bien-être holistique et relationnel autochtones plutôt que de se concentrer sur les comportements de consommation de substance des individus^{194,196,197}.

Caractéristiques de la réduction des méfaits autochtone¹⁹⁴:

- **Décolonisation** – aider les personnes à commencer à inverser l’impact du colonialisme en honorant leur autonomie et leur rôle actif. Dans le contexte des soins relatifs à la consommation de substance, cela implique la prestation de soins axés sur le client, culturellement sécuritaires et sensibles au traumatisme, ainsi que le renforcement des organisations autochtones afin qu’elles dirigent le développement de services pour les personnes autochtones
- **Autochtonisation** – soutenir les programmes et politiques ancrés dans les connaissances autochtones et intégrer les enseignements, les traditions, les cérémonies et les langues autochtones locaux dans les programmes s’occupant de clients autochtones
- **Holistique** – soutenir le bien-être physique, mental et spirituel en s’intéressant aux déterminants de la santé sociaux, comme le logement, l’éducation, les pratiques culturelles et d’autres soutiens psychosociaux
- **Inclusif** – s’opposer de manière active aux « hiérarchies de valeur » imposées par les structures de valeurs coloniales. Ce processus implique des soins respectueux sans jugement quels que soient l’âge, le sexe, la sexualité, le niveau d’alphabétisation, le statut socio-économique, les antécédents criminels, les croyances spirituelles et les comportements de consommation de substance
- **Innovant et fondé sur des données probantes** – associer ce qu’il y a de mieux dans les approches autochtones et traditionnelles pour obtenir des soins efficaces et ancrés dans la culture

Par le [Réseau canadien autochtone du sida](#)¹⁹⁴

Pour plus d’informations, consultez [La réduction autochtone des méfaits = Réduire les méfaits du colonialisme](#) développé par le Réseau canadien autochtone du sida et la Coalition interagence sida et développement. En outre, la Régie de la santé des Premières Nations (RSPN) de C.-B. a développé un feuillet d’information sur [Indigenous Harm Reduction Principles and Practices \(Principes et pratiques de réduction des méfaits autochtone\)](#) qui peut être utile.

3.9 Gestion de la santé intégrée

Les soins pour les personnes atteintes d'un TUA sont plus efficaces avec l'utilisation d'une approche de soins holistique qui facilite l'accès à des soins de santé complets et des services communautaires appropriés. Dans le cadre de leur mise en œuvre et application, les PGA doivent établir des voies d'orientation entièrement fonctionnelles vers les services de réduction des méfaits et de traitement de la consommation de substance, ainsi que les services et soutiens psychosociaux de leur région. Les programmes peuvent utiliser diverses procédures pour faciliter la liaison avec les services de soins et de santé, dont :

- Organiser des visites sur place régulières par des fournisseurs de services essentiels
- Installer des équipements et organiser l'espace pour des rendez-vous virtuels
- Proposer des services de gestion de cas qui aident, entre autres, les clients à prendre des rendez-vous psychosociaux et médicaux, puis à s'y rendre
- Informer les clients sur les services disponibles à proximité

Les fournisseurs doivent collaborer avec les clients pour déterminer les services et soins supplémentaires qui les aideront à atteindre leurs objectifs. Les services potentiellement pertinents sont, entre autres :

- Soins primaires
- Soins relatifs à la toxicomanie
- Counseling
- Travail social
- Soins en santé mentale
- Soins dentaires
- Ergothérapie
- Programmes alimentaires et de soutien nutritionnel
- Inhalothérapie
- Gestion des médicaments
- Gestion et aide financière
- Service de proximité et soins à domicile
- Soutien des travailleurs du sexe
- Soutien pour les clients ayant subi la traite de personnes et le travail forcé
- Gestion de la douleur
- Services et soins de fin de vie
- Soutien d'un Aîné ou d'un Gardien du savoir
- Accès aux enseignements culturels et aux pratiques de guérison ancrées dans la terre
- Services pour les personnes handicapées
- Psychiatrie
- Soutien spirituel
- Heures réservées aux femmes
- Enseignement et fournitures de réduction des méfaits
- Services de consommation supervisée
- Gestion de cas approfondie (« service complet »)
- Aide au logement
- Aide au revenu
- Aide juridique
- Soins palliatifs
- Soutien des pairs
- Soins médicaux spécialisés
- Soins périnataux
- Soins aux enfants
- Soutien familial
- Services pour les réfugiés
- Services d'emploi

4 Mise en oeuvre du programme

Cette section fournit des lignes directrices sur les aspects logistiques de la mise en oeuvre des PGA, y compris la consultation préliminaire des parties prenantes, le choix du ou des modèles de fourniture contrôlée d'alcool et des services annexes à mettre en oeuvre, ainsi que les considérations relatives au financement, à l'emplacement et à l'espace, aux compétences et au déroulement du travail du personnel.

4.1 Consultation des parties prenantes avant la mise en oeuvre

Comme pour toutes les créations ou extensions de service de santé, l'apport des parties prenantes peut contribuer à faciliter la mise en oeuvre et l'amélioration du programme. Notamment, la consultation de personnes ayant une expérience vécue ou actuelle est essentielle pour le développement de services de réduction des méfaits axés sur le client. En outre, même si ce n'est pas une obligation pour la mise en place d'un PGA, la consultation d'autres parties prenantes (p. ex., administration municipale, gouvernements provinciaux et fédéral, ainsi qu'autorités sanitaires) peut être utile pour recueillir du soutien, établir des collaborations et favoriser le développement de politiques et ressources qui facilitent l'expansion des services et soutiens de réduction des méfaits axés sur le client.

4.1.i Personnes ayant une expérience vécue ou actuelle

L'implication de personnes ayant une expérience vécue ou actuelleⁱ dans la création des politiques, la programmation, les processus opérationnels et les efforts d'évaluation est un principe fondamental de la réduction des méfaits⁶⁴. Les groupes de défense par des pairs, comme [Eastside Illicit Drinkers Group for Education \(EIDGE, Groupe de consommateurs de substances illicites de l'Est pour l'éducation\) de Vancouver](#), ont joué un rôle central dans la mise en oeuvre et

i Les personnes ayant une expérience vécue ou actuelle sont désignées par différents noms, comme les pairs, les personnes qui consomment de la drogue et les consommateurs de drogue ou d'alcool. Ce document utilise principalement « personnes ayant une expérience vécue ou actuelle » pour mettre en avant les connaissances et perceptions des personnes ayant une expérience vécue de trouble de l'usage de l'alcool. Généralement, « pair » est utilisé pour désigner une personne ayant une expérience vécue ou actuelle qui joue le rôle de pair auprès d'autres utilisateurs du service (p. ex., pairs travailleurs).

l'expansion des PGA grâce à un travail de défense des intérêts et une participation à la recherche^{53,64}. Les groupes de pairs et de défense par les pairs pour les personnes qui consomment des substances peuvent contribuer à identifier les besoins spécifiques des utilisateurs potentiels du service, les obstacles à la mise en œuvre et à l'accès au service, ainsi que les stratégies pour surmonter ces défis. En outre, les groupes de pairs et de défense ont généralement des réseaux politiques et communautaires actifs permettant de promouvoir et soutenir le programme.

Il est vivement recommandé d'intégrer les fruits de la collaboration avec les groupes de pairs et de défense des personnes qui consomment des substances, les groupes de défense des patients et les pairs travailleurs dans toutes les étapes de la mise en œuvre du PGA, de la planification à l'exécution.

Les plans stratégiques doivent inclure les voix de ces clients qui accéderont à ces services. Il convient de souligner que la majorité des PGA existants disposent d'un mécanisme de récupération des suggestions des pairs ou des clients, que ce soit par le biais de consultations informelles ou de réunions consultatives formelles.

Les habitants locaux ayant une expérience vécue ou actuelle ainsi que les groupes de pairs de chaque juridiction doivent être consultés. Dans les juridictions où aucun PGA n'a encore été développé, il peut être utile de consulter les groupes d'autres communautés dont les membres ont déjà bénéficié ou soutenu des PGA, ainsi que des utilisateurs actuels ou passés de services de PGA.

Pour plus d'informations sur l'engagement significatif des personnes ayant une expérience vécue ou actuelle dans la mise en œuvre de programmes de soins relatifs à la consommation de substance, consultez [« Rien à notre sujet sans nous » – L'implication accrue et significative des personnes qui utilisent des drogues illégales : un impératif sanitaire, éthique et des droits humains](#)¹⁹⁸ et [From One Alley to Another: Practice Guidelines to Better Include People who Use Drugs at your Decision-making Tables \(D'une ruelle à une autre : lignes directrices de pratique pour mieux inclure les personnes qui consomment de la drogue à vos tables de prise de décision\)](#)¹⁹⁹.

Ce document identifie de nombreux avantages importants de l'implication des pairs dans le processus de mise en œuvre, y compris une meilleure adhésion des clients au programme, une meilleure capacité à identifier et répondre aux besoins des clients avec une prestation de service réaliste, peu restrictive et utile, ainsi que la promotion du sentiment d'être partie prenante chez les pairs¹⁹⁸. Pour plus d'informations sur l'implication des pairs, consultez les [Ressources pour guider l'emploi des pairs](#).

4.1.ii Autres groupes de parties prenantes

Les planificateurs de programme de gestion de l'alcool peuvent souhaiter contacter les ministères, les autorités sanitaires et les autres groupes de parties prenantes concernés pour obtenir des ressources et du soutien, favoriser la prise de conscience du rôle des PGA chez les partenaires communautaires, établir et renforcer une collaboration et des voies d'orientation tout le long du continuum des soins, ainsi que contribuer au développement de politiques et normes de pratique axées sur la réduction des méfaits. **Tandis que la consultation peut aider à la mise en œuvre des PGA, la création de programmes de gestion de l'alcool au Canada ne nécessite pas l'approbation d'un organisme municipal, régional, provincial ou fédéral.**

Autorités locales

Le contact avec les services de police et d'urgence est courant au sein des PGA; la promotion de la compréhension des PGA en tant qu'intervention de réduction des méfaits établie et fondée sur des données probantes dans les services de police et d'urgence locaux peut contribuer à favoriser des interactions plus sécuritaires avec la police ou une orientation depuis les services d'urgence (p. ex., lorsque les clients doivent être transférés à l'hôpital ou retirés du programme par la police).

Autorités de santé régionales

Un certain nombre de PGA au Canada, notamment les programmes développés suite au COVID-19, ont reçu un financement de la part d'autorités sanitaires régionales¹¹⁰. Les planificateurs de programme peuvent choisir de consulter l'autorité sanitaire pour obtenir un soutien et entretenir des relations de collaboration.

Organismes de réglementation professionnelle pour les médecins et infirmières

Les organismes de réglementation pour les médecins et les chirurgiens, les infirmières praticiennes et les infirmières de chaque juridiction doivent être informés de l'existence des PGA afin d'obtenir du soutien pour l'intégration des PGA dans le continuum des soins du TUA. Dans certaines juridictions, cette collaboration peut inclure une consultation et un soutien concernant les aspects juridiques de la fourniture contrôlée d'alcool.

Ministères provinciaux

Compte tenu du soutien croissant du système de santé en faveur du développement et de l'expansion des PGA, les planificateurs de programme peuvent envisager de consulter les ministères concernés de leur juridiction afin de :

- Obtenir du soutien et un financement potentiel pour le fonctionnement des PGA
- Explorer et potentiellement contribuer aux réglementations juridictionnelles relatives à l'approvisionnement et à la fourniture d'alcool dans le contexte des PGA
- Collaborer au développement de politiques et de normes de pratiques axées sur la réduction des méfaits

Santé Canada

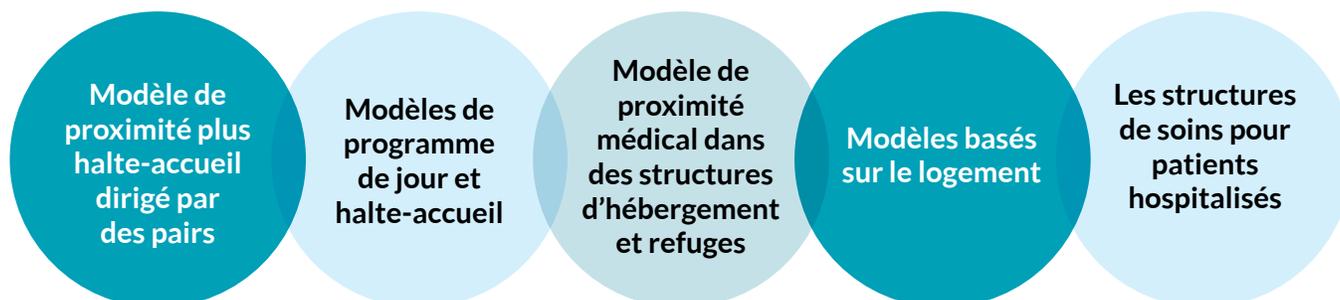
Les planificateurs de programme peuvent choisir de consulter Santé Canada pour obtenir un soutien, demander un financement et entretenir des relations de collaboration.

4.2 Modèles de fourniture contrôlée d'alcool

À l'instar d'autres services de réduction des méfaits, de nombreux PGA ont été développés de manière organique pour répondre aux besoins de leurs communautés respectives; ce processus a induit une diversité de structures, d'approches de prestation de service et de soutiens supplémentaires. Cependant, les caractéristiques et éléments de réduction des méfaits fondamentaux des PGA existants sont similaires. La plupart des PGA sont conçus pour les personnes atteintes d'un TUA grave qui ne sont pas intégrées dans le continuum des soins cliniques du TUA existant et notamment celles qui rencontrent des obstacles supplémentaires dans l'accès aux services médicaux et sociaux en raison de leur pauvreté et de leur sans-abrisme. Afin de réduire les méfaits psychosociaux et sur la santé du TUA non traité dans cette population marginalisée, presque tous les PGA existants associent des plans de fourniture régulée de boissons alcoolisées à un éventail de services médicaux et sociaux qui incluent généralement les soins primaires, des services d'hébergement, du soutien nutritionnel et de la gestion financière¹²³. Tout en tenant compte de l'importance du chevauchement et de l'interchangeabilité entre les modèles de PGA existants, cette section présente cinq exemples distincts de modèles de service, principalement basés sur la structure.

Il est important de souligner que les modèles généralisés décrits dans cette section sont présentés comme des exemples pour favoriser une discussion sur les considérations relatives à la planification et au fonctionnement dans ce document. Des approches créatives et flexibles sont nécessaires pour le développement des PGA, qui sont principalement influencés par les besoins, les circonstances et les préférences des communautés locales.

En se basant sur la structure au sein de laquelle se déroule la fourniture contrôlée d'alcool, les PGA peuvent être divisés en 5 catégories générales :



Une description des modèles de PGA existants est présentée ci-dessous tandis que l'[Analyse juridictionnelle](#) et l'[Annexe 2](#) offrent une description plus comparative des éléments de conception de service des modèles.

4.2.i PGA de proximité plus haltes-accueils dirigés par des pairs

Développés et gérés par des pairs qui peuvent également utiliser ce service, les PGA de proximité plus haltes-accueils dirigés par des pairs proposent aux autres membres de l'alcool contrôlé et un environnement sécuritaire pour consommer de l'alcool, se socialiser et accéder à des services médicaux et psychosociaux pendant les heures d'ouverture⁶⁷. Ce modèle n'inclut pas de composant de fourniture d'hébergement; cependant, il comprend des services de proximité qui peuvent fournir quotidiennement de l'alcool à certains membres dans leurs résidences actuelles. Dans ce modèle, les membres peuvent être employés pour diriger différents aspects du programme, comme le soutien des pairs, l'enseignement d'une consommation plus sécuritaire et la fabrication de l'alcool fourni par le biais du PGA⁶⁷. Ce modèle peut favoriser l'autonomie, l'autoefficacité et un sentiment d'appartenance à la communauté parmi ses membres tout en réduisant les méfaits associés à la consommation de survie (p. ex., consommation d'alcool non destiné à la consommation, activité économique de survie pour obtenir de l'alcool, cycles d'hyperalcoolisation rapide).

Tandis que les PGA de proximité et haltes-accueils dirigés par des pairs incluent généralement un accès à du personnel médical sur place et un certain niveau de consultation ou de supervision médicale, ce modèle se concentre sur une consommation plus sécuritaire et un accès peu restrictif plutôt que sur une gestion stricte de l'alcool. En raison de son accessibilité, de son inclusivité et de sa flexibilité, ce modèle géré par des pairs peut répondre aux besoins d'une plus grande diversité de clients, comme les personnes qui risquent de subir les méfaits liés à l'alcool en raison d'hyperalcoolisations rapides, mais qui ne sont pas admissibles dans d'autres modèles de PGA parce qu'elles ne répondent pas aux critères d'un TUA grave. L'efficacité de ce modèle en ce qui concerne la réduction des méfaits liés à l'alcool et la promotion d'une stabilité psychosociale chez les personnes marginalisées atteintes de TUA a été démontrée dans une étude qualitative de 2021 du Street Entrenched Managed Alcohol Program (Programme de gestion de l'alcool ancré dans la rue) géré par des pairs de Vancouver (consultez la section [Constatations qualitatives](#)⁶⁷).

Ce modèle n'inclut pas de composant d'hébergement pour les personnes sans-abris, mais elle peut orienter ses clients vers les services d'hébergement au sein de la communauté. En outre, en raison du manque de services 24 heures/24 ou de surveillance complète et de soutien clinique, ce modèle peut ne pas être approprié pour les personnes qui risquent de rencontrer des problèmes d'accès en raison de besoins en matière de transport, de mobilité ou de soutien cognitif.

4.2.ii Programmes de jour et haltes-accueils

Les PGA de jour et haltes-accueils sont conçus pour fournir aux clients admissibles de l'alcool contrôlé et un environnement communautaire sécuritaire pour consommer de l'alcool et accéder à des services médicaux et psychosociaux pendant les heures d'ouverture. Les PGA de jour et haltes-accueils peuvent fonctionner comme des structures autonomes ou partager les locaux avec d'autres services pertinents. Le principal objectif de ces programmes est de réduire la consommation de survie et ses méfaits, d'améliorer le bien-être, de renforcer les liens communautaires et de faciliter l'accès aux services et soutiens psychosociaux, d'hébergement et de santé^{107,200}.

Dans certains PGA de jour et haltes-accueils existants, le personnel médical (p. ex., médecin, infirmière autorisée) développe des plans de gestion de l'alcool personnalisés en collaboration avec les clients et le personnel; cependant, la distribution de l'alcool et la supervision quotidienne du programme relèvent généralement de la responsabilité du personnel non médical ayant reçu une formation sur la réduction des méfaits (p. ex., gestionnaires de cas, pairs travailleurs de soutien). Il convient de souligner que, même si les PGA existants correspondant à ce modèle sont dirigés par du personnel médical, ce n'est pas une exigence fondamentale pour les programmes de jour haltes-accueils; l'alcool contrôlé peut être fourni par du personnel non médical formé à la réduction des méfaits en collaboration avec du personnel médical le cas échéant.

Actuellement, les modèles de haltes-accueils ou de programmes de jour dirigés par du personnel médical sont utilisés par une petite minorité de PGA, et la recherche évaluant leur efficacité est limitée. En 2017, un PGA de jour dirigé par du personnel médical à Sudbury a fait l'objet d'un examen qualitatif et quantitatif pour évaluer l'efficacité du programme dans la promotion de la stabilité du logement, la réduction de la consommation d'alcool non destiné à la consommation et la

diminution du recours aux services d'urgence²⁰⁰. Tandis que les résultats ont montré une certaine réussite dans la réduction du sans-abrisme et l'augmentation de l'accès aux soins non urgents, l'impact du programme sur la satisfaction relative au logement, la consommation totale d'alcool et d'autres résultats en matière de santé et de qualité de vie était limité, probablement en raison du sans-abrisme persistant et d'une relation irrégulière avec les clients²⁰⁰. Même si les PGA de jour et haltes-accueils dirigés par du personnel médical sont équipés pour fournir des soins cliniques et un endroit sûr pendant les heures du programme, ils ne disposent pas des infrastructures nécessaires pour fournir un hébergement et un éventail complet de soutiens pour ceux qui retournent dans la rue en dehors des heures du programme. Le rapport d'évaluation du programme de Sudbury a induit l'évolution du PGA vers un modèle basé sur le logement. Une étude de cas du PGA de Sudbury est présentée dans l'Annexe 2 : [Étude de cas : Sudbury, Ontario](#).

4.2.iii PGA de proximité médicaux

De nombreux PGA de proximité médicaux ont été créés suite à la pandémie de COVID-19; la prescription et la fourniture d'alcool contrôlé permettaient aux personnes à risque de sevrage de l'alcool de s'isoler en toute sécurité chez elles, dans des refuges ou dans d'autres structures prévues pour la quarantaine.

Dans ce modèle, un membre du personnel médical (p. ex., médecin, infirmière autorisée) réalise une évaluation initiale des besoins en matière de soins du client dans le cadre d'un service de proximité et recommande la fourniture par le personnel d'une dose d'alcool au client à des intervalles définis. L'administration d'alcool dans ce modèle peut être basée sur une approche à plusieurs sites, dans laquelle le personnel du service de proximité fournit l'alcool à plusieurs endroits jusqu'à 3 fois par jour, ou une approche à un seul site, dans laquelle le personnel du service de proximité reste à un seul endroit pendant les heures de la journée pour donner l'alcool.

Les soutiens en matière de soins de santé pour les clients des PGA de proximité médicaux incluent généralement une gestion de cas approfondie afin de répondre aux besoins actuels en matière de soins et faciliter la transition vers les soins communautaires. La gamme de services supplémentaires proposée dépend des capacités du programme; outre la nourriture et l'hébergement, les clients dans des refuges ou structures de logement avec services de soutien temporaires peuvent être orientés vers des services de logement et d'autres soutiens psychosociaux.

4.2.iv PGA basés sur le logement

La plupart des PGA appliqués au Canada s'occupent de clients sans-abris et sont intégrés dans, ou associés à, de l'hébergement temporaire, comme des refuges, du logement de transition et des structures de logement avec services de soutien. La majeure partie des données probantes publiées disponibles qui soutiennent les PGA proviennent de modèles basés sur le logement. À l'instar des autres modèles, les PGA basés sur le logement visent à réduire les méfaits liés à l'alcool, faciliter la stabilité du logement et assurer un accès durable aux soutiens médicaux et psychosociaux. La particularité de ce modèle est que les clients du PGA sont hébergés sur place. Outre la fourniture d'un hébergement, ce modèle permet une gestion de cas et une surveillance continues et uniformes, ainsi qu'un apport constant de services et soutiens psychosociaux¹⁰⁷.

Dans la plupart des PGA basés sur le logement existants, la planification du dosage et de la gestion de l'alcool est généralement réalisée par un membre du personnel médical sur place (p. ex., une infirmière en accord avec un médecin prescripteur) en collaboration avec le client, à la suite d'une évaluation clinique¹⁰⁷. Cependant, une planification de la gestion de l'alcool dirigée par du personnel médical n'est pas une exigence fondamentale de ce modèle de PGA; le personnel de réduction des méfaits non médical (p. ex., gestionnaires de cas, travailleurs sociaux) peut être formé à la réalisation de l'évaluation initiale et la planification de la gestion de l'alcool en collaboration avec un membre du personnel médical. Le fonctionnement de la structure dans de nombreux PGA basés sur le logement est géré par du personnel non médical formé à la réduction des méfaits (p. ex., personnel du logement, gestionnaires de cas, pairs de soutien).

Le type et la gamme des services proposés dans les PGA basés sur le logement varient en fonction des caractéristiques et des besoins de leurs clients. Par exemple, Ambrose Place à Edmonton, Alberta, est un PGA basé sur le logement dirigé et développé par des autochtones dont le personnel de soutien comprend des Gardiens des savoirs et des Aînés qui intègrent les pratiques et points de vue culturels dans les soins de leurs clients principalement autochtones¹⁹⁵.

4.2.v PGA dans les structures de soins pour patients hospitalisés

Les PGA hospitaliers et les PGA proposés dans d'autres structures de soins de patients hospitalisés (p. ex., structures de soins de longue durée) contribuent à conserver les clients pendant la durée de leurs soins en évitant toute sortie à l'initiative du patient en raison de symptômes de sevrage d'alcool ou d'envies impérieuses. Ils peuvent également contribuer à diminuer la nécessité de consommer de l'alcool non destiné à la consommation (p. ex., désinfectant pour les mains, tampons imbibés d'alcool). Ce modèle de PGA garantit que l'implication dans des soins médicaux actifs n'empêche pas un accès durable à l'alcool. La durée de la participation des clients dans ce modèle de PGA est généralement limitée à la durée de leur séjour d'hospitalisation. Lorsque cela est possible et approprié, les personnes qui reçoivent de l'alcool contrôlé sont mises en relation avec des PGA communautaires lors de leur sortie. En fonction des ressources locales, l'orientation vers un PGA communautaire peut ne pas être possible; dans ce cas, les clients peuvent être mis en relation avec d'autres services, dont des soins primaires, des traitements et soutiens relatifs à la santé mentale ou à la consommation de substance, des offices du logement et d'autres soutiens communautaires.

4.2.vi Considérations relatives à la sélection de la structure et du ou des modèles de soins

Le ou les modèles et les éléments de soins à proposer dans une juridiction donnée dépendent de multiples facteurs, dont :

- Le nombre estimé de clients qui bénéficieraient de et seraient admissibles au PGA
- Les infrastructures et services déjà en place (p. ex., programmes d'hébergement existants, les structures d'hébergement qui autorisent la consommation d'alcool sur place, les programmes de proximité communautaires) et la faisabilité de l'application d'un PGA intégré dans un service existant
- Les fonds et les sources de financement disponibles
- Les caractéristiques de la communauté (p. ex., les structures rurales et urbaines auront probablement des infrastructures et des tailles de population de clients différentes)
- Les caractéristiques et les besoins de la population de clients
 - Les personnes sans-abris ou risquant d'être sans-abris qui ont besoin d'un hébergement ou d'une mise en relation avec des services d'hébergement
 - Les personnes qui nécessitent une surveillance médicale étroite en raison de troubles de l'usage de substance ou d'autres comorbidités parallèles, les personnes qui ont besoin de soins palliatifs
 - Les clients autochtones, pour lesquels le soutien d'un Aîné et l'accès à des ressources et activités culturelles pertinentes, y compris la guérison ancrée dans la terre, doivent être fournis
- Le nombre et le type de membres du personnel disponibles (c'est-à-dire, personnel médical ou non médical)
- L'accès à d'autres services et professionnels auxiliaires au sein de la communauté, aussi bien pendant la participation au PGA que suite à la sortie du PGA

4.3 Éléments de service supplémentaires pour tous les modèles de soins

En fonction de la structure et des ressources disponibles, les programmes doivent répondre aux besoins de base des clients, comme la nourriture et le logement, et faciliter l'accès à des services psychosociaux et de soins complets. En outre, quels que soient les modèles de soins choisis, les PGA doivent développer les règles et politiques du programme, en collaboration avec les clients et les pairs, afin de garantir la sécurité, la santé et le bien-être des clients et du personnel. Cette section fournit une brève présentation de ces éléments de service.

4.3.i Nourriture et logement

La majorité des clients des PGA rencontrent des obstacles importants pour répondre à leurs besoins nutritionnels et d'hébergement de base. Le logement et des repas quotidiens sont les principaux éléments de service des PGA appliqués dans les structures basées sur le logement, comme les refuges et les structures de logement avec services de soutien. Étant donné qu'il s'agit d'un aspect essentiel de la réduction des méfaits, tous les PGA doivent s'efforcer de répondre aux besoins nutritionnels des clients dans la mesure du possible. Certains programmes peuvent demander l'assistance volontaire des clients, qui peuvent contribuer à la planification et la préparation des repas ainsi qu'à l'entretien quotidien de leur structure de logement. Non seulement cette approche maximise la portée des ressources disponibles, mais il a été montré qu'elle favorise également un sentiment d'appartenance et de responsabilité chez les clients participants⁶⁴.

Les PGA communautaires qui fonctionnent comme des programmes de jour et n'ont pas accès à l'espace ou aux ressources nécessaires pour fournir des repas aux clients doivent avoir mis en place des protocoles pour mettre les clients en relation avec des services qui fournissent des soutiens nutritionnels et de logement⁶⁴.

4.3.ii Services supplémentaires et soins complets

Les services supplémentaires fournis par les PGA peuvent inclure les soins primaires; les interventions de traitement et soutiens psychosociaux; les

programmes de soutien par des pairs; la consultation spécialisée en traitement de la toxicomanie; le traitement des traumatismes; le soutien aux personnes handicapées; la gestion de la douleur chronique; des services spécialisés pour les femmes, les jeunes, les adultes plus âgés et les personnes 2S/LGBTQ+; ainsi que des pratiques culturelles et de soins de santé dédiés pour les clients autochtones.

Certains programmes peuvent partager des locaux ou s'associer à des organisations communautaires qui fournissent des soutiens et services psychosociaux, tandis que d'autres peuvent proposer des services sur place (p. ex., counseling, travailleurs dans le domaine du logement, soutien des pairs) et orienter vers d'autres services communautaires. Tous les programmes doivent intégrer des voies d'orientation complètes afin de s'assurer que les clients puissent accéder aux services psychosociaux dont ils ont besoin. Les programmes qui fournissent des services auxiliaires sur place doivent s'assurer de disposer du personnel adéquat.

4.3.iii Services de gestion financière

Les programmes de gestion de l'alcool peuvent envisager d'intégrer des services de gestion financière, comme la curatelle volontaire^j, parmi leurs services. Non seulement les services de gestion financière soutiennent l'indépendance financière des clients, mais ils peuvent également jouer un rôle important dans le financement du fonctionnement du PGA en s'assurant que le PGA reçoive les dépenses imputées au client (p. ex., le coût de l'hébergement, de l'alcool, de la nourriture) dans un délai raisonnable. En assurant l'accès aux fonds pour couvrir les dépenses des clients, les services de gestion financière peuvent être déterminants pour conserver les clients dans le programme et éviter les conflits ou expulsions liés aux frais du programme. En outre, les services de gestion financière peuvent contribuer à diminuer la consommation d'alcool en dehors du programme en aidant à rediriger les fonds du client vers les dépenses nécessaires, en se basant sur les objectifs, les préférences et l'accord du patient.

j Dans le contexte des PGA, le terme « curatelle volontaire » est utilisé pour faire référence à un processus collaboratif facultatif au sein duquel le client accepte de recevoir des conseils et du soutien concernant l'utilisation de son revenu afin de pouvoir répondre à ses besoins de base; ce processus peut être modifié ou annulé selon les préférences et besoins du client à tout moment. Cette définition est différente de la signification juridique de la curatelle : un curateur nommé par un tribunal prend des décisions financières à la place d'une personne considérée comme incapable de le faire.

Afin de pouvoir bénéficier des services de gestion financière volontaires, le client autorise généralement le programme à recevoir son revenu mensuel, à déduire les frais convenus pour les services du PGA et à distribuer les fonds restants par parties convenues en vue de soutenir une budgétisation durable pour les dépenses mensuelles du client. En fonction de l'accord de gestion financière convenu avec le client en se basant sur ses besoins et ses préférences, les fonds restants peuvent être divisés en versements quotidiens ou hebdomadaires ou distribués au client à des intervalles convenus. Des soutiens de gestion financière supplémentaires peuvent inclure un développement collaboratif du budget et un soutien pour les achats (p. ex., budgétisation pour les articles essentiels ou fournir de l'aide pour aller faire des achats). Les programmes qui n'ont pas la capacité de fournir ce service doivent envisager de mettre en place un protocole pour orienter les clients admissibles et intéressés vers un curateur public ou un service de conseil en crédit local pour plus de soutien.

Les procédures de gestion financière doivent respecter les principes du service axé sur le client et mettre la priorité sur l'autonomie et l'indépendance financière du client tout en garantissant la sécurité du client et du personnel. D'autres informations sur les procédures et principes de la gestion financière volontaire sont fournies dans l'[Annexe 3](#).

4.3.iv Lignes directrices et politiques du programme

Chaque PGA doit développer son propre ensemble de lignes directrices et politiques en collaboration avec les clients, le personnel et les pairs. Le développement des lignes directrices et politiques du programme doit être guidé par les principes de dignité, respect et sécurité des clients et du personnel. Les règles et politiques du programme doivent être clairement abordées avec chaque client lors de son admission et incluses dans un accord de plan de gestion de l'alcool convenu avec le client. Consultez l'[Annexe 4](#) pour avoir un exemple de plan de gestion de l'alcool et de formulaire d'acceptation du client.

Pour garantir un environnement mutuellement respectueux et atténuer les différences de pouvoir entre le client et le fournisseur, les attentes des clients concernant le programme doivent être inscrites dans la déclaration des droits du client, qui doit également faire l'objet d'une discussion et d'un accord lors de l'admission. Un exemple de déclaration des droits du client est détaillé dans l'[Annexe 5](#).

Politiques relatives à la consommation à l'extérieur

Si possible, les PGA doivent développer des politiques claires pour éviter la consommation en dehors du programme, car il a été constaté que cette consommation nuit à l'objectif central du programme de régulation de la consommation d'alcool et peut induire des méfaits, comme la consommation d'alcool non destiné à la consommation, de la violence, des rencontres avec la police, une surdose et une hospitalisation^{96,125}. Les politiques pertinentes qu'il est possible d'envisager comprennent le refus de donner ou la réduction de la dose d'alcool si le client est ivre au moment de la distribution de la dose et ne pas autoriser la consommation d'alcool provenant de l'extérieur dans les locaux du PGA¹²⁵. Il a été remarqué que la consommation à l'extérieur et l'ivresse récurrentes peuvent être une indication que le plan de gestion de l'alcool actuel ne répond pas de manière adéquate aux besoins du client; des procédures doivent être mises en place pour corriger le plan de gestion de l'alcool en collaboration avec le client afin de s'assurer que le dosage d'alcool gère correctement les envies impérieuses et les symptômes de sevrage.

Les politiques de consommation à l'extérieur spécifiques dépendent du modèle de programme, des ressources, de l'intensité des soins et de la surveillance nécessaire. Par exemple, certains PGA basés sur le logement qui s'occupent de clients ayant des besoins plus importants peuvent interdire l'introduction d'alcool provenant de l'extérieur dans les locaux du programme afin de pouvoir contrôler le type et la quantité d'alcool consommé, tandis que d'autres programmes peuvent autoriser les clients à acheter la boisson de leur choix et à l'apporter dans la structure en la signalant (généralement dans des bouteilles qui ne sont pas ouvertes).

Lors du développement des politiques de consommation à l'extérieur et des protocoles de communication et de mise en œuvre de ces politiques, il est important d'adopter une approche non punitive en se concentrant sur le maintien dans le programme et la promotion d'habitudes de consommation plus sécuritaires durables. Le processus d'admission peut inclure une discussion visant à soutenir une prise de décision responsable en ce qui concerne la consommation d'alcool dans des environnements sociaux hors du programme. Par exemple, les programmes peuvent autoriser les clients à boire un verre dans un restaurant, tout en les encourageant à faire attention aux exigences d'évaluation avant les doses et aux politiques s'appliquant aux personnes ivres.

Consommation parallèle d'autres substances

Les programmes de gestion de l'alcool doivent développer des politiques claires pour l'identification et la gestion de la consommation active d'autres substances. Les protocoles d'évaluation de l'admissibilité au programme doivent inclure le dépistage de la consommation d'autres substances. Le personnel doit parler aux clients de l'importance du partage d'informations concernant leur consommation de substance afin qu'ils puissent recevoir un soutien adapté. Des procédures doivent être mises en place pour proposer une brève intervention et une orientation vers des traitements et services de soutien pour les clients qui signalent eux-mêmes la consommation d'autres substances ou qui ont un résultat positif au dépistage de la consommation d'autres substances ou du trouble de l'usage de substance.^k

La consommation parallèle d'autres dépresseurs du SNC (p. ex., opioïdes ou benzodiazépines) doit être évaluée attentivement pendant le programme, car ces substances peuvent accentuer les effets de l'alcool et entraîner une surdose, voire la mort. Outre le dépistage de la consommation d'autres substances lors de l'admission, les fournisseurs du PGA doivent informer les clients des risques associés à la consommation concomitante d'autres dépresseurs du SNC lors de l'admission, les encourager à s'abstenir de consommer d'autres dépresseurs du SNC et leur enseigner les stratégies de consommation plus sécuritaire s'ils continuent de consommer d'autres dépresseurs du SNC (p. ex., éviter de les consommer seul, commencer avec une dose plus faible, accéder aux services de vérification des drogues).

Cependant, si la consommation parallèle d'autres substances doit être considérée comme un risque pendant la planification des soins, elle ne doit pas constituer un obstacle à la participation au PGA. Les clients de la gestion de l'alcool sont généralement stabilisés avec des doses plus faibles d'alcool que ce qu'ils consommeraient en dehors du PGA. En outre, l'implication dans le PGA peut faciliter la liaison avec des soins relatifs à la toxicomanie qui amène également à une réduction de la consommation des autres substances. Par conséquent, les avantages de la participation au PGA l'emportent sur les risques.

k Pour plus d'informations, consultez le document concis de BCCSU sur [Managing Co-occurring Opioid and Alcohol Use Disorders \(Gestion des troubles de l'usage d'opioïdes et d'alcool simultanés\)](#).

Les mesures de gestion de la consommation d'autres substances par des clients de PGA peuvent inclure :

- Orientation vers des soutiens et un traitement de la consommation de substance appropriés
- Orientation vers des programmes et fournitures de réduction des méfaits
- Surveillance accrue
- Formation du personnel à la prévention et la réponse en cas de surdose
- Formation du personnel à l'identification et à la gestion de la psychose induite par des stimulants
- Interventions et soutiens psychosociaux renforcés

Des procédures claires doivent être établies pour réagir correctement en cas de surdose ou d'autres urgences liées aux substances, en collaboration avec le client, y compris lorsque les clients peuvent avoir besoin d'aller à l'hôpital.

Les procédures d'évaluation avant les doses doivent inclure l'identification de l'ivresse et la consommation récente d'autres substances. Les clients se présentant pour leur dose d'alcool en étant ivres ou en révélant avoir consommé récemment d'autres déprimeurs du SNC doivent faire l'objet d'une conversation afin d'évaluer leur bien-être et les risques associés à la consommation de davantage d'alcool. En se basant sur le risque évalué de surdose, le personnel peut décider de ne pas donner la dose suivante afin d'éviter une dépression respiratoire et une surdose. Cette décision doit être expliquée clairement au client.

Remarque sur la consommation de cannabis :

Selon les données disponibles, de nombreux clients de PGA consomment régulièrement du cannabis pour gérer les envies impérieuses d'alcool et le sevrage ou pour soulager la douleur, l'anxiété ou l'insomnie¹⁰¹. Les procédures de gestion de la consommation d'autres substances doivent inclure la transmission aux clients du PGA d'informations spécifiques sur les risques et les avantages de la consommation de cannabis. En fonction des besoins des clients et de la disponibilité des ressources, les PGA peuvent envisager d'établir des parcours et protocoles pour proposer du cannabis aux clients à la place de certaines doses d'alcool. Pour

plus d'informations, consultez la section sur les [Données probantes émergentes sur le remplacement par le cannabis dans les PGA.](#)¹

Considérations qu'il est possible d'inclure dans les politiques de sécurité :

- Règles pour les fumeurs
- Politiques concernant les flammes nues et les matériaux inflammables
- Surveillance de l'utilisation de couteaux et d'autres objets personnels dangereux

4.4 Considérations relatives à l'emplacement et à l'espace

4.4.i Considérations relatives au choix de l'emplacement

Une considération essentielle pour le choix de l'emplacement du PGA est l'accès pour les clients. Les programmes de gestion de l'alcool doivent être situés au sein des communautés dont ils souhaitent s'occuper; la priorité doit être mise sur la proximité avec d'autres services médicaux et sociaux pour les personnes atteintes de TUA afin d'assurer l'accès à des services de soutien et de santé complets. La proximité avec le transport public doit également être prise en compte afin d'assurer l'accès, notamment dans le cas des services qui ne proposent pas d'hébergement.

La disponibilité des fournisseurs d'alcool représente également un facteur à prendre en compte. La proximité immédiate de fournisseurs d'alcool peut faciliter l'approvisionnement et la livraison d'alcool pour le programme; cependant, étant donné que les PGA cherchent à éviter la consommation d'alcool en dehors de l'accord de gestion de l'alcool, il peut être nécessaire de prendre en compte le potentiel effet déclencheur de la proximité de magasins d'alcools, de bars et de dépanneurs lors du choix de l'emplacement d'un PGA.

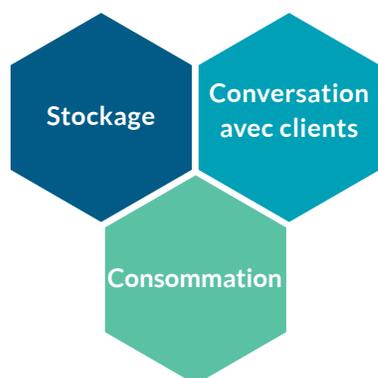
¹ Il n'existe actuellement aucun protocole établi pour la fourniture de cannabis en remplacement partiel de l'alcool dans la littérature; cette recommandation se réfère à des données sur une consommation de cannabis non régulée existante chez des clients de PGA, ainsi qu'à des constatations émergentes sur la faisabilité et l'acceptabilité du cannabis.

4.4.ii Considérations relatives au choix et à la conception de l'espace

Exigences s'appliquant à l'espace en général

Les exigences concernant l'espace varient en fonction de la structure, du ou des modèles de soins, du nombre de clients concernés, de l'éventail de services ou programmes présents dans les locaux et des exigences spécifiques de stockage et de distribution spécifiées par les organismes de réglementation provinciaux.

Les exigences minimales relatives à l'espace pour la fourniture contrôlée d'alcool comprennent :



- Un espace dédié et sécurisé pour stocker l'alcool et les médicaments
- Un espace dédié privé pour la conversation avec les fournisseurs de service et le personnel de soutien (p. ex., pour les évaluations médicales, les interventions psychosociales, les examens des progrès des clients)
- Un endroit sûr pour consommer de l'alcool

Si possible, un espace commun doit être alloué à la consommation d'alcool, la socialisation et la réalisation des activités du programme. L'absence d'un endroit sûr pour consommer de l'alcool a été identifiée par les personnes sans-abris atteintes d'un TUA comme un facteur clé d'exposition à des risques comme des accidents, des agressions et des arrestations suite à une ivresse dans les espaces publics⁵³. En outre, il a été constaté que la mise à disposition d'un espace commun sûr améliorerait les liens sociaux, facilitait la régulation des modes de consommation de l'alcool et améliorerait le bien-être^{64,67}. Un espace privé pour dormir est également souvent ciblé comme une nécessité par les participants aux PGA; si possible, des chambres individuelles ou un espace personnel doivent être attribués aux clients des PGA basés sur le logement. Enfin, lorsque l'espace et les options de licence le permettent, un espace à l'extérieur au sein de la structure (p. ex., une cour, une partie de l'aire de stationnement) peut également être affecté à la socialisation et la consommation d'alcool.

Considérations relatives à la conception de l'espace

La capacité du personnel à surveiller les clients et garantir la sécurité et le confort doit être prise en considération lors de la modélisation de la circulation des clients dans l'espace du PGA. Une analyse [Prévention du crime par l'aménagement du milieu \(PCAM\)](#) peut être une mesure efficace pour s'assurer que la conception de l'espace est sécuritaire pour les clients et le personnel sans être inutilement intrusive.^m EQUIP Health Care propose également un outil concis avec des conseils pour [créer un environnement accueillant \(Creating a Welcoming Environment\)](#) qui peuvent être utiles pour la conception et l'utilisation de l'espace. Les concepteurs de programme doivent intégrer la collaboration et les suggestions des clients dans le processus de conception de l'espace dans la mesure du possible.

Les mesures garantissant la sécurité et l'accessibilité pour les clients ayant des problèmes de mobilité ou de vue doivent également être prises en considération lors de la conception de l'espace. Elles peuvent inclure l'installation de rampes, de sièges dans les douches et de surfaces antidérapantes.

Si le PGA est intégré dans des services qui s'occupent d'autres clients, y compris des personnes qui ne consomment pas d'alcool ou qui essaient de s'abstenir de consommer de l'alcool, la planification de l'espace doit prendre en compte les considérations pour les clients qui ne reçoivent pas de l'alcool contrôlé. Par exemple, un espace privé dédié peut être désigné pour la consommation d'alcool des clients du PGA. Sinon, dans certaines structures basées sur le logement, il peut être demandé aux clients de consommer l'alcool dans leur chambre.

4.5 Stockage de l'alcool et sécurité

Pour les structures qui disposent d'un espace sécurisé, l'alcool peut être stocké sur place (p. ex., bureau ou placard verrouillé). Pour les structures qui n'ont pas de capacités de stockage ou de personnel disponible pour distribuer l'alcool

^m L'outil PCAM n'est pas spécifique aux structures de soins. Il s'agit d'un outil gratuit développé pour un large éventail de services (p. ex., restaurants, lieux de divertissement, cliniques). L'outil se concentre sur l'aspect pratique général et les considérations de sécurité, comme un éclairage et des lignes de visibilité appropriés, une circulation appropriée pour éviter le sentiment d'être piégé ou isolé et une signalisation suffisante.

(p. ex., campements), un emplacement de stockage hors site est nécessaire et des services de livraison doivent être envisagés, dans la mesure où les ressources sont disponibles.

Les programmes doivent développer des formulaires et protocoles de gestion des stocks. Par exemple, chaque distribution de dose doit être consignée et signée par le client et le membre du personnel, que la dose soit consommée sur place ou à emporter. Un exemple de formulaire de contrôle des stocks est détaillé dans l'[Annexe 6](#).

4.6 Qualification et formation du personnel

Cette section fournit une vue d'ensemble des qualifications suggérées pour le personnel médical et non médical des PGA. Il convient de souligner que, tandis que les listes ci-dessous peuvent être utilisées comme guide dans les procédures de recrutement et de formation du personnel, elles ne doivent pas être considérées comme des exigences fermes pour chaque modèle de PGA. La structure du personnel et l'étendue des compétences nécessaires sont déterminées en fonction du modèle de service, des besoins de la communauté et des ressources de chaque programme. Par exemple, de nombreuses qualifications médicales décrites dans cette section peuvent ne pas être applicables dans le cadre des programmes communautaires dirigés par des pairs.

4.6.i Qualifications générales pour l'ensemble du personnel

L'ensemble des membres du personnel des PGA doit être compétent pour :

- La pratique sensible au traumatisme et à la violence, y compris les [approches fondées sur les points forts](#) (voir [Soins sensibles au traumatisme et à la violence](#))
- [Sécurisation et humilité culturelles](#)
- [Soins orientés vers la réduction des méfaits](#)
- Tous les autres [Principes de soin](#)

Selon le rôle spécifique, le personnel doit être familiarisé avec ce qui suit :

- Les objectifs du programme
- Les protocoles et politiques (p. ex., réponse à l'ivresse, comportement perturbateur ou non-respect de l'accord conclu avec le client; rendez-vous manqués)
- Les stratégies pour éviter et atténuer la stigmatisationⁿ
- L'éventail complet des options de traitement le long du continuum des soins du TUA ainsi que les ressources et programmes communautaires locaux^o
- Les données probantes actuelles concernant l'éducation des clients, la philosophie et les pratiques de réduction des méfaits
- Les premiers soins et l'intervention en cas d'urgence, y compris l'intervention en cas de surdose et la gestion de la psychose liée aux substances
- L'intervention non violente en cas de crise et la résolution des conflits

n [Toward the Heart](#) possède de nombreuses ressources sur la réduction de la stigmatisation, y compris des modèles de formation et des lignes directrices sur le langage respectueux.

o Outre les possibilités de formation disponibles dans chaque juridiction, le Centre de Colombie-Britannique sur l'usage de substances assure une formation générale aux soins relatifs à la toxicomanie, y compris des modules sur le traitement du trouble de l'usage de l'alcool, les soins axés sur le client, les compétences culturelles et le travail avec les communautés 2S/LGBTQ+ par le biais de son [Addiction Care and Treatment Online Certificate \(Certificat en ligne du traitement et des soins relatifs à la toxicomanie\)](#), qui est gratuit et ouvert à toutes les personnes au Canada.

En plus des exigences éducationnelles pertinentes et les qualifications générales listées ci-dessus, les qualifications suggérées différents types de personnel sont les suivantes :

Personnel médical

- Une compréhension du modèle biopsychosocial de la toxicomanie et des facteurs qui influencent la toxicomanie
- Une expérience préalable des soins relatifs à la consommation de substance
- Dépistage, diagnostic, et évaluations pour TUA
- Une connaissance de la fréquence des comorbidités avec TUA
- Une expérience préalable du travail avec des personnes sans-abris ou marginalisées (c'est-à-dire, écoute active, respect et compassion dans leur approche)
- L'entretien motivationnel
- La thérapie cognitive du comportement et/ou à la réadaptation psychosociale
- Compétences de gestion de cas (personnel infirmier sur place)

Personnel de soutien non médical

- Une expérience préalable des soins relatifs à la consommation de substance
- L'identification et à l'évaluation des symptômes de sevrage de l'alcool
- L'identification et à la gestion des méfaits liés à la consommation d'autres substances (p. ex., surdose, sevrage, psychose)
- L'entretien motivationnel
- Capacité à orienter correctement vers d'autres interventions psychosociales pertinentes
- Une expérience préalable du travail avec les personnes sans-abris et/ou marginalisées
- Compétences de gestion de cas
- Capacité à réaliser une évaluation psychosociale en se concentrant sur la toxicomanie (p. ex., antécédents de consommation, antécédents de traitement, détermination de la disposition au changement, évaluations des risques)

Pair membre du personnel de soutien

- Orienter les nouveaux clients
- Enseigner la réduction des méfaits, y compris l'information sur les stratégies de consommation plus sécuritaire
- Informer les clients sur les services, soutiens et activités pertinents au sein du PGA et de la communauté dans son ensemble, et aider les clients à s'y retrouver dans le système
- Fournir aux clients des informations et du soutien pendant le processus de planification de la gestion de l'alcool, le cas échéant
- Défendre les clients et contrebalancer le déséquilibre de pouvoir client-fournisseur, notamment dans les modèles dirigés par du personnel médical, en s'assurant que les suggestions du client pour la planification des soins soient prises en compte et mises en avant de manière appropriée
- Contribuer à résoudre les conflits interpersonnels entre les clients
- Contribuer à entretenir un environnement sûr, respectueux et inclusif

Pour les personnes intéressées par une formation et une certification supplémentaires, [Peer Support Accreditation and Certification Canada \(PSACC, Accréditation et certification du soutien par les pairs du Canada\)](#) fournit une certification nationale du soutien par les pairs et une certification de mentor du soutien par les pairs. De même, le cours [Street Degree \(Diplôme de la rue\)](#) est conçu pour aider les pairs travailleurs de soutien à développer leurs

compétences dans un éventail de domaines, y compris l'intervention en cas de surdose, les approches de réduction des méfaits, la gestion des conflits et des situations extrêmes, la sécurisation culturelle et l'inclusion des personnes trans. De plus, l'Association canadienne pour la santé mentale a développé une formation [Resource for Peer-led Wellness Programs in Indigenous Communities \(Ressource pour les programmes de bien-être dirigés par des pairs dans les communautés autochtones\)](#), qui est conçue pour donner aux pairs autochtones des informations et stratégies permettant de favoriser le bien-être au sein de leurs communautés. Enfin, le projet [Peer2Peer](#) de Toward the Heart propose un éventail de ressources pour la formation des pairs travailleurs et la mise en œuvre de services de soutien menés par des pairs.

Ressources guidant l'emploi des pairs

Les pairs travailleurs doivent être considérés comme des membres à part entière du personnel du PGA, et ils doivent être rémunérés de manière équitable. De nombreux documents décrivent les meilleures pratiques et normes en matière de paiement pour l'emploi des personnes ayant une expérience vécue ou actuelle. Même si ces documents ont été développés dans le contexte des services pour les personnes qui consomment des opioïdes, ils sont pertinents pour l'implication des pairs dans les PGA. Ces ressources sont, entre autres :

- Un document [Peer Engagement Principles and Best Practices \(Principes et meilleures pratiques d'engagement des pairs\)](#) et [Peer Payment Standards \(Normes de paiement des pairs\)](#) du Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique
- [Best Practice Manual for Supporting Peers/Experiential Workers in Overdose Response Settings \(Manuel des meilleures pratiques pour les pairs de soutien/travailleurs ayant une expérience dans le cadre de l'intervention en cas de surdose\)](#) par l'équipe de recherche Peer2Peer soutenue par le Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique et l'Institut canadien de recherche sur l'usage de substances
- Le [Community Research Report: Peer Work \(Rapport de recherche communautaire : travail des pairs\)](#) liste des recommandations basées sur les constatations d'une étude sur le travail des pairs en C.-B.
- [Meaningful Engagement, and Meaningful Results: Engagement and Consultation Road Map from the Provincial Peer-training Project \(Engagement significatif et résultats significatifs : feuille de route de l'engagement et de la consultation du projet provincial de formation des pairs\)](#)
- [Harm Reduction at Work: A Guide for Organizations Employing People Who Use Drugs \(Réduction des méfaits au travail : un guide pour les organisations qui emploient des personnes consommant des drogues\)](#) de Open Society Foundations
- [Best Practices in Peer Support \(Meilleures pratiques dans le soutien par les pairs\)](#) de Addictions & Mental Health Ontario

Les programmes qui emploient des pairs travailleurs peuvent envisager d'établir un mentorat et/ou d'autres mécanismes de soutien pour les pairs travailleurs, afin de favoriser leur bien-être et leur progression autonome.

4.7 Répartition des rôles et des responsabilités

Chaque PGA doit déterminer la composition du personnel appropriée, en fonction de la structure, de la capacité, du modèle et des besoins spécifiques des clients. Il existe une grande variation entre les PGA en ce qui concerne la répartition des rôles et responsabilités du personnel; elle est en grande partie due au fait que, à la différence des drogues illégales, la manipulation et la distribution de l'alcool ne sont pas limitées aux prescripteurs ou strictement subordonnées à une surveillance médicale. Cependant, chaque PGA doit clairement définir la composition du personnel et le déroulement du travail pour garantir une formation appropriée et une prestation de service uniforme et coordonnée.

Le développement du modèle de composition du personnel d'un PGA doit inclure la désignation des membres du personnel appropriés pour les responsabilités de base des PGA décrites ci-dessous.

4.7.i Orientation et éducation des clients

Avant l'admission, les personnes identifiées comme susceptibles de bénéficier de la gestion de l'alcool doivent passer par un processus d'admission qui implique un consentement éclairé et une orientation afin de s'assurer que les objectifs, règlements et autres exigences du programme soient bien compris et répondent aux besoins du client et du programme.

Dans l'idéal, des pairs travailleurs doivent être chargés de cette responsabilité. De nombreux clients de PGA ne sont pas engagés dans le système de santé et peuvent se sentir plus à l'aise avec une orientation réalisée par des pairs; ces clients peuvent également bénéficier du soutien et de la défense des pairs lors de leur évolution dans le continuum des soins du TUA et les soutiens liés.

Les pairs doivent également être inclus dans l'éducation des clients potentiels et de la communauté dans son ensemble. Le travail avec des pairs permet de transmettre

un message clair sur le PGA et contribue à s'assurer que les nouveaux clients auront des attentes réalistes en ce qui concerne le traitement.

4.7.ii Évaluation initiale et planification de la fourniture contrôlée d'alcool

Si possible, le dépistage et l'évaluation initiaux doivent être réalisés par des membres du personnel médical (infirmier, infirmier praticien ou médecin). Dans les modèles communautaires, du personnel de soutien correctement formé peut réaliser l'évaluation sous la supervision et avec le soutien du personnel médical.

Les plans de gestion de l'alcool personnalisés sont généralement conçus par des membres du personnel médical dans les modèles dirigés par du personnel médical en prenant en compte les suggestions des clients, tandis que, dans les modèles communautaires, ils sont généralement développés via une collaboration entre le client et le personnel non médical. Quels que soient les membres du personnel désignés comme responsables de la planification des soins, il est conseillé de collaborer de manière étroite avec le client.

4.7.iii Stockage de l'alcool

Le stockage de l'alcool peut être géré par n'importe quel membre du personnel formé à un stockage sécurisé de l'alcool et au contrôle des stocks (p. ex., personnel de soutien de l'hébergement, personnel de réception).

Un exemple de formulaire de contrôle des stocks est détaillé dans l'[Annexe 6](#).

4.7.iv Distribution de l'alcool

Les membres du personnel (p. ex., personnel de soutien de l'hébergement) chargés de la distribution de l'alcool doivent être formés à la réalisation des vérifications du bien-être et au dépistage de l'ivresse et des symptômes de sevrage des clients avant et au moment de fournir ou distribuer l'alcool, afin que le personnel de santé en soit informé et que des ajustements de dose ou des interventions appropriées soient envisagés.

Les membres du personnel doivent recevoir la consigne de discuter de l'évaluation avant les doses et des procédures de distribution de l'alcool avec le client pendant la planification de la gestion de l'alcool; les clients doivent recevoir la garantie que la non-distribution d'une dose prévue n'est pas une action punitive, mais uniquement un moyen d'éviter les méfaits de la toxicité de l'alcool et de garantir leur sécurité.

Des exemples d'instructions relatives à l'évaluation de l'ivresse avant les doses et de formulaires associés sont donnés dans l'[Annexe 7](#).

4.7.v Gestion financière

Dans les PGA qui proposent des services de gestion financière aux clients, les gestionnaires de cas ou les autres membres du personnel de soutien non médical peuvent recevoir une formation leur permettant de fournir ce service. Cependant, si les ressources le permettent, il peut être bénéfique d'affecter un membre du personnel dédié à la gestion financière; certains fournisseurs de PGA pensent que cela peut permettre au personnel de soins et de soutien de développer des relations thérapeutiques avec les clients qui ne soient pas perturbées par des préoccupations financières. Un certain nombre de PGA orientent les clients vers un partenariat avec des services de gestion financière tiers; ce processus peut être facilité par des gestionnaires de cas ou d'autres membres du personnel non médical désignés.

4.8 Financement et approvisionnement en alcool

Les considérations relatives au financement varient en fonction du modèle de service et de la structure. Les coûts sont basés sur le nombre de clients concernés, le nombre et le type de membres du personnel nécessaires, ainsi que le volume d'alcool requis par mois.

Les sources de financement potentielles sont, entre autres :

- Fonds provenant des autorités sanitaires
- Financement de l'administration municipale ou du gouvernement provincial
- Contributions des clients au paiement des dépenses (p. ex., en cédant par écrit des parties convenues de leur aide sociale ou prestation d'invalidité)
- Dons d'organisations locales ou de fournisseurs d'alcool

Les mécanismes d'obtention et d'achat de l'alcool sont variés. Les autorités sanitaires ou organisations intéressées par l'offre d'alcool contrôlé doivent prendre en compte ce qui suit :

- Source de l'alcool
 - Magasins d'alcools (remise sur quantité possible)
 - Brasserie ou vinerie locale (remise sur quantité ou produits à faible coût possibles)
 - Don d'alcool
 - Coopérative de brasserie au sein du programme
 - Pharmacie
 - Dans certaines juridictions (p. ex., Colombie-Britannique), les boissons alcoolisées sont incluses dans la liste des médicaments assurés provinciale et peuvent être distribuées dans les pharmacies des hôpitaux ou d'autres structures pour patients hospitalisés. Pour le moment, il n'y a aucun mécanisme d'approvisionnement via des pharmacies communautaires

Une considération supplémentaire relative à l'approvisionnement et la distribution de l'alcool est de déterminer si une licence pour débit de boisson est nécessaire. En fonction de la juridiction, les exigences en matière de licence pour débit de boisson peuvent poser des limites à l'approvisionnement et la distribution de l'alcool (p. ex., emplacement et heures de distribution, exigences de formation pour servir de l'alcool).

5 Planification des soins

Chaque service de gestion de l'alcool doit mettre en place des protocoles pour une planification personnalisée des soins des clients. Cette section fournit des lignes directrices générales concernant l'établissement de protocoles pour l'évaluation de l'admissibilité des clients, les procédures d'admission et l'orientation des clients, le développement d'un plan de gestion de l'alcool personnalisé, la continuité des soins, le développement de voies d'orientation pour faciliter les changements de traitement ou de structure, et les procédures de contrôle.

5.1 Admissibilité

Chaque service de gestion de l'alcool doit déterminer des critères d'admissibilité en fonction d'un éventail de facteurs, dont la structure du programme, le ou les modèles de prestation de service, les objectifs du programme, la capacité, les ressources et les besoins de la communauté dans laquelle se situe le programme.

Outre les conditions d'admissibilité formelles générales, chaque programme doit développer un protocole pour une évaluation d'admissibilité personnalisée en incluant les suggestions des clients potentiels. Une brève présentation des conditions d'admissibilité appliquées dans les PGA existants est exposée ci-dessous.

Critères d'admissibilité liés à l'alcool

En général, les critères d'admissibilité minimum pour accéder au service de gestion de l'alcool comprennent :

- TUA grave actif^p

et/ou

Risque élevé évalué de symptômes de sevrage et d'autres méfaits graves liés à l'alcool en raison d'une consommation d'alcool quotidienne excessive confirmée

- Âge légal pour la consommation d'alcool

D'autres conditions d'admissibilité en relation avec l'alcool comprennent :

- Consommation d'alcool non destiné à la consommation
- Antécédents d'ivresse en public
- Non-admissibilité dans des programmes de logement à cause de la consommation d'alcool
- Consommation continue d'alcool ou envie impérieuse d'alcool pendant un traitement du TUA fondé sur des données probantes
- Capacité réduite à répondre aux besoins en matière de soutien médical ou social à cause de la consommation d'alcool (cela peut se manifester par des visites au service d'urgence ou des hospitalisations fréquentes, ou d'autres résultats négatifs comme des arrestations et des incarcérations)
- Utilisation fréquente des services d'urgence

Statut en matière de logement et autres besoins médicaux et psychosociaux

Les services de gestion de l'alcool qui travaillent dans des structures basées sur le logement (p. ex., refuges, services de logement avec services de soutien) incluent généralement des conditions instables de logement et le sans-abrisme dans leurs critères d'admissibilité. En outre, les PGA qui fonctionnent dans des structures fournissant des services spécialisés à des populations précises peuvent intégrer

^p Le diagnostic formel du TUA peut uniquement être réalisé par un médecin ou une infirmière praticienne; de nombreux candidats admissibles présentant un risque élevé de méfaits graves liés à l'alcool peuvent ne pas avoir reçu un diagnostic formel de TUA.

des critères d'admissibilité qui correspondent à la population concernée par la structure. Voici quelques exemples :

- Personnes âgées
- Femmes uniquement/hommes uniquement
- Personnes appartenant aux communautés 2S/LGBTQ+
- Personnes ayant des besoins complexes en matière de soins de santé mentale
- Personnes nécessitant des services pour personnes handicapées
- Personnes nécessitant des soins palliatifs

5.2 Dépistage et évaluation

Chaque programme doit développer des procédures de dépistage et d'évaluation pour déterminer l'admissibilité des clients, évaluer les besoins en matière de réduction des méfaits et d'orientation, ainsi que contribuer au développement de plans de gestion de l'alcool personnalisés. Les résultats du dépistage et de l'évaluation initiaux doivent être consignés et utilisés comme référence pour le suivi et l'évaluation continus des bénéficiaires du programme pour le client. L'évaluation des clients potentiels de PGA doit généralement inclure les domaines suivants :

- Consommation active d'alcool (c'est-à-dire, dépister le TUA, déterminer la quantité et la fréquence de la consommation d'alcool, identifier la consommation d'alcool non destiné à la consommation)
- Consommation active d'autres substances (c'est-à-dire, déterminer le type de substance, la quantité consommée, la fréquence de consommation)
- Antécédents de consommation de substance et de traitement
- Besoins médicaux urgents ou importants
- Comorbidités physiques et psychiatriques, et besoins liés
- Médicament(s) prescrit(s)
- Accès actuel aux services de santé
- Statut en matière de logement et d'emploi
- Objectifs de rétablissement identifiés par le client

Un exemple de formulaire d'évaluation clinique du client est fourni dans l'[Annexe 8](#).

Tableau 2. Exemples d'outils de dépistage et d'évaluation validés pour faciliter l'évaluation de la consommation d'alcool, des symptômes de sevrage de l'alcool, et des méfaits liés.

Les outils	Le but
Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT, Test d'identification des troubles de l'usage de l'alcool) ²⁰¹	pour l'identification des troubles de l'usage de l'alcool
Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PAWSS, Échelle de prédiction du risque de sevrage d'alcool compliqué) ³⁶	pour estimer le risque que le client développe des complications graves de sevrage
Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ, Questionnaire évaluant la gravité de la dépendance à l'alcool) ²⁰²	mesure la gravité du TUA; il peut être utilisé soi-même et dans des structures médicales ou non médicales
L'outil Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised (CIWA-Ar, Évaluation des syndromes de sevrage dans un établissement clinique selon l'échelle de l'alcoolisme, révisée) ²⁰³	peut également être utilisé pour l'évaluation des symptômes de sevrage sur le point d'intervention

Les outils de dépistage et d'évaluation de la consommation d'alcool sont fournis dans l'[Annexe 9](#). Un examen complet des outils de dépistage du TUA et d'évaluation des risques validés est détaillé dans les lignes directrices les lignes directrices relatives au [TUA de l'ICRAS](#).

5.3 Procédures d'admission et éducation à la réduction des méfaits

À l'instar des autres interventions, la capacité du client à comprendre et accepter les exigences du programme est une condition préalable essentielle à l'entrée dans le programme. Avant de recevoir leur première dose d'alcool contrôlé, les personnes identifiées comme susceptibles de bénéficier d'un PGA doivent suivre un processus d'admission qui implique un consentement éclairé et une orientation afin de s'assurer que les règlements et autres exigences du programme sont bien compris et correspondent à leurs objectifs de bien-être. L'orientation du client est une occasion d'enseigner les stratégies de [consommation plus sécuritaire](#) au client et de discuter des risques associés à la consommation d'alcool en dehors du programme.

Il convient de souligner que la littérature s'intéressant à des programmes peu restrictifs comparables pour les personnes atteintes d'un trouble de l'usage de substance a cité les processus d'admission interminables et fastidieux comme un obstacle à l'accès aux soins, en soulignant l'importance d'un accès rapide aux médicaments pour assurer une implication dans l'intervention²⁰⁴⁻²⁰⁶. Les évaluations disponibles des programmes peu restrictifs pour les troubles de l'usage de substances illégales ont systématiquement mis en avant l'importance d'intégrer des protocoles d'admission simples et concis pour améliorer l'implication dans le programme^{204,205}. Un processus d'inscription dirigé par des pairs est recommandé pour contribuer à la simplification et l'accélération du processus dans un environnement sûr et accueillant.

Le cas échéant, un accord pour une période de participation d'essai peut être envisagé afin de donner aux fournisseurs de service la possibilité de réaliser une évaluation suffisante et de permettre aux clients et fournisseurs de déterminer si le programme et la structure sont ce qui convient le mieux pour le client. Dans certains programmes, la période d'essai peut impliquer une phase de surveillance étroite pendant laquelle les fournisseurs ont la possibilité de déterminer les besoins spécifiques du client et de développer un plan de gestion de l'alcool personnalisé.

5.4 Plans de gestion de l'alcool personnalisés

Les plans de gestion de l'alcool personnalisés sont généralement conçus par des membres du personnel médical dans les modèles dirigés par du personnel médical

en prenant en compte les suggestions des clients, tandis que, dans les modèles communautaires, ils sont généralement développés par le biais d'une collaboration entre le client et le personnel non médical.

Quel que soit le modèle de service, la discussion avec le client et la prise de décision partagée sont vivement recommandées. L'alcool contrôlé est souvent fourni en dehors des établissements médicaux ou cliniques et aucune prescription n'est nécessaire. Les programmes dirigés par du personnel médical qui proposent de l'alcool contrôlé peuvent décider de développer des processus qui incluent des ordonnances ou directives médicales écrites^q (voir l'exemple dans l'[Annexe 10](#)).

Les éléments habituels des plans de gestion de l'alcool comprennent :

- Discussion concernant la réduction des méfaits et les objectifs du client
- Détermination de la dose et du type d'alcool^r
- Détermination de la fréquence de la fourniture d'alcool
- Détermination de la fréquence des vérifications de suivi et du bien-être
- Éducation à la réduction des méfaits et à la [consommation plus sécuritaire](#)
- Discussion sur la manière de procéder lorsque le client est ivre lors de l'évaluation avant les doses (voir l'[Annexe 7](#) pour plus d'informations)
- Examen de l'accord conclu avec le client

q Dans certains modèles dirigés par du personnel médical, les ordonnances peuvent être utilisées pour la documentation.

r Remarque : Il peut être nécessaire d'ajuster la quantité, la fréquence et le type d'alcool en fonction des objectifs du client et en cas d'apparition de symptômes de sevrage ou d'ivresse excessive du client. Si le client souhaite réduire sa consommation, fournissez des conseils sur une diminution sécuritaire et progressive (p. ex., d'un verre par jour) ou sur la réalisation de pauses.

La planification de la gestion de l'alcool personnalisée doit être considérée comme un processus itératif; les plans de gestion de l'alcool doivent être révisés régulièrement en collaboration avec le client. Quand les clients sont stables dans les PGA et expriment le désir de réduire ou d'arrêter la consommation d'alcool, les fournisseurs de service peuvent discuter de la transition vers la gestion du sevrage et la pharmacothérapie du TUA en se référant aux objectifs et préférences du client.

Tout ajustement du plan de gestion de l'alcool, en raison d'un sevrage, d'une ivresse excessive ou d'une modification des objectifs, doit être réalisé en collaboration avec le client et doit être consigné. Les clients doivent être encouragés à développer des compétences d'autogestion, y compris le décompte et la détermination de la fréquence de leurs consommations, afin d'éviter l'hyperlcoolisation rapide ou la consommation à l'extérieur.

Consultez l'[Annexe 4](#) pour découvrir un exemple de plan de gestion de l'alcool.

5.5 Durée de l'intervention et transitions dans le continuum des soins du TUA

La fourniture contrôlée d'alcool doit être considérée comme une intervention de réduction des méfaits illimitée et ne doit être interrompue que si le client décide de sortir de ce service ou si la participation du client au PGA pose des problèmes de sécurité importants qui ne peuvent être gérés d'une autre façon (p. ex., comportement violent envers le personnel ou d'autres clients qu'il est impossible d'arrêter). Le service ne doit pas être interrompu sans une discussion avec le client dans le cadre d'une prise de décision partagée et dans l'intérêt de la sécurité du client.

5.5.i Voies d'orientation vers la gestion du sevrage et le traitement du TUA

Tous les PGA doivent intégrer une éducation et information des clients sur le continuum du traitement du TUA et mettre en place des voies d'orientation efficaces vers la gestion du sevrage, un traitement continu du TUA et des services médicaux et psychosociaux continus pour les clients admissibles et intéressés.

Gestion du sevrage pour les clients de PGA qui font une pause dans leur consommation

Il est important que les PGA entretiennent des relations étroites avec et disposent de voies d'orientation efficaces vers les services de gestion du sevrage. Les clients du service de gestion de l'alcool qui choisissent de passer à un traitement du TUA devront probablement suivre une gestion du sevrage. En outre, les clients de PGA peuvent choisir de suivre une gestion du sevrage pour faire une pause dans leur consommation (c'est-à-dire, pour préserver leur foie) et modérer leur mode de consommation. D'après des rapports anecdotiques de clients de PGA, les délais dans l'accès aux services de gestion de sevrage ont dissuadé certains clients de poursuivre leur projet de réduction ou d'arrêt de la consommation d'alcool. Pour combler cette lacune, la planification de la mise en œuvre des PGA doit inclure des voies d'orientation directes vers les centres de désintoxication ou, lorsque cela est possible et approprié, faire en sorte que les services de gestion de l'alcool et de gestion du sevrage partagent les mêmes locaux ou mettre en place une admission directe depuis un hôpital ou les PGA hospitaliers pour les clients qui choisissent cette option.

5.5.ii Continuité des soins

Les PGA communautaires doivent également avoir mis en place des protocoles pour garantir la continuité des soins et éviter des symptômes de sevrage dans certaines circonstances, comme un voyage, une hospitalisation ou une incarcération. Il peut s'agir de protocoles consistant à contacter le fournisseur responsable dans l'hôpital ou l'établissement correctionnel afin de l'informer que le patient a bénéficié du service de gestion de l'alcool et qu'il présente des risques élevés de développer des complications graves du sevrage de l'alcool.

5.6 Suivi

Tous les PGA doivent avoir mis en place des protocoles de suivi régulier afin de s'assurer de la sécurité des clients et d'évaluer la progression des clients vers leurs objectifs de bien-être développés de manière collaborative. Tel que décrit ci-dessous, le suivi régulier des clients de PGA peut être divisé en deux niveaux : 1) vérification du bien-être et évaluation de l'ivresse rapides avant chaque distribution; et 2) visites d'évaluation programmées pour évaluer les progrès des clients (p. ex., rencontres toutes les semaines ou toutes les deux semaines).

Avant la distribution des doses

Pour éviter un sur- ou sous-dosage et diminuer les risques associés à la consommation d'alcool à l'extérieur ou d'autres dépresseurs du SNC, les PGA doivent avoir mis en place des procédures pour réaliser une vérification du bien-être et détecter des symptômes d'ivresse ou de sevrage avant chaque distribution de dose^{64,125}. En cas de symptômes d'ivresse, la dose d'alcool peut être retardée ou réduite conformément aux politiques et protocoles du programme afin de garantir la sécurité du client. Il convient de souligner qu'une détection récurrente d'ivresse et de consommation à l'extérieur peut être le signe que le plan de gestion de l'alcool actuel ne répond pas de manière adéquate aux besoins du client et doit être modifié. La présence de symptômes de sevrage peut également indiquer que le dosage actuel est insuffisant et doit être modifié.

Des exemples de formulaires d'évaluation de l'ivresse sur le point d'intervention sont fournis dans l'[Annexe 7](#).

Évaluation programmée régulièrement

- Évaluer les résultats en matière de santé spécifiques au client (p. ex., diminution du recours aux services d'urgence, diminution des hospitalisations, implication dans les soins primaires)
 - Les évaluations sur le point d'intervention peuvent inclure de temps à autre des tests cliniques, comme des épreuves de fonction hépatique, pour suivre les progrès
- Évaluer les résultats psychosociaux (p. ex., stabilité du logement, diminution des contacts avec le système de justice pénale, rétablissement des liens avec la famille et les amis)
- Discuter des épisodes d'ivresse, de consommation d'alcool non destiné à la consommation et de consommation à l'extérieur depuis la dernière évaluation
- Passer en revue les objectifs identifiés par le client et l'examen collaboratif des besoins du client en ce qui concerne le bien-être
- Revoir les stratégies de [consommation plus sécuritaire](#)

Évaluation programmée du bien-être et des progrès

Les programmes doivent avoir mis en place des procédures pour surveiller régulièrement la santé et le bien-être généraux des clients et s'assurer que le plan de gestion de l'alcool personnalisé répond de manière adéquate aux besoins des clients. Les éléments qu'il est possible d'inclure dans l'évaluation programmée des progrès sont :

- Évaluer les résultats en matière de santé spécifiques au client (p. ex., diminution du recours aux services d'urgence, diminution des hospitalisations, implication dans les soins primaires)
 - Les évaluations sur le point d'intervention peuvent inclure de temps à autre des tests cliniques, comme des épreuves de fonction hépatique, pour suivre les progrès
- Évaluer les résultats psychosociaux (p. ex., stabilité du logement, diminution des contacts avec le système de justice pénale, rétablissement des liens avec la famille et les amis)
- Discuter des épisodes d'ivresse, de consommation d'alcool non destiné à la consommation et de consommation à l'extérieur depuis la dernière évaluation
- Passer en revue les objectifs identifiés par le client et l'examen collaboratif des besoins du client en ce qui concerne le bien-être
- Revoir les stratégies de [consommation plus sécuritaire](#)

Le cas échéant, des vérifications du bien-être supplémentaires doivent être programmées pendant les heures de sommeil pour garantir la sécurité (c'est particulièrement recommandé pour les nouvelles admissions, qui présentent un risque plus élevé de sevrage ou de surdose).

Il peut être utile pour les fournisseurs et le personnel de se réunir régulièrement (p. ex., toutes les semaines) afin de discuter des progrès et difficultés des clients ainsi que partager des conseils et du soutien.

Le cas échéant, des vérifications du bien-être supplémentaires doivent être programmées pendant les heures de sommeil pour garantir la sécurité (c'est particulièrement recommandé pour les nouvelles admissions, qui présentent un risque plus élevé de sevrage ou de surdose).

Il peut être utile pour les fournisseurs et le personnel de se réunir régulièrement (p. ex., toutes les semaines) afin de discuter des progrès et difficultés des clients ainsi que partager des conseils et du soutien.

6 Évaluation

Les programmes de gestion de l'alcool doivent envisager d'intégrer le plus tôt possible un processus d'évaluation dans les activités de planification. L'évaluation des PGA doit être considérée comme une priorité pour contribuer à une évolution continue de la planification, des politiques et des pratiques, tout en prenant en compte la possibilité de collaborer dans le but de générer un ensemble de données national.

Un modèle logique peut être utile lors de la planification des activités d'évaluation. La [Managed Alcohol Supports Toolkit \(Trousse d'outils des soutiens à la gestion de l'alcool\)](#) de l'Université de Calgary contient des indications sur l'évaluation des PGA, y compris un exemple de modèle logique de PGA.

L'équipe de CMAPS a développé des documents d'évaluation dédiés qui sont accessibles par le biais des coordonnées fournies sur le [site Internet de CMAPS](#).

Annexe 1 Processus de développement du document d'orientation

Financement

Le développement de ce document d'orientation a été soutenu par le financement du Programme de Santé Canada sur l'usage et les dépendances aux substances et par des contributions en nature du BCCSU et de l'Institut canadien de recherche sur l'usage de substances (Canadian Institute for Substance Use Research, CISUR) de l'Université de Victoria.

Composition des comités

Comité de direction

En janvier 2021, le BCCU a créé un Comité de direction national pour les PGA en partenariat avec CISUR dans le but de définir la portée des Lignes directrices opérationnelles nationales sur les PGA, de former un comité de développement des lignes directrices représentatif à l'échelle nationale et de coordonner le processus de développement des lignes directrices. Le Comité de direction était composé de représentants de la direction de BCCSU et CISUR; de gestionnaires de projet; d'une rédactrice médicale; et de trois présidentes du comité avec des compétences cliniques, opérationnelles et universitaires dans la mise en place, le fonctionnement et l'évaluation des PGA.

Comité d'orientation des PGA

Suite à un processus de nomination et de recrutement par les membres du comité de direction, un Comité d'orientation interdisciplinaire de 42 experts a été formé en mai 2021. Le Comité d'orientation comprend des représentants de l'ensemble des provinces et territoires ainsi qu'un large éventail d'expertises pertinentes. Plus

spécifiquement, le comité est composé de membres du personnel médical ayant une expertise en médecine spécialisée dans la toxicomanie, de décideurs politiques, de chercheurs, de fournisseurs de service de PGA et de personnes ayant une expérience vécue ou actuelle.

Tout le long du développement du contenu, le Comité d'orientation a supervisé le processus de revue de la littérature et a aidé à compléter les données probantes disponibles avec des informations opérationnelles par le biais d'un consensus d'experts.

Recherche et revue de la littérature

Le Comité de développement des lignes directrices a appliqué une stratégie structurée de recherche et de revue de la littérature afin d'établir la base scientifique pour le développement du contenu. Un spécialiste de l'information a été engagé pour réaliser la recherche de la littérature en utilisant une stratégie de recherche évaluée par des pairs dans les bases de données suivantes : Medline, Embase et la base de données Cochrane de revues systématiques. La stratégie de recherche s'est concentrée sur les articles publiés en anglais entre 1990 et février 2021. Une recherche de littérature grise séparée a également été menée par le spécialiste de l'information en mettant l'accent sur les informations concernant la mise en œuvre, le fonctionnement et l'évaluation des PGA existants dans les juridictions canadiennes et internationales.

Les titres et résumés obtenus ont été triés un par un par deux rédacteurs médicaux en utilisant les critères d'inclusion/exclusion établis par le Comité de direction. Toutes les études qui ont rempli les critères d'inclusion ont été synthétisées et présentées comme base pour les considérations opérationnelles fournies dans ce texte (Voir [État actuel des connaissances à propos des programmes de gestion de l'alcool](#)).

Processus de développement du contenu

Entre mai 2021 et septembre 2022, le Comité d'orientation s'est entretenu par courriel et via trois vidéoconférences programmées pour discuter et parvenir à un consensus sur le contenu du document d'orientation. Lors de la première réunion du comité, les membres ont passé en revue les synthèses de la littérature préparées par le biais des activités de détermination de la portée menées par le comité de direction et ont approuvé de manière provisoire la portée générale et les grandes lignes du document d'orientation. Lors des communications par courriel ultérieures, les membres du Comité d'orientation ont donné leur avis sur les différentes ébauches du document d'orientation préparées et transmises par la rédactrice médicale. Les avis qui se contredisent et le contenu remis en cause ont été traités au cours des vidéoconférences du comité qui étaient prévues à la fin de chaque cycle d'examen d'ébauche afin d'établir un consensus et de fournir à la rédactrice médicale des instructions pour l'ébauche suivante.

Examen externe et consultation des parties prenantes

Une ébauche du document d'orientation approuvée par le Comité d'orientation a été transmise à un groupe d'experts nationaux et internationaux identifiés par le Comité de direction ainsi qu'un groupe d'examineurs ayant une expérience vécue ou actuelle de consommation de substance. Les suggestions de ces groupes ont été réunies et intégrées dans l'ébauche finale de ce document.

Annexe 2 Étude de cas : Sudbury, Ontario

Cette section présente une brève étude de cas de la trajectoire de développement du PGA de Sudbury, en Ontario, qui a été initialement lancé comme un programme de jour en 2015 et est devenu un modèle de logement permanent en 2018²⁰⁰. En vue de fournir un contexte et d'aider dans le choix du ou des modèles de PGA, une brève description de ces deux modèles et un résumé de leurs difficultés et réussites sont exposés ci-dessous en se référant aux résultats de l'évaluation de CMAPS.

Description du programme de jour (2015-2018)

En 2015, l'Association canadienne pour la santé mentale de Sudbury/Manitoulin a lancé le programme de jour Harm Reduction Home (HRH, Maison de réduction des méfaits) à Sudbury, en Ontario, au Canada. Le programme de jour HRH fournissait quotidiennement aux clients un accès à de l'alcool contrôlé pendant les heures d'ouverture (8 h-22 h d'avril à octobre et 8 h-20 h de novembre à avril)²⁰⁰.

- **Caractéristiques des clients** : les critères d'admission du programme incluait les adultes âgés de 19 ans ou plus ayant une consommation importante d'alcool, sans-abris ou à risque d'être sans-abris, qui rencontraient des obstacles dans l'accès aux services médicaux et sociaux en raison de leur consommation d'alcool.
- **Structure** : le programme de jour était situé dans un ancien commissariat de police au cœur du centre-ville de Sudbury, juste à côté des services de la santé mentale et des toxicomanies, de refuges d'urgence, de banques d'alimentation, de services d'intervention immédiate, de la principale gare routière, de bâtiments du gouvernement et d'un magasin d'alcools. Le PGA avait la capacité de s'occuper de 8 clients.
- **Personnel** : les postes du personnel comprenaient le responsable du programme, le médecin-chef (spécialiste en toxicomanie hors site), du personnel infirmier, un gestionnaire de cas, un ludothérapeute et des travailleurs résidentiels. Pendant les heures d'ouverture du programme, il y avait au minimum deux membres du personnel sur place.
- **Plan de gestion de l'alcool et politiques de distribution** : le médecin réalisait une évaluation générale de chaque nouveau client qui entrait dans le programme tandis que le personnel infirmier et le personnel non médical étaient responsables de la distribution des doses d'alcool. Les clients recevaient généralement un verre de vin standard chaque heure selon leur programme

personnalisés. L'ivresse des clients était évaluée pendant 20 minutes avant la réception de leur dose, et les doses étaient ajustées si nécessaire en fonction de l'évaluation clinique. La consommation en dehors du programme était déconseillée et aucun alcool provenant de l'extérieur n'était autorisé à l'intérieur du programme. L'alcool distribué par le biais du programme et l'alcool consommé en dehors du programme (en se basant sur les indications des clients et l'évaluation de l'ivresse) étaient consignés dans des tableaux de consommation d'alcool remplis par le personnel du PGA et suivis par le personnel et le médecin.

- **Services et soutiens supplémentaires** : les services et commodités supplémentaires comprenaient des repas légers, car le coin cuisine pour la préparation de repas était minime, et un espace commun multifonctionnel. Le personnel facilitait également la mise en relation avec des soutiens d'hébergement, financiers, juridiques, de soins primaires et de santé mentale.

Constatations de l'évaluation du programme de jour

En 2016, CMAPS a mené une étude à méthodes combinées à petite échelle (8 participants au PGA; 16 témoins) intégrant des entretiens et enquêtes approfondis pour évaluer l'impact du PGA de Sudbury sur 1) les modes de consommation de l'alcool des clients, y compris la consommation d'alcool non destiné à la consommation et les méfaits liés à l'alcool (p. ex., problèmes de fonction hépatique, crises, agressions et rencontres avec la police); 2) la stabilité et la satisfaction à l'égard du logement; et 3) l'accès aux services médicaux et sociaux²⁰⁰.

- **Modes de consommation de l'alcool**, y compris la consommation d'alcool non destiné à la consommation : dans l'ensemble, cette évaluation n'a trouvé aucune preuve significative de réduction de la consommation de boissons alcoolisées ou d'alcool non destiné à la consommation. Les résultats des tests médicaux ont indiqué une persistance ou, dans certains cas, une aggravation de la fonction hépatique²⁰⁰. Pendant les entretiens, le personnel, d'autres partenaires de la communauté et les participants au PGA ont attribué la persistance de la consommation d'alcool et des méfaits liés à l'alcool aux problèmes du modèle de programme de jour; les constatations ont suggéré que, pendant les heures de fermeture, les clients consommaient des quantités significatives d'alcool, y compris de l'alcool non destiné à la consommation, dans des environnements potentiellement dangereux où ils étaient exposés à des agressions, des arrestations et la surdose²⁰⁰.

En outre, il a été suggéré que la présence sporadique des clients du programme de jour empêchait le personnel d'observer et d'évaluer les besoins des clients ainsi que d'ajuster les plans de gestion de l'alcool et les services de soins supplémentaires en conséquence. Les clients arrivaient généralement en sevrage ou ivres, ce qui compliquait la réalisation de discussions complètes permettant de déterminer le dosage approprié²⁰⁰.

- **Qualité de vie liée à la stabilité du logement** : le personnel et les participants au PGA ont considéré la mise en relation avec des services d'hébergement comme un aspect essentiel du programme. Les constatations qualitatives ont indiqué que moins de participants au PGA (37,5 %) avaient signalé être actuellement sans-abris que les témoins (62,5 %) ²⁰⁰. Même si ces résultats indiquent une certaine réussite dans l'amélioration de la stabilité du logement, la satisfaction des participants du PGA à l'égard de leur logement était similaire à celle des témoins. Les options d'hébergement adaptées étaient souvent loin du PGA, ce qui posait des problèmes d'accès. Notamment, les clients ont signalé qu'ils s'exposaient à un risque de complications graves du sevrage quand ils empruntaient le long trajet jusqu'au site du PGA le matin²⁰⁰. Les participants qui sont restés sans-abris ont également souligné le fait que le manque de logement les obligeait à retourner dans la rue à la fermeture du programme, et ils consommaient alors fréquemment de l'alcool, y compris de l'alcool non destiné à la consommation, pour le supporter.
- **Accès aux soutiens médicaux et psychosociaux** : des données probantes qualitatives ont montré que certains participants au PGA avaient bénéficié d'une meilleure qualité de vie, de meilleures relations avec les fournisseurs de soins de santé et d'un accès plus facile aux services de santé grâce à leur participation au PGA. Cependant, il y a eu des problèmes récurrents d'accès aux soutiens pour aider les participants à gérer les symptômes de sevrage et les autres méfaits liés à l'ivresse après la fermeture, notamment pour ceux qui étaient restés sans-abris²⁰⁰.

Mise en œuvre d'un modèle basé sur le logement et impact observé

Compte tenu de la constatation que les limites de l'efficacité du PGA pouvaient être en grande partie attribuées au manque de logement intégré, la principale recommandation du rapport d'évaluation du PGA de Sudbury était de transformer le programme en un modèle basé sur le logement²⁰⁰. L'hébergement sur place des clients pourrait améliorer la stabilité et la sécurité du logement tout en permettant des évaluations des besoins appropriées ainsi qu'un dosage et une surveillance homogènes.

Le programme basé sur le logement a été lancé dans un site temporaire en avril 2018 et s'est déplacé dans un site permanent en juillet 2020. La structure temporaire hébergeait l'ensemble des 8 clients. L'emplacement du programme se situait hors du centre-ville, ce qui réduisait l'exposition aux éléments déclencheurs et diminuait l'accès à l'alcool provenant de l'extérieur ou aux substances illicites. Le site permanent était à nouveau dans le cœur du centre-ville, dans le même bâtiment que le programme de jour, après des rénovations importantes qui ont permis de répondre aux besoins d'un PGA basé sur le logement.

Les clients peuvent recevoir des doses d'alcool toutes les heures pendant 14 heures maximum, avec des doses supplémentaires disponibles, si besoin, pour les nouveaux clients qui ont des symptômes de sevrage pendant la nuit. Du personnel est présent dans la structure 24 heures sur 24, avec un soutien infirmier disponible 15 heures par jour. Ce système a permis une meilleure gestion des médicaments, une régulation adéquate de la consommation d'alcool et une surveillance constante des problèmes de santé physiques et psychologiques.

Tandis que, dans le programme de jour, la présence sporadique des clients empêchait l'équipe du PGA de développer des plans de soins complets basés sur les besoins et objectifs des clients, un contact permanent avec les fournisseurs et le personnel du PGA dans le cadre du modèle basé sur logement permet aux clients et au personnel d'identifier les besoins en matière de soins et de définir des objectifs pour améliorer la stabilité et le bien-être. Dans le but d'évaluer les besoins des nouveaux clients et la capacité du PGA à répondre à ces besoins, un protocole de période d'essai a été développé, afin de permettre au personnel de :

1. Utiliser les outils de dépistage et d'évaluation
2. Détecter les symptômes de sevrage et ajuster le plan de gestion de l'alcool
3. Évaluer les besoins physiques et psychologiques
4. Déterminer les éléments déclencheurs de la consommation d'alcool et trouver d'autres stratégies d'adaptation
5. Établir une routine quotidienne dans le programme
6. Identifier les objectifs du client et définir des étapes progressives et réalisables pour atteindre ces objectifs (p. ex., routine d'hygiène de base, 20 % de réduction de la consommation d'alcool non destiné à la consommation par semaine)

Un nouveau protocole de démarrage et de stabilisation de la gestion de l'alcool a été également développé, au cours duquel les nouveaux clients passent par une période de stabilisation de deux semaines avec une surveillance accrue du médecin. Durant cette période, le médecin supervise le programme de distribution d'alcool contrôlé standard (c'est-à-dire, un verre de 199 mL [7 oz] de vin à 7 h 30 et à 21 h 30, et des verres de 142 mL [5 oz] toutes les heures entre les deux) et surveille de près le client, en réalisant des ajustements en cas de symptômes de sevrage ou d'ivresse excessive. Les clients sont soumis à une évaluation de l'ivresse avant chaque dose; les doses peuvent être réduites ou conservées pour garantir leur sécurité en cas d'observation d'une ivresse excessive.

Le format basé sur le logement offre également du temps et de l'espace pour mettre en place des activités éducatives et culturelles dirigées par des pairs afin de renforcer les compétences et d'établir des liens avec la communauté. La structure d'hébergement a favorisé un esprit de famille et le sentiment d'être partie prenante chez les clients. Les clients assument des responsabilités quotidiennes, ce qui contribue à améliorer le sentiment d'efficacité personnelle et le bien-être. Les clients soutiennent également les progrès de chacun.

Depuis 2018, le modèle basé sur le logement a de plus en plus réussi à mettre les clients en relation avec des possibilités de bénévolat et de travail, les aider dans leur réinsertion scolaire, faciliter les liens familiaux, soutenir l'évolution vers une vie indépendante et accroître la satisfaction des clients et du personnel quant à leur qualité de vie par rapport au modèle du programme de jour. L'expérience de Sudbury suggère que les PGA basés sur le logement peuvent être le modèle privilégié pour les populations sans-abris tandis que les modèles de jour restent importants pour l'implication des clients et l'accès aux soutiens.

Annexe 3 Gestion financière : une présentation des principes et du processus

Ce document fournit une présentation de base des services de gestion financière volontaires pour les clients de PGA en se référant au programme de gestion financière proposé par le Individualized Managed Alcohol Program (iMAP, Programme de gestion de l'alcool personnalisé), à Victoria. Les principes de base de la gestion financière sont listés dans la [Section A](#), tandis que la [Section B](#) expose une brève étude de cas de la gestion financière dans le cadre de l'iMAP. Un exemple de formulaire de consentement du client au service de gestion financière est présenté dans la [Section C](#).

Section A. Principes de la gestion financière

- **Service axé sur le client** : l'objectif des services de gestion financière est d'améliorer l'autonomie et la qualité de vie des clients. Il est essentiel de toujours promouvoir le droit du client à choisir comment il dépense son argent. N'oubliez pas que la participation au soutien de gestion financière, et au programme dans son ensemble, est **volontaire**.
- **L'accord de gestion financière** doit être réexaminé et revu avec le client de manière régulière afin de confirmer que le client souhaite poursuivre ce service, et que les conditions du service continuent de correspondre à ses besoins et préférences.
- **Équilibrer l'autonomie et la sécurité du client** : lorsque cela est possible, il est nécessaire de promouvoir le développement des compétences qui mènent à une indépendance financière. Cependant, faites également attention au risque pour la sécurité du client provoqué par l'épuisement des fonds. Discutez des risques associés à une dépense excessive avec le client et proposez des soutiens financiers accrus pour contribuer à atténuer ces risques.
- **Sécurité du personnel** : les fournisseurs ne doivent pas s'engager dans des luttes de pouvoir avec les clients dans le cadre de la gestion des fonds; ce processus ne respecte pas le principe de prestation d'un service volontaire visant l'amélioration de la sécurité, de l'autonomie et de la qualité de vie. Tout incident de violence ou d'agression en rapport avec la gestion financière doit entraîner un examen envisageant la fin de l'accord de gestion financière. Dans

certains cas, il peut être utile d'affecter un membre du personnel dédié à la gestion financière afin de s'assurer que le personnel de soins et de soutien puisse développer en toute sécurité des relations thérapeutiques avec les clients qui ne soient pas perturbées par des questions financières.

Section B. Étude de cas : le service de gestion financière de l'iMAP

Parallèlement à la gestion de l'alcool personnalisée, le programme iMAP de Island Health propose à ses clients un éventail de services de soutien supplémentaires qui inclut la gestion financière volontaire. Les clients de l'iMAP contribuent au programme en payant 50 % de l'alcool qu'ils consomment par le biais du programme. La gestion financière volontaire fournit au client la possibilité de réorienter ses chèques d'aide au revenu provinciaux vers le compte de l'iMAP afin que ses frais de gestion de l'alcool soient déduits automatiquement et que le reste de son argent lui soit distribué selon le calendrier qu'il a choisi, il s'assure ainsi d'avoir des fonds suffisants pour ses dépenses jusqu'à la prochaine réception de chèque.

Plus spécifiquement, les clients intéressés par les services de gestion financière peuvent choisir une ou plusieurs des options suivantes :

Frais du programme uniquement

Le client accepte que l'argent donné par la province soit transmis à l'iMAP le jour ou peu de temps après le jour de la réception du chèque et qu'il reçoive le reste de son revenu mensuel sous la forme d'espèces ou de chèque après la déduction des frais du programme

Frais du programme + gestion des dépenses de base (p. ex., nourriture)

Cette option peut être proposée s'il s'avère que le client a besoin d'un soutien significatif en matière de budgétisation pour les besoins essentiels, comme les cigarettes, la nourriture et les produits d'hygiène personnelle. Ce service implique de réserver une partie convenue de l'argent restant du client après la déduction des frais du programme dans le but de couvrir le coût des besoins de base identifiés par le client.

Diviser l'argent restant en 5 chèques hebdomadaires

Cette option permet aux clients de recevoir leur argent restant en 5 parts hebdomadaires afin de soutenir leur budgétisation tout en leur permettant d'être autonomes dans l'encaissement et l'utilisation de leur revenu. Lors des mois à 4 semaines, le client peut avoir la possibilité de recevoir son cinquième chèque à n'importe quel moment.

Frais du programme + gestion financière complète :

Cette option n'est proposée que si le client signale, et que des informations accessoires disponibles suggèrent, que la difficulté du client à gérer son argent ait entraîné des risques, dont une augmentation significative de l'hyperalcoolisation rapide ou d'autres consommations de drogue, un risque accru d'accidents ou de comportements suicidaires, ou un risque envers les autres.

Pour aider le client à choisir l'option appropriée, le fournisseur réalise une évaluation du revenu et des besoins financiers en collaboration avec le client au moment de l'admission. Outre l'ensemble des sources de revenus actuelles et des dépenses nécessaires, le fournisseur prend en compte le profil psychiatrique et l'état cognitif du client, ainsi que toutes les informations accessoires disponibles (p. ex., enregistrements de paiement).

Une fois que les options lui ont été expliquées, le client est invité à choisir ses options de gestion financière et à signer les formulaires de consentement (le formulaire de consentement du programme ainsi que les formulaires de consentement du ministère provincial fournissant le revenu pour la divulgation des renseignements et l'autorisation de prestation de service). Les clients qui choisissent de ne pas bénéficier du service de gestion financière auront le choix de payer les frais d'alcool de l'iMAP en espèces ou par chèque tous les mois.

Le personnel du service de gestion financière a reçu des consignes spécifiques pour réaliser l'évaluation initiale, traiter les formulaires d'autorisation de prestation de service, déduire les frais du programme et réaliser des remboursements si la consommation d'alcool ou les autres dépenses du client ont été inférieures aux montants calculés, ainsi que pour recevoir, donner et stocker les espèces.

À ce jour, le service de planification financière de l'iMAP a été bien reçu par les clients, et le personnel a constaté un certain nombre d'avantages, dont une diminution de l'incidence des conflits liés aux frais du programme, un nombre moins important de départs du programme en raison de frais non payés et une meilleure collaboration avec le personnel du programme axée sur une budgétisation financière permettant l'achat des produits nécessaires, comme les produits alimentaires. Un certain nombre de clients du service ont exprimé leur gratitude quant à l'amélioration de leur indépendance financière grâce au soutien de la gestion financière.

Section C. Exemple de formulaire de consentement à la gestion financière

L'exemple de formulaire de consentement est fourni par l'iMAP à Victoria, C.-B. Les informations requises peuvent varier en fonction des provinces ou des territoires.

Les informations sont recueillies par ICMT (Intensive Case Management Team, Équipe de gestion approfondie des cas) en vertu du paragraphe 26 (c) de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée et seront utilisées pour fournir des services d'ICMT.

Consentement à l'utilisation et à la divulgation de renseignements personnels au ministère du développement social et de réduction de la pauvreté

Je, _____ (nom de famille) _____ (prénom) _____ (initiales)

Date de naissance : _____ (année) _____ (mois) _____ (jour)

autorise par la présente :

L'équipe de Intensive Case Management (ICM, Gestion approfondie des cas) à contacter le ministère du Développement social et de Réduction de la pauvreté (Ministry of Social Development and Poverty Reduction, MSDPR) pour **divulguer les informations suivantes, dans le but de me fournir des services pendant ma participation au programme iMAP :**

Les informations liées à mon accord, et ma demande, de confier la gestion de mon aide au revenu ou mon allocation pour personnes handicapées aux bons soins de l'« Équipe ICM » au 713 Johnson St.

J'accepte d'envoyer ce qui suit tous les mois à l'« Équipe ICM » :

- Mes frais pour le programme iMAP de _____.
- Le montant de _____ pour les cigarettes, la nourriture, etc.
- Diviser mon argent restant en 5 chèques hebdomadaires.
- Tous mes fonds de soutien.

J'ai accepté ce plan dans le but de gérer mes finances, de me garantir un logement et de favoriser mon bien-être au sein de la communauté.

En cas de sortie volontaire ou involontaire du programme ICMT/iMAP, le consentement transmis au MSDPR sera annulé et les fonds restants seront calculés au prorata et rendus au client.

Signature du client: _____

Signature du témoin: _____ Date: _____

Annexe 4 Exemple de plan de gestion de l'alcool et d'accord du client

Renseignements du client	
Nom :	Numéro de téléphone :
Date de naissance :	Numéro d'assurance-maladie :
Objectifs identifiés du client	
<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	
Remarque : Si le client choisit comme objectif une réduction de la consommation, un traitement du TUA ou une gestion du sevrage, il doit être mis en relation avec un membre du personnel médical spécialisé dans le traitement des troubles de l'usage de substance.	
Plan de gestion de l'alcool	
Type de boisson : Vin Dosage ^a : _____	Dose journalière totale : _____
Type de boisson : Bière Dosage : _____	
Type de boisson : Autre (_____) Dosage : _____	
Exemple de programme de consommation d'alcool : 1 verre toutes les _____ heures Fréquence de distribution au client (p. ex., tous les jours à 9 h) : _____ Plan si le client est en sevrage ou n'a plus d'alcool : _____ _____ Calendrier des bilans de soins primaires de routine (p. ex., toutes les semaines) : _____	

a Inscrivez le dosage prévu pour chaque type de boisson en nombre de verres standard. Un verre standard correspond à 43 mL (1,5 oz) de vodka, une canette de 355 mL de bière à 5 % ou 142 mL (5 oz) de vin à 12 %

- L'enseignement d'une consommation plus sécuritaire a été assuré
- Les options de pharmacothérapie ont été évoquées, lorsque c'est possible

Finances (le cas échéant)

Contribution du client : _____

Plan de gestion de l'argent : _____

Commentaires

Accord du client

1. **J'accepte de recevoir de l'alcool contrôlé**, tel que décrit ci-dessus. Ce plan inclut les types et quantités d'alcool ainsi que le programme indiquant à quel moment je recevrai l'alcool.
2. Avant de recevoir l'alcool, le personnel procèdera à une **vérification de mon bien-être** pour voir si je présente des signes d'ivresse excessive.
3. Je comprends que **je ne recevrai pas d'alcool si je suis trop ivre** au moment de la distribution.
4. J'accepte de ne pas **participer à d'autres PGA et de ne pas chercher d'autres sources d'alcool** en dehors du PGA. Si j'ai des questions à propos de mon dosage, j'en discuterai avec le fournisseur du programme. J'accepte de ne pas partager mon alcool avec les autres.
5. Je peux **demandeur de l'aide au personnel** si j'ai besoin d'aide pour ma nourriture, mes médicaments, la communication avec ma famille, etc.
6. Le personnel et moi réaliserons un **contrôle régulier de ma santé**, de ma consommation d'alcool et de la nécessité ou non d'ajuster le plan.

Je suis d'accord pour être contacté afin de discuter de la future recherche sur la gestion de l'alcool

Je ne souhaite pas que mes dossiers administratifs soient utilisés à des fins d'évaluation

Nom du client : _____ Signature du client : _____

Annexe 5 Exemple de déclaration des droits du client

Le tableau suivant fournit un exemple des éléments qui peuvent être inclus dans une déclaration des droits du client. Ce formulaire peut être adapté par chaque PGA en collaboration avec les clients et en se référant aux modèles de soins appliqués.

Soins respectueux

Vous avez le droit d'être traité avec compassion et respect ainsi que de recevoir des soins d'une manière qui respecte votre dignité, votre indépendance et votre autodétermination.

Vous avez le droit que votre identité (par exemple, identité de genre, culture) soit respectée.

Information

Vous avez le droit d'être informé des risques et avantages de recevoir de l'alcool contrôlé, ainsi que de recevoir des informations sur les autres options de traitement et services de soutien lors de l'admission.

Respect de la vie privée

Vous avez droit au respect de la vie privée. L'étude de votre cas, la consultation, l'examen et le traitement doivent être réalisés d'une manière qui protège votre vie privée ainsi que celle de chaque client.

Vous êtes en droit d'attendre de la confidentialité. Les fournisseurs de votre PGA garantiront la confidentialité de vos soins et dossiers médicaux, sauf dans les situations prévues par la loi (par exemple, soupçons d'abus sur un mineur).

Qualité des soins

Vous avez le droit de recevoir, ou d'être orienté vers, des soins médicaux de haute qualité fondés sur des données probantes.

Vous avez droit à la continuité des soins. Dans le cas d'un déplacement, d'un changement de site, d'une hospitalisation ou d'une incarcération, vous avez droit à la poursuite des soins pour la gestion des symptômes de sevrage de l'alcool et d'autres méfaits liés à l'alcool, même si vous risquez de ne pas pouvoir bénéficier du PGA en raison des limites de sa disponibilité.

Implication dans les soins

Vous avez le droit de collaborer avec le fournisseur de votre PGA et votre équipe de soins pour vous fixer des objectifs de bien-être et recevoir des soins ou des orientations qui vous aideront à atteindre ces objectifs.

Vous avez le droit d'impliquer votre famille et votre cercle social (p. ex., partenaires sentimentaux, amis proches et d'autres personnes importantes) dans vos soins, lorsque cela est approprié. Vous avez également le droit d'exclure votre famille et votre cercle social de vos soins.

Plaintes

Vous avez le droit de déposer une plainte auprès de l'autorité appropriée en cas de violation de vos droits. [insérer les coordonnées des organismes de réglementation et d'autres mécanismes de dépôt de plainte]

Annexe 7 Exemple de formulaires d'évaluation de l'ivresse avant les doses

Cette annexe présente deux outils d'évaluation de l'ivresse ainsi que des considérations concernant le choix de l'approche d'évaluation avant les doses et de distribution des doses appropriée. Les exemples d'outil d'évaluation présentés ci-dessous permettent deux approches différentes de distribution d'alcool contrôlé.

- [Outil d'évaluation 1](#) permet une approche binaire dans laquelle un client qui montre un des symptômes d'ivresse listés ne reçoit pas sa dose d'alcool prévue jusqu'à une nouvelle évaluation l'heure suivante
- [Outil d'évaluation 2](#) présente une progression dans l'évaluation de l'ivresse, dans laquelle les clients modérément ivres se voient proposer une dose réduite tandis que des signes d'ivresse importante induisent une retenue de la dose jusqu'à l'évaluation suivante

Considérations concernant la sélection de l'approche d'évaluation avant les doses et de distribution de l'alcool

La sélection de l'approche d'évaluation de l'ivresse avant les doses et de distribution de l'alcool appropriée dépend d'un éventail de facteurs, dont :

- Les circonstances et besoins médicaux du client
- Les objectifs et préférences déclarés du client (consignés lors de l'admission ou lors des réunions de suivi, lorsque la réponse du client n'est pas influencée par l'ivresse actuelle ou des symptômes de sevrage)
- La structure et l'emplacement du PGA; la possibilité d'avoir accès à de l'alcool à l'extérieur si la dose est refusée
- La capacité du PGA à surveiller le bien-être des clients entre les doses

Par exemple, un outil d'évaluation de l'ivresse binaire peut être plus approprié dans une structure médicale (p. ex., hôpital ou soins de longue durée) lorsque les besoins médicaux complexes du patient nécessitent une gestion de l'alcool plus stricte. D'un

autre côté, les programmes de jour ou les environnements basés sur le logement moins rigoureux (p. ex., refuges, logements avec services de soutien) peuvent permettre la fourniture de doses réduites aux clients qui montrent des signes d'ivresse légers à modérés; ce processus peut réduire le risque de consommation à l'extérieur et améliorer le maintien dans le programme en prenant en compte les préférences des clients.

Il est recommandé de discuter de l'approche d'évaluation de l'ivresse et de distribution des doses avec le client pendant la planification de la gestion de l'alcool; les clients doivent recevoir l'assurance que la non-distribution d'une dose prévue n'est pas une action punitive, mais uniquement un moyen de garantir leur sécurité. L'approche convenue doit être consignée dans l'accord passé avec le client afin qu'elle puisse être revue lors des réunions de suivi.

Les fournisseurs d'alcool contrôlé peuvent envisager de proposer une solution de rechange non alcoolisée (p. ex., bière sans alcool ou jus de raisin) aux clients dont la dose n'est pas distribuée; cela peut contribuer à éviter que le client se sente exclu et lui permettre de participer à l'aspect social de la consommation de boisson dans le cadre de sa routine.

Outil d'évaluation 1 (évaluation binaire)

(Adapté avec gratitude à partir d'un document fourni par Alberta Health Services)

Évaluez et consignez avant de donner l'alcool prescrit.

Date (aaaa-mm-jj)						
Heure (hh:mm)						
Parole 0 : Discute normalement (Identique au comportement de référence) 1 : Parole ralentie, troubles de l'élocution, marmonnements, parole décousue et/ou inintelligible						
Coordination 0 : Marche et mouvements identiques au comportement de référence 1 : Titube, chancelant, chute; difficulté à se mettre ou à rester dans une position debout						
Jugement et humeur 0 : Orienté et concentré; comportement, jugement et émotion appropriés 1 : Désorienté, confus, distrait; comportements extrêmes (p. ex., trop amical, rit fort, colérique, agressif)						
Niveau de conscience : 0 : Alerté et attentif 1 : S'endort, perd le fil de ses pensées, difficulté à s'éveiller						
Total des points						
Dose d'alcool donnée						
Signature du fournisseur						

Consignes : Si la valeur est égale à 0, fournissez la dose.

Si la valeur est supérieure à 0, envisagez de conserver la dose et évaluez à nouveau le client dans une heure.

Outil d'évaluation 2 (évaluation progressive permettant des demi-doses)

(Adapté avec gratitude à partir d'un outil du PGA de Sudbury)

CRITÈRES	COLONNES A et B		COLONNE C	COLONNE D
	La dose peut être distribuée comme prévu		Si le client présente deux des signes d'ivresse suivants, seule une moitié de la dose peut être distribuée (si le client sort de son schéma de comportement normal)	La dose ne doit pas être distribuée si l'individu présente l'un des signes/symptômes listés dans cette colonne (si le client sort de son schéma de comportement normal)
	COLONNE A	COLONNE B		
		Envisagez une surveillance accrue pour les clients qui montrent ce qui suit		
	Parole	Normale	Troubles de l'élocution et/ou parole ralentie	<ul style="list-style-type: none"> • Marmonnements • Déclarations répétitives
Coordination	Marche et mouvements normaux	<ul style="list-style-type: none"> • Trébuchements • Mouvements lents 	<ul style="list-style-type: none"> • Chancelant • Titube 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté à s'asseoir droit • Tombe de la chaise • Difficulté à se mettre dans/ou à conserver une position debout • Tombe
Signes Mentaux	Concentré Comportement, émotions et jugements attendus, en se basant sur notre connaissance du client		Perd le fil de ses pensées	<ul style="list-style-type: none"> • Confus • Agité • Agressif ou querelleur • Désorienté • Boit en essayant d'être meilleur que les autres • Trop amical • Rit fort • Présente des sautes d'humeur • Inhibitions diminuées
Niveau De Conscience	Alerte et attentif	Somnolent, mais se réveille facilement	S'endort	<ul style="list-style-type: none"> • Incapable de suivre/participer à la conversation • Incapable d'accomplir une tâche

Annexe 8 Exemple de formulaire d'évaluation clinique^a

Renseignements du client		
Nom :	Prénom(s) :	
Date de naissance :	Numéro d'assurance-maladie :	
Antécédents médicaux (y compris la santé mentale et la consommation de substance)		
<hr/> <hr/> <hr/>		
Consommation de substance		
Type :	Quantité :	Fréquence :
<hr/> <hr/> <hr/>		
<i>Remarque : La consommation concomitante d'alcool et d'autres déprimeurs du SNC (p. ex., benzodiazépines, opioïdes) est associée à une augmentation significative du risque de surdose. Si possible, les clients doivent subir une évaluation complète de la consommation de substance. Pour les individus présentant une consommation de substance ou des troubles de l'usage de substance parallèles, fiez-vous à votre jugement clinique, en donnant la priorité aux substances associées à un risque de symptômes graves de sevrage, et les clients doivent être informés des risques d'une consommation concomitante.</i>		
Consommation d'alcool habituelle		
Nombre de jours de consommation d'alcool durant les 7 derniers jours :		
Lors d'une journée habituelle :		
Quel type d'alcool buvez-vous? (Entourez les réponses qui s'appliquent)		
Bière Vin Xérès Spiritueux Alcool non destiné à la consommation		
En quelle quantité (pour chaque type)? <hr/>		
<hr/>		
Consommation journalière totale ^b :		

a Adapté avec gratitude à partir d'un document fourni par PHS Community Services Society

b Utilisez le calculateur de verres standard : <http://aodtool.cfar.uvic.ca/index-stddt.html>

Méfais liés à l'alcool

Durant les 3 derniers mois, le client a connu :

- Symptômes de sevrage de l'alcool, y compris des crises liées à l'alcool
- Consommation d'alcool non destiné à la consommation
- Chutes ou blessures liées à l'alcool
- Visites aux urgences liées à l'alcool
- Évanouissement/perte de connaissance à cause de l'alcool
- Stratégies de consommation de survie (p. ex., mendicité, recyclage, partage avec des amis)

Évaluation du risque de sevrage, du TUA et de la gravité du TUA

Score [PAWSS](#) :

En option :

Diagnostic et gravité du TUA :

Nombre de symptômes DSM-5-TR :

Consommation dangereuse ou nocive (score [AUDIT](#)):

Gravité du TUA (score [SADQ](#)):

Admissible à la gestion de l'alcool : **Oui** **Non**

Comportement de référence du client (à utiliser pour évaluer l'ivresse excessive au moment de la distribution) :

Commentaires :

Rempli par : _____ **Signature:** _____ **Date:** _____

Annexe 9 Outils de dépistage et d'évaluation du trouble de l'usage de l'alcool

Le Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT, Test d'identification des troubles de l'usage de l'alcool)²⁰¹

Veillez lire les questions telles qu'elles sont écrites. Consignez soigneusement les réponses. Commencez le AUDIT en disant : « Maintenant je vais vous poser quelques questions sur votre consommation de boissons alcoolisées pendant l'année écoulée ». Expliquez ce que signifie « boissons alcoolisées » en utilisant des exemples locaux de bière, vin, vodka, etc. Codez les réponses sous forme de « verres standard ». Placez le numéro correspondant à la réponse dans l'encadré à droite.

<p>1. À quelle fréquence buvez-vous de l'alcool?</p> <p>(0) Jamais [Passer aux questions 9 et 10] (1) Une fois par mois ou moins (2) 2 à 4 fois par mois (3) 2 à 3 fois par semaine (4) 4 fois ou plus par semaine</p>	<p>4. À quelle fréquence au cours de l'année écoulée vous êtes-vous rendu compte que vous n'arriviez pas à arrêter de boire une fois que vous aviez commencé?</p> <p>(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque tous les jours</p>
<p>2. Combien de verres contenant de l'alcool buvez-vous lors d'une journée habituelle de consommation d'alcool?</p> <p>(0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7, 8 ou 9 (4) 10 ou plus</p>	<p>5. À quelle fréquence au cours de l'année écoulée n'avez-vous pas pu accomplir ce qui était normalement attendu de vous parce que vous aviez consommé de l'alcool?*</p> <p>(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque tous les jours</p>
<p>3. À quelle fréquence buvez-vous six verres ou plus d'affilée?</p> <p>(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque tous les jours</p> <p>Passez aux questions 9 et 10 si le des points pour les questions 2 et 3 est égal à 0</p>	<p>6. À quelle fréquence au cours de l'année écoulée avez-vous eu besoin d'un premier verre le matin pour démarrer la journée après un épisode de consommation importante?</p> <p>(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque tous les jours</p>

<p>7. À quelle fréquence durant l'année écoulée avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de remords après avoir bu?</p> <p>(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque tous les jours</p>	<p>9. Est-ce que vous, ou une autre personne, avez été blessés à cause de votre consommation d'alcool?</p> <p>(0) Non (2) Oui, mais pas au cours de l'année écoulée (4) Oui, au cours de l'année écoulée</p>
<p>8. À quelle fréquence au cours de l'année écoulée n'avez-vous pas pu vous souvenir de ce qui était arrivé la nuit précédente parce que vous aviez bu?</p> <p>(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque tous les jours</p>	<p>10. Est-ce qu'un proche, un ami, un médecin ou un autre travailleur de la santé s'est inquiété de votre consommation d'alcool ou vous a suggéré que vous buviez moins?</p> <p>(0) Non (2) Oui, mais pas au cours de l'année écoulée (4) Oui, au cours de l'année écoulée</p>
<p>Interprétation : 8 points ou plus indiquent une consommation dangereuse ou nocive Total des points :</p>	

*La formulation a été légèrement modifiée par rapport à l'outil original afin d'éviter un langage stigmatisant.

L'outil AUDIT-Consumption (AUDIT-C, Audit-Consommation)²⁰⁷

1. À quelle fréquence buvez-vous de l'alcool

- (0) Jamais
- (1) Une fois par mois ou moins
- (2) 2 à 4 fois par mois
- (3) 2 à 3 fois par semaine
- (4) 4 fois ou plus par semaine

2. Combien d'unités d'alcool buvez-vous lors d'une journée habituelle de consommation d'alcool?

- (0) 1 ou 2
- (1) 3 ou 4
- (2) 5 ou 6
- (3) 7, 8 ou 9
- (4) 10 ou plus

3. À quelle fréquence buvez-vous six verres ou plus d'affilée?

- (0) Jamais
- (1) Moins d'une fois par mois
- (2) Une fois par mois
- (3) Une fois par semaine
- (4) Tous les jours ou presque tous les jours

Interprétation : chez les hommes, un total de 4 points ou plus correspond à une consommation dangereuse.

Chez les femmes, un total de 3 points ou plus correspond à une consommation dangereuse.

Si vous obtenez ce résultat, réalisez le diagnostic et une évaluation du TUA.

Total des points :

Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ, Questionnaire évaluant la gravité de la dépendance à l'alcool)²⁰⁸

Veillez vous rappeler une période habituelle de consommation importante d'alcool durant les 6 derniers mois. Quand a-t-elle eu lieu? _____

Veillez sélectionner un nombre (0, 1, 2 ou 3) pour indiquer à quelle fréquence chaque déclaration suivantes produit pendant cette période.

Questions	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
Je me réveillais en étant transpirant(e).	0	1	2	3
Mes mains tremblaient dès le début de la matinée.	0	1	2	3
Mon corps tout entier se mettait violemment à trembler dès le début de la matinée.	0	1	2	3
Je me réveillais en étant entièrement trempé(e) par la sueur.	0	1	2	3
Je redoutais de me réveiller le matin.	0	1	2	3
J'avais peur de rencontrer des personnes dès le début de la matinée.	0	1	2	3
Je me sentais au bord du désespoir quand je me réveillais.	0	1	2	3
Je me sentais terrifié(e) quand je me réveillais.	0	1	2	3
J'aimais boire un verre le matin.	0	1	2	3
J'avalais toujours mes premiers verres de la matinée aussi rapidement que possible.	0	1	2	3
Je buvais le matin pour arrêter mes tremblements.	0	1	2	3
J'avais très envie de boire quand je me réveillais.	0	1	2	3
Je buvais plus de 1/4 de bouteille de spiritueux par jour (ou 4 pintes de bière/1 bouteille de vin).	0	1	2	3
Je buvais plus de 1/2 bouteille de spiritueux par jour (ou 8 pintes de bière/2 bouteilles de vin).	0	1	2	3
Je buvais plus de 1 bouteille de spiritueux par jour (ou 15 pintes de bière/3 bouteilles de vin).	0	1	2	3
Je buvais plus de 2 bouteilles de spiritueux par jour (ou 30 pintes de bière/4 bouteilles de vin).	0	1	2	3

Imaginez la situation suivante : (a) Vous avez complètement arrêté de boire pendant quelques semaines. (b) Vous buvez ensuite beaucoup pendant deux jours. Comment vous sentiriez-vous le matin après ces deux jours de consommation importante d'alcool?

Symptôme	Non	Léger	Modéré	Beaucoup
Je commencerais à transpirer.	0	1	2	3
Mes mains trembleraient.	0	1	2	3
Mon corps tremblerait.	0	1	2	3
J'aurais très envie de boire.	0	1	2	3

SCORE TOTAL SADQ = _____

Interprétation :

Score	8-15	16-30	31-60
Indication	Légère dépendance	Dépendance modérée	Dépendance importante

Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PAWSS, Échelle de prédiction du risque de sevrage d'alcool compliqué)³⁶

PARTIE A : CRITÈRES SEUILS – Oui ou Non, pas de point

Avez-vous consommé de l'alcool (c'est-à-dire, avez-vous bu) au cours des 30 derniers jours?
OU
 Le patient avait-il une alcoolémie positive (+) lors de son admission?

Si la réponse à l'une de ces questions est *OUI*, passez aux questions suivantes.

PARTIE B : EN SE BASANT SUR L'ENTRETIEN AVEC LE PATIENT – 1 point chacune

1. Avez-vous été récemment ivre/saoul durant les 30 derniers jours?
2. Avez-vous déjà reçu des soins de réadaptation pour trouble de l'usage de l'alcool ou un traitement pour le trouble de l'usage de l'alcool?* (c'est-à-dire, programmes de traitement en hospitalisation ou en externe, ou participation aux AA)
3. Avez-vous déjà vécu des épisodes précédents de sevrage de l'alcool, quelle que soit leur gravité?
4. Avez-vous déjà eu des trous de mémoire?
5. Avez-vous déjà eu des crises de sevrage de l'alcool?
6. Avez-vous déjà vécu un delirium tremens?
7. Avez-vous associé l'alcool à d'autres tranquillisants, comme des benzodiazépines ou barbituriques, lors des 90 derniers jours?
8. Avez-vous associé l'alcool à d'autres substances lors des 90 derniers jours?*

PARTIE C : EN SE BASANT SUR LES PREUVES CLINIQUES – 1 point chacune

9. L'alcoolémie du patient était-elle supérieure à 200 mg/dL? (unités SI 43,5 mmol/L)
OU
 Avez-vous consommé de l'alcool au cours des dernières 24 heures?*
10. Existe-t-il des signes d'une activité autonome accrue?
 p. ex., fréquence cardiaque > 120 bpm, tremblements, agitation, transpiration, nausée

Interprétation : Score maximal = 10. Ce document est conçu comme un OUTIL DE DÉPISTAGE. Plus le nombre de résultats positifs est élevé, plus le risque de développer un syndrome de sevrage de l'alcool est important.

Un score ≥ 4 suggère un **RISQUE ÉLEVÉ** de syndrome de sevrage de l'alcool modéré à grave (compliqué); une prophylaxie et/ou une hospitalisation sont indiquées.

*De légères modifications du langage ont été réalisées pour éviter une terminologie stigmatisante

** Le comité a ajouté cette modification en raison de l'absence habituelle de donnée d'alcoolémie. Veuillez consulter la page suivante.

Une version en ligne de la PAWSS d'origine (non modifiée) est disponible à l'adresse :

<https://www.mdcalc.com/prediction-alcohol-withdrawal-severity-scale>.

Remarques et avertissements

La PAWSS n'a pas été validée dans les structures de soins externes, ou pour les personnes jeunes ou enceintes. Même si ce document d'orientation reconnaît l'utilité de la PAWS pour l'évaluation des risques dans l'ensemble des structures et pour l'ensemble des populations, il met l'accent sur le fait que, lors de la prise de décisions cliniques, **cet outil doit être associé au meilleur jugement clinique en se basant sur une évaluation complète des antécédents médicaux, des circonstances actuelles, des besoins et des préférences du patient.**

Modifications

Question 9 – Alcoolémie :

La grande majorité des structures de soins en externe ne sont pas équipées pour évaluer l'alcoolémie sur le point d'intervention. À la place, la personne qui réalise la PAWSS peut demander aux patients :

- Avez-vous consommé de l'alcool au cours des dernières 24 heures?

En se basant sur les taux de métabolisation et d'élimination de l'alcool chez les êtres humains²⁰⁹, il est très improbable qu'un patient qui n'a pas consommé d'alcool au cours des dernières 24 heures puisse avoir une alcoolémie supérieure à 200 mg/dL. Tandis qu'une consommation d'alcool au cours des dernières 24 heures représente une mesure prudente d'une alcoolémie > 200 mg/dL (c'est-à-dire que ce seuil bas peut identifier plus de personnes à risque qu'il n'y en a réellement), il y a un consensus au sein du comité pour déclarer que les avantages d'identifier les personnes risquant de développer des complications graves l'emportent sur le risque de faux négatifs pour cet élément du questionnaire.

Sinon, si un appareil portable de mesure de la concentration d'alcool dans l'air expiré (c'est-à-dire, un « éthylomètre ») est disponible, la concentration d'alcool dans l'air expiré peut être utilisée à la place de l'alcoolémie. La recherche indique que la concentration d'alcool dans l'air expiré est fortement corrélée à et représente une mesure substitutive précise de l'alcoolémie^{210,211}.

Critères d'admissibilité

Les éléments suivants du questionnaire doivent être bien compris par la personne qui réalise la PAWSS et définis pour le patient afin de maximiser l'exactitude des résultats.

Question 4 – Trous de mémoire :

Les trous de mémoire sont des épisodes transitoires d'amnésie rétrograde généralement **sans perte de connaissance qui accompagnent différents degrés d'intoxication alcoolique**³⁶. Les trous de mémoire peuvent être un indicateur d'une intoxication sévère ou d'une consommation d'alcool sur le long terme, car un degré considérable de tolérance à l'alcool est nécessaire pour ingérer la quantité d'alcool pouvant déclencher un épisode ultérieur d'amnésie sans perte de connaissance³⁶. La personne qui réalise la PAWSS doit faire clairement la distinction entre les trous de mémoire liés à l'alcool et les pertes de connaissance (c'est-à-dire, les évanouissements) quand elle pose la question au patient.

Question 5 – Crises de sevrage :

Les crises de sevrage sont de brèves crises tonico-cloniques habituellement généralisées qui surviennent 6 à 48 heures après la réduction ou l'arrêt de la consommation d'alcool²¹². Les patients peuvent confondre les crises avec d'autres expériences, comme des tremblements, il est donc important de définir ce qu'est une crise de sevrage et de la différencier des autres symptômes de sevrage. Les patients atteints d'un TUA ont un risque accru d'épilepsie idiopathique ou de crise pour d'autres raisons^{213,214}, donc la personne qui réalise la PAWSS doit clairement définir ces épisodes comme des crises qui surviennent dans les 1 à 2 jours qui suivent l'arrêt ou une diminution importante de la consommation d'alcool.

Question 6 – Delirium tremens :

Le delirium tremens est une conséquence grave du sevrage de l'alcool qui nécessite une hospitalisation et une gestion immédiates; s'il n'est pas traité, le risque de décès est d'environ de 3 à 5 %²¹⁵. Les symptômes comprennent une désorientation profonde, de la confusion et de l'agitation associées à une hyperactivité autonome sévère²¹⁵. Dans le langage courant, le delirium tremens en est venu à représenter approximativement les symptômes généraux du sevrage de l'alcool. La personne qui réalise la PAWSS doit faire clairement la distinction entre le delirium tremens et les autres symptômes de sevrage pour éviter de faux résultats positifs.

Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, revised (CIWA-Ar, Évaluation des syndromes de sevrage dans un établissement clinique selon l'échelle de l'alcoolisme, révisée)²⁰³

Patient : _____ Date : _____ Heure : _____	
Pouls ou fréquence cardiaque, pris pendant une minute : _____ Pression sanguine : _____	
<p>NNAUSÉES ET VOMISSEMENTS — Posez les questions suivantes : « Êtes-vous sujet à des nausées? Avez-vous vomi? » Observation.</p> <p>0 Absence de nausées ou de vomissement</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4 Nausées intermittentes avec haut-le-cœur</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7 Nausées permanentes, haut-le-cœur fréquents et vomissements</p>	<p>PERTURBATIONS TACTILES — Posez la question suivante : « Éprouvez-vous des sensations de démangeaison, de picotement, de brûlure ou d'engourdissement, ou avez-vous l'impression que des insectes se déplacent sur ou sous votre peau? » Observation.</p> <p>0 Aucune</p> <p>1 Sensations très légères de démangeaison, de picotement, de brûlure ou d'engourdissement</p> <p>2 Sensations légères de démangeaison, de picotement, de brûlure ou d'engourdissement</p> <p>3 Sensations modérées de démangeaison, de picotement, de brûlure ou d'engourdissement</p> <p>4 Hallucinations modérément sévères</p> <p>5 Hallucinations sévères</p> <p>6 Hallucinations extrêmement sévères</p> <p>7 Hallucinations permanentes</p>
<p>TREMBLEMENTS — Bras tendus et doigts écartés. Observation.</p> <p>0 Absence de tremblements</p> <p>1 Non visibles, mais peuvent être sentis du bout des doigts</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4 Modérés lorsque le patient a les bras tendus</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7 Sévères, même lorsque le patient n'a pas les bras tendus</p>	<p>PERTURBATIONS AUDITIVES — Posez la question suivante : « Êtes-vous plus sensible aux sons qui vous entourent? Sont-ils discordants? En avez-vous peur? Entendez-vous des bruits qui vous perturbent? Entendez-vous des choses dont vous savez qu'elles n'existent pas? » Observation.</p> <p>0 Non présentes</p> <p>1 Très peu discordants ou effrayants</p> <p>2 Peu discordants ou effrayants</p> <p>3 Modérément discordants ou effrayants</p> <p>4 Hallucinations modérément sévères</p> <p>5 Hallucinations sévères</p> <p>6 Hallucinations extrêmement sévères</p> <p>7 Hallucinations permanentes</p>

<p>SUEURS PAROXYSTIQUES – Observation.</p> <p>0 Pas de sueur visible 1 Sueurs à peine perceptibles, paumes moites 2 3 4 Perles de sueur évidentes sur le front 5 6 7 Sudation importante</p>	<p>PERTURBATIONS VISUELLES – Posez la question suivante : « La lumière vous semble-t-elle trop vive? Sa couleur est-elle différente? Vous fait-elle mal aux yeux? Voyez-vous des choses qui vous perturbent? Voyez-vous des choses dont vous savez qu’elles n’existent pas? » Observation.</p> <p>0 Non présentes 1 Sensibilité très légère 2 Sensibilité légère 3 Sensibilité modérée 4 Hallucinations modérément sévères 5 Hallucinations sévères 6 Hallucinations extrêmement sévères 7 Hallucinations permanentes</p>
<p>ANXIÉTÉ – Posez la question suivante : « Êtes-vous anxieux/anxieuse? » Observation.</p> <p>0 Absence d’anxiété, se sent à l’aise 1 Légèrement anxieux/anxieuse 2 3 4 Moyennement anxieux/anxieuse, ou réservé(e), l’anxiété est donc déduite 5 6 7 equivalent to acute panic states as seen in severe delirium or acute schizophrenic reactions</p>	<p>MAUX DE TÊTE ÉTENDUS À TOUTE LA TÊTE – Posez la question suivante : « Éprouvez-vous des sensations différentes au niveau de la tête? Avez-vous l’impression d’avoir un bandeau autour de la tête? » N’évaluez pas les sensations de vertiges ou d’étourdissement. Évaluez la sévérité des autres sensations</p> <p>0 Non présentes 1 Très légères 2 Légères 3 Modérées 4 Modérément graves 5 Sévères 6 Très graves 7 Extrêmement graves</p>
<p>AGITATION – Observation.</p> <p>0 Activité normale 1 Légèrement supérieure à une activité normale 2 3 4 Moyennement nerveux/nerveuse et agité(e) 5 6 7 Marche de long en large durant presque tout l’entretien, ou s’agite dans tous les sens</p>	<p>ORIENTATION ET OBNUBILATION – Posez la question suivante : « Quel jour sommes-nous? Où êtes-vous? Qui suis-je? »</p> <p>0 Orienté(e) et peut effectuer une succession d’additions 1 Ne peut pas effectuer une succession d’additions ou n’est pas sûr(e) de la date 2 Désorienté(e) au niveau des dates à moins de deux jours calendaires 3 Désorienté(e) au niveau des dates au-delà de deux jours calendaires 4 Désorienté(e) au niveau du lieu et/ou de la personne avec qui il/elle se trouve</p>
<p style="text-align: right;">Score total CIWA-Ar : _____</p> <p>Score Maximum Possible : 67 Initiales de la personne qui a réalisé l’évaluation : _____</p>	
<p>La CIWA-Ar ne fait pas l’objet de droits d’auteur et peut être reproduite librement. L’évaluation pour la surveillance des symptômes de sevrage prend environ 5 minutes. Le score maximum est de 67 (voir le document). Les patients dont le score est inférieur à 10 n’ont généralement pas besoin de médicaments supplémentaires pour le sevrage.</p>	
<p>Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA & Sellers EM. Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale CIWA-Ar. <i>Br J Addict.</i> 1989;84:1353-1357.</p>	

Interprétation :

Score	Gravité
0-9	Symptômes de sevrage très légers
10-15	Symptômes de sevrage légers
16-20	Symptômes de sevrage modérés
>20	Symptômes de sevrage sévères

Remarques :

- Une formation est nécessaire pour utiliser correctement cet outil; un processus régulier de vérification et de rétroaction est recommandé pour s'assurer que la variabilité intra-et inter-évaluateurs reste dans une plage acceptable^{216,217}.
- Cet outil doit être associé au meilleur jugement clinique lors de la prise de décisions concernant les protocoles, horaires de prise et dosages de médicaments appropriés.
- En raison de la nécessité d'un entretien clinique, la CIWA-Ar n'est pas adaptée en cas de barrière de la langue ou si le patient souffre d'un trouble cognitif, délire ou affiche un niveau de conscience diminué²¹⁸.

Annexe 10 Exemple de commande d'alcool contrôlé

(Adapté à partir de formulaires similaires de Vancouver Coastal Health et des Territoires du Nord-Ouest)

ALCOOL CONTRÔLÉ

Afin de programmer une livraison d'alcool pour un client, appelez le xxx-xxx-xxxx et télécopiez cette commande remplie au xxx-xxx-xxxx

Date : _____ Heure : _____

DOSAGE D'ALCOOL CONTRÔLÉ :

Veillez sélectionner le ou les types d'alcool et remplir les consignes de dosage (les éléments précédés de cases à cocher doivent être sélectionnés pour être commandés) :

Guide de dosage	
Type	Dose
Bière	341 mL à 355 mL = 1 canette (1 dose)
Vin	142 mL = 1 verre (1 dose)
<i>Ne dépassez PAS 18 doses en tout/24 heures</i>	

Veillez spécifier les quantités journalières totales à fournir (le personnel ne divisera pas les doses quotidiennes) :

_____ x canettes de bière (1 canette = 341 mL à 355 mL = 1 dose)

_____ x bouteilles de vin (une bouteille de 750 mL = 5,3 doses)

FOURNITURE :

Le client gère tout seul sa consommation avec une fourniture une fois par jour

Le personnel doit fournir _____ doses toutes les _____ h PRN avec un max. de _____ doses/24 h

DURÉE :

CONSIGNES DE SURVEILLANCE :

COMMENTAIRES :

Nom _____ Signature _____ Coordonnées _____

2S/LGBTQ+ : bispirituels, lesbiennes, gais, bisexuels, personnes trans, queers et autres personnes de genre et d'orientation sexuelle divers (consultez également les entrées du glossaire pour chaque terme respectif).

Acamprosate : un médicament utilisé pour le traitement du TUA. L'acamprosate réduit les symptômes de sevrage de l'alcool et gère les envies impérieuses en modifiant les réponses aux signaux cognitifs liés à l'alcool. On estime qu'il rétablit l'équilibre entre l'excitation induite par le glutamate et l'inhibition de l'activité neurale induite par le GABA, et qu'il réduit l'hyperexcitabilité neuronale générale.

Alcool illicite : voir alcool non destiné à la consommation.

Alcool non destiné

à la consommation : les liquides à teneur en alcool extrêmement élevée qui ne sont pas prévus pour être consommés par l'homme, comme l'alcool à friction, le bain de bouche, le vin de cuisine et l'eau de Cologne (également appelé alcool illicite).

Benzodiazépine : un type de dépresseur du SNC utilisé pour traiter les symptômes du sevrage de l'alcool.

Bisexuel : une personne qui peut être durablement attirée de manière physique, romantique et/ou émotionnelle par des personnes du même genre ou d'un autre genre. Les personnes peuvent ressentir cette attirance de différentes manières et à différents degrés tout au long de leur vie.

Bispirituel : un terme utilisé par certaines sociétés autochtones pour décrire des personnes ayant divers identités de genre, expressions de genre, rôles de genre et orientations sexuelles. Les personnes à double genre, ou « bispirituelles », ont été et sont considérées différemment dans les diverses communautés autochtones.^s

Carbamazépine : un médicament anticonvulsivant utilisé pour traiter les symptômes du sevrage de l'alcool.

^s Définition empruntée (et légèrement adaptée) à « Queer Terminology from A to Q (Terminologie queer de A à Q) » de Qmunity

Centres de dégrisement : des structures d'hébergement temporaires (< 24 heures) qui fournissent aux clients sous intoxication aiguë un environnement sûr et une surveillance par un personnel médical pendant qu'ils récupèrent d'un épisode de consommation excessive.

Clonidine : un agoniste alpha-2-adrénergique à action centrale qui peut supprimer les symptômes noradrénergiques persistants (p. ex., hypertension, tachycardie) associés au sevrage de l'alcool.

Consommation à

haut risque : une consommation d'alcool qui dépasse les limites quotidiennes ou hebdomadaires recommandées (au Canada, elles sont définies comme plus de 3 verres standard par jour ou 10 verres standard par semaine pour les femmes, et plus de 4 verres standard par jour ou 12 verres standard par semaine pour les hommes).

Consommation de survie : un mode de consommation de l'alcool dans lequel les activités quotidiennes tournent autour de l'obtention de quantités suffisantes d'alcool, parfois par des moyens criminels, afin d'éviter des symptômes de sevrage potentiellement mortels.

Continuum des

soins du TUA : un système de soins complet pour la gestion du TUA, conçu pour évaluer et répondre à l'évolution des besoins des personnes atteintes d'un TUA au niveau des différentes étapes, du dépistage et du diagnostic au traitement, à la réduction des méfaits et aux soins continus.

Delirium tremens : une manifestation grave et potentiellement mortelle du sevrage de l'alcool, caractérisée par l'apparition d'une confusion, d'une désorientation et/ou d'hallucinations sévères, accompagnées d'une hyperactivité autonome sévère.

Déterminants de la santé : le large éventail de facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui influencent la santé des individus et des populations.

Drogues illicites : substances dont la consommation n'est pas légale ou régulée.

Fournisseur de soins

de santé : peut faire référence aux médecins, infirmières praticiennes, infirmières autorisées, infirmières psychiatriques autorisées, infirmières auxiliaires autorisées et pharmaciens.

Gabapentine : un médicament anticonvulsivant utilisé pour traiter les symptômes du sevrage de l'alcool. C'est également une option de deuxième intention pour les soins continus du TUA.

Gai : l'adjectif utilisé pour décrire les personnes qui sont durablement attirées de manière physique, romantique et/ou émotionnelle par des personnes du même genre.

Gestion du

sevrage/désintoxication : un ensemble d'interventions pharmacologiques, psychosociales et de soins de soutien visant à gérer les symptômes de sevrage qui surviennent lorsqu'une personne atteinte d'un trouble de l'usage de substance arrête ou réduit de manière significative la consommation de cette substance.

Gestion financière : un service volontaire proposé dans certains programmes de gestion de l'alcool qui est conçu pour promouvoir la stabilité et l'indépendance financières des clients tout en garantissant la disponibilité des fonds pour le logement, la nourriture et d'autres besoins essentiels. Dans le contexte des PGA, afin de pouvoir bénéficier des services de gestion financière, le client doit autoriser le fournisseur de service à recevoir son revenu mensuel, à déduire les frais convenus pour les services du PGA et à distribuer les fonds restants par parties convenues en vue de soutenir une budgétisation durable pour les dépenses mensuelles.

Gestion médicale : la gestion médicale représente le counseling informel, non structuré et axé sur le plan médical fourni par le membre du personnel médical traitant en association avec un traitement pharmacologique. La gestion médicale inclut, sans s'y limiter, des vérifications de la santé et du bien-être, des soutiens et des conseils, l'évaluation de la motivation et l'identification des obstacles à modifier, la création d'un plan de traitement, la promotion de l'adhésion au traitement médicamenteux, l'optimisation du dosage, le soutien de l'adhésion au traitement et la prévention de la rechute, ainsi que l'orientation vers des services médicaux et sociaux appropriés.

Housing First : un modèle de logement permanent développé pour accueillir les personnes ayant simultanément des troubles de l'usage de substance et des problèmes de santé mentale qui subissent un sans-abrisme chronique. Ce modèle de logement peu restrictif n'impose pas de restrictions concernant la consommation de substance ou n'exige pas une participation à un traitement comme condition préalable à l'obtention d'un logement, mais il offre un

accès à des soins et des services de soutien psychosocial. Globalement, les modèles Housing First peuvent être répartis en deux catégories : logements sur plusieurs sites et logements sur un seul site (ou habitations collectives), ces derniers étant également nommés logements avec services de soutien (consultez également « Logement avec services de soutien » et « Logement sur plusieurs sites »).

Humilité culturelle : un processus d'autoréflexion lancé pour comprendre les préjugés personnels et systémiques ainsi qu'établir et entretenir des relations et processus respectueux basés sur une confiance mutuelle; elle nécessite de se considérer humblement comme un apprenant quand on essaie de comprendre l'expérience d'une autre personne.^t

Interventions de

traitement psychosociales : des traitements structurés et/ou suivant des directives fournis par un fournisseur de soins formé qui intègrent des principes de thérapie cognitivo-comportementale, de thérapie interpersonnelle, d'entretien motivationnel, de thérapie comportementale dialectique, d'organisation des contingences, de prévention structurée de la rechute, de rétroaction biologique, de counseling familial et/ou de groupe. Les interventions psychosociales peuvent inclure des approches culturellement spécifiques comme des guérisseurs traditionnels, l'implication d'Aînés et des cérémonies de guérison autochtones.

Lesbienne : une femme qui est attirée durablement de manière physique, romantique et/ou émotionnelle par les autres femmes. Certaines personnes qui correspondent à cette description préfèrent s'identifier comme étant gaies (adj.) ou des femmes gaies.^u

Logement avec

services de soutien : un modèle Housing First sur un seul site qui propose généralement aux clients un hébergement au sein d'une structure autonome avec des services de soutien sur place, comme la gestion de cas et les soins médicaux primaires.

t Définitions empruntées (et légèrement adaptées) à la Régie de la santé des Premières Nations.

u Définitions empruntées (et légèrement adaptées) au GLAAD Media Reference Guide (Guide de référence pour les médias de GLAAD)

Logement sur

plusieurs sites : un modèle Housing First dans lequel les clients se voient proposer des logements individuels au sein d'une communauté et fournir un accès à des services de soin et de soutien déjà présents au sein de cette communauté afin qu'ils puissent s'insérer dans la société en tant que membres d'une communauté.

Naltrexone : un médicament antagoniste des opiacés à longue durée d'action qui évite que les récepteurs soient activés par d'autres opioïdes. La naltrexone est utilisée pour traiter les troubles de l'usage de l'alcool et des opioïdes.

**Pair (comme dans pair
navigateur ou pair**

travailleur de soutien) : une personne qui partage une expérience vécue commune (p. ex., de consommation de substance) avec le client.

Personne trans : personne trans est un terme parapluie qui décrit un large éventail de personnes dont le genre et/ou l'expression de genre diffèrent de leur sexe assigné et/ou des attentes sociales et culturelles associées à leur sexe assigné.

**Personnes ayant une
expérience vécue**

ou actuelle : les personnes qui ont consommé des substances, mais qui ne consomment actuellement pas de substances sont appelées personnes ayant une expérience vécue, tandis que celles qui consomment actuellement des drogues sont appelées personnes ayant une expérience actuelle. Cette terminologie permet de mettre en avant le statut de ces groupes en tant que détenteurs de connaissance de première main et parties prenantes qui doivent être consultés pour les décisions liées aux soins en matière de consommation de substance.

Pratique sensible

au traumatisme : les soins de santé et autres services ancrés dans une compréhension du traumatisme qui intègrent les principes suivants : la prise en compte des traumatismes; la sécurité et la fiabilité; le choix, la collaboration et le lien; des approches fondées sur les points forts; et le renforcement des compétences. Les services sensibles au traumatisme accordent la priorité à la sécurité et à la responsabilisation, tout en évitant les approches conflictuelles.

**Prediction of Alcohol
Withdrawal Severity Scale
(PAWSS, Échelle de
prédiction du risque de**

sevrage d'alcool compliqué) : un outil prédictif appliqué par un membre du personnel médical et basé sur un score qui permet d'évaluer le risque de complications graves du sevrage.

Programme de gestion

de l'alcool (PGA) : une stratégie de réduction des méfaits appliquée pour diminuer les méfaits personnels et les effets sociaux néfastes d'un TUA grave, notamment tel que cela est vécu par les personnes sans-abris ou présentant des conditions de logement instables. En général, un PGA distribue de petites doses d'alcool aux clients à intervalles réguliers, afin de réguler la consommation d'alcool et de réduire la consommation non sécuritaire d'alcool non destiné à la consommation.^v

**Programmes de soutien
mutuel/de soutien par**

les pairs : soutien fourni par le biais d'un réseau de pairs via des réunions, des discussions ouvertes sur les expériences personnelles et les obstacles rencontrés pour demander de l'aide, du parrainage, des programmes en 12 étapes avec des pairs et d'autres outils de rétablissement. Les exemples incluent les Alcooliques anonymes, les Narcotiques anonymes, SMART Recovery et LifeRing Secular Recovery.

Programmes/services

basés sur le logement : les programmes et services communautaires qui sont fournis au sein de, ou associés à des, structures de logement ou refuges

Queer : un adjectif utilisé par certaines personnes dont la sexualité n'est pas hétérosexuelle. Autrefois considéré comme péjoratif, le terme queer a été récupéré par certaines personnes 2S/LGBTQ+ pour se décrire elles-mêmes; cependant, ce n'est pas un terme accepté universellement, même au sein de la communauté 2S/LGBTQ+.

^v Les programmes/services basés sur le logement sont appelés programmes/services « résidentiels » dans certains textes; cependant, à la lumière de l'histoire des pensionnats (« residential schools » en anglais) au Canada, qui ont été utilisés comme outil pour l'assimilation forcée et la colonisation des peuples autochtones, son utilisation a été évitée dans le présent document.

Rechute ou reprise de

la consommation : peut être définie différemment selon les personnes; cependant, une définition générale inclurait une réémergence, ou une augmentation de la gravité, de symptômes de trouble de l'alcool et/ou des méfaits liés à la consommation d'alcool après une période de stabilité.

Réduction des méfaits : les politiques et programmes qui cherchent à réduire les méfaits immédiats sociaux, économiques et sur la santé associés à la consommation de substances psychoactives, sans nécessairement exiger une diminution de la consommation de substance ou un objectif d'abstinence.

Rétablissement : un processus de changement grâce auquel les personnes améliorent leur santé et leur bien-être, vivent une vie autonome et s'emploient à déployer tout leur potentiel.^z

Sécurisation culturelle : un résultat grâce auquel les personnes se sentent en sécurité quand elles reçoivent des soins dans un environnement exempt de racisme et de discrimination. Elle résulte d'une mobilisation respectueuse qui cherche à remédier aux déséquilibres de pouvoir inhérents au système de santé.^y

Services « damp » : structures d'hébergement ou autres services qui acceptent les personnes ivres afin de s'assurer qu'elles ne se voient pas refuser l'accès aux services essentiels en raison de leur ivresse, mais qui n'autorisent pas d'alcool sur place.

Services « wet » : les structures d'hébergement ou autres services de soutien qui autorisent la consommation d'alcool sur place de manière à ce que les clients atteints d'un TUA puissent accéder au service sans risquer un sevrage de l'alcool.

Sevrage : les symptômes qui peuvent survenir lorsqu'une consommation de substance sur le long terme est réduite ou arrêtée; ces symptômes apparaissent s'il y a eu une tolérance à une substance et varient en fonction de la substance. Les symptômes de sevrage peuvent inclure des émotions négatives comme du stress, de l'anxiété ou de la dépression, ainsi que des effets physiques comme des nausées, des vomissements, des douleurs musculaires et des crampes, entre autres.

z Définition empruntée à « SAMHSA's Working Definition of Recovery: 10 Guiding Principles of Recovery » (Définition ad hoc du rétablissement par SAMHSA : 10 principes directeurs du rétablissement) de Substance Abuse and Mental Health Administration (Administration des États-Unis consacrée à l'abus de substance et la santé mentale)

- Soins axés sur le patient :** des soins qui prennent en compte les besoins, valeurs et préférences uniques de chaque patient et cherchent à impliquer et responsabiliser les patients en tant qu'experts de leurs propres soins, y compris en jouant le rôle d'agent principal pour la réduction des méfaits liés à la consommation de substance, la définition d'objectifs de traitement personnalisés réalistes et significatifs, et la sélection en collaboration des interventions ou options de traitement qui les aideront au mieux à atteindre leurs objectifs individuels.
- Soins continus du TUA :** une étape du continuum de soins au sein de laquelle les patients qui sont engagés dans des soins du TUA (ainsi que leurs familles, si elles sont impliquées dans les soins) se voient proposer un éventail de pharmacothérapies, d'interventions de traitement psychosociales, de services de réduction des méfaits et de services de soutien au rétablissement basés sur des données probantes actuelles, en fonction des besoins au fil du temps, afin de poursuivre leur évolution vers la réalisation de leurs objectifs sur le long terme.
- Soutiens psychosociaux :** les services de soutien social non thérapeutiques qui cherchent à améliorer la stabilité et la qualité de vie globales des personnes et/ou familles. Ils peuvent inclure des services communautaires, des services sociaux et familiaux, de l'hébergement temporaire et des logements subventionnés, des programmes d'aide au revenu, de la formation professionnelle, de l'éducation en dynamique de la vie et des services juridiques.
- Stabilisation :** la stabilisation est spécifique à chaque patient et dépend des circonstances et besoins de chaque patient ainsi que de la manière dont ils évoluent au fil du temps. Les diagnostics DSM-5, les comorbidités physiques et psychiatriques, ainsi que les déterminants de la santé sociaux (p. ex., pauvreté, sans-abrisme) des patients doivent être identifiés au départ et suivis au fil du temps. La stabilisation comprend une stabilisation clinique (p. ex., absence d'envies impérieuses, sommeil plus long et de meilleure qualité, ainsi que bien-être général) et une stabilisation psychosociale (p. ex., intégration dans de nouvelles activités, rétablissement des liens familiaux et obtention d'un logement sûr).

Stigmatisation : un ensemble d'attitudes et de croyances négatives qui poussent les gens à avoir peur et à discriminer d'autres personnes. La stigmatisation, qu'elle soit perçue ou réelle, nourrit souvent des mythes et des idées fausses, et peut influencer des choix. Elle peut avoir un impact sur les attitudes de recherche d'un traitement, les réactions de la famille et des amis, l'éducation et la sensibilisation à la santé comportementale, ainsi que la probabilité qu'une personne ne cherche pas ou ne reste pas dans un traitement.

Traumatisme

intergénérationnel : la transmission d'une oppression historique et d'un traumatisme non résolu des fournisseurs de soins aux enfants. Le terme peut également être utilisé pour décrire les effets émotionnels, adaptations et stratégies développées pour faire face quand une personne vit avec un survivant d'un traumatisme.

Traumatisme : le traumatisme peut être vu comme une expérience qui dépasse la capacité d'adaptation d'une personne. Le traumatisme peut provenir d'une série d'évènements ou d'un évènement important. Le traumatisme peut arriver tôt dans la vie (p. ex., violence envers les enfants, rupture de l'attachement, être témoin de violence sur d'autres personnes ou enfants délaissés) ou plus tard dans la vie (p. ex., accidents, guerre, perte inattendue, violence ou d'autres évènements de la vie hors de contrôle). Le traumatisme peut être dévastateur et peut nuire au sentiment de sécurité, à l'estime de soi et au sentiment d'efficacité personnelle d'un individu. Le traumatisme peut également avoir une influence sur la capacité d'une personne à réguler ses émotions et à gérer ses relations. Les personnes qui ont eu un traumatisme peuvent consommer des substances ou avoir d'autres comportements pour supporter des sentiments de honte, de terreur et d'impuissance.

Trouble de l'usage

de l'alcool : un problème de santé chronique récurrent/rémittent caractérisé par une consommation répétée d'alcool et d'autres drogues qui provoque une déficience clinique et fonctionnelle significative, aggrave les problèmes de santé et diminue le fonctionnement ainsi que la qualité de vie.

References

1. Government of Canada. Canadian Alcohol and Drugs Survey (CADS): summary of results for 2019. Ottawa, 2021. Available at: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canadian-alcohol-drugs-survey/2019-summary.html#a2>.
2. Paradis C, Butt P, Shield K, Poole N, Wells S, Naimi T, Sherk A, & the Low-Risk Alcohol Drinking Guidelines Scientific Expert Panels. Update of Canada's Low-Risk Alcohol Drinking Guidelines: Final Report for Public Consultation. Ottawa, Ont.: Canadian Centre on Substance Use and Addiction. 2022. Available at: <https://ccsa.ca/sites/default/files/2022-08/CCSA-LRDG-Update-of-Canada%27s-LRDG-Final-report-for-public-consultation-en.pdf>.
3. Statistics Canada. CANSIM – 82-624-X – Table 1 – Rates of selected mental or substance use disorders, lifetime and 12 month, Canada, household 15 and older, 2012. Published November 27, 2015. Available at: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2013001/article/tbl/tbl1-eng.htm>.
4. Fairgrieve C, Fairbairn N, Samet JH, Nolan S. Nontraditional Alcohol and Opioid Agonist Treatment Interventions. *Medical Clinics of North America*. 2018;102(4):683-696.
5. Ivsins A, Pauly B, Brown M, et al. On the outside looking in: Finding a place for managed alcohol programs in the harm reduction movement. *International Journal of Drug Policy*. 2019;67:58-62.
6. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*. 2014;384(9953):1529-1540.
7. Torchalla I, Strehlau V, Li K, Krausz M. Substance use and predictors of substance dependence in homeless women. *Drug Alcohol Depend*. 2011;118(2-3):173-179.
8. Rehm J, Baliunas D, Brochu S, et al. The Costs of Substance Abuse in Canada 2002. Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa ON. Available at: <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/ccsa-011332-2006.pdf>. (Accessed Nov 13 2015). In:2006.
9. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health - 2018 edition*. Geneva, Switzerland: WHO Press; September 21 2018.
10. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*. 2009;373(9682):2223-2233.
11. Public Health Agency of Canada. The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada 2015: Alcohol Consumption in Canada. Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada. Published January 3, 2016. Available at: <https://www.canada.ca/content/dam/canada/health-canada/migration/healthy-canadianspublications/departement-ministere/state-public-health-alcohol-2015-etat-sante-publique-alcool/alt/state-phacalcohol-2015-etat-aspc-alcool-eng.pdf>.
12. Shield KD, Kehoe T, Taylor B, Patra J, Rehm J. Alcohol-attributable burden of disease and injury in Canada, 2004. *Int J Public Health*. 2012;57(2):391-401.

13. Global Burden of Disease (GBD) Study 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2018;392(10152):1015-1035.
14. Canadian Substance Use Costs and Harms Scientific Working Group. Canadian substance use costs and harms 2015–2017. (Prepared by the Canadian Institute for Substance Use Research and the Canadian Centre on Substance Use and Addiction.) Ottawa, Ont.: Canadian Centre on Substance Use and Addiction. 2020. Available at: <https://csuch.ca/>.
15. Canadian Institute for Health Information. Health indicators interactive tool: Hospitalizations entirely caused by alcohol. [https://yourhealthsystem.cihi.ca/hsp/inbrief?lang=en#!/indicators/O61/hospitalizations-entirely-caused-byalcohol;/mapC1;mapLevel2;trend\(C1\);/](https://yourhealthsystem.cihi.ca/hsp/inbrief?lang=en#!/indicators/O61/hospitalizations-entirely-caused-byalcohol;/mapC1;mapLevel2;trend(C1);/). Published 2019. Accessed.
16. Canadian Institute for Health Information. *Alcohol Harm in Canada: Examining Hospitalizations Entirely Caused by Alcohol and Strategies to Reduce Alcohol Harm*. 2017. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/report-alcohol-hospitalizations-en-web.pdf>. Accessed April 6, 2020.
17. Crane CA, Godleski SA, Przybyla SM, Schlauch RC, Testa M. The Proximal Effects of Acute Alcohol Consumption on Male-to-Female Aggression: A Meta-Analytic Review of the Experimental Literature. *Trauma Violence & Abuse*. 2016;17(5):520-531.
18. Foran HM, O'Leary KD. Alcohol and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2008;28(7):1222-1234.
19. Willey H, Eastwood B, Gee IL, Marsden J. Is treatment for alcohol use disorder associated with reductions in criminal offending? A national data linkage cohort study in England. *Drug Alcohol Depend*. 2016.
20. Canadian Substance Use Costs and Harms Scientific Working Group, Canadian Institute for Substance Use Research, Canadian Centre on Substance Use and Addiction. *Canadian substance use costs and harms (2007–2014)*. Ottawa, Ontario 2018.
21. Jonas DE, Garbutt JC, Amick HR, et al. Behavioral counseling after screening for alcohol misuse in primary care: a systematic review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*. 2012;157(9):645-654.
22. Moyer VA. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Annals of internal medicine*. 2013;159(3):210-218.
23. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, et al. Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama*. 2018;320(18):1899-1909.
24. O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, et al. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol Alcohol*. 2014;49(1):66-78.
25. Harris SK, Louis-Jacques J, Knight JR. Screening and brief intervention for alcohol and other abuse. *Adolesc Med State Art Rev*. 2014;25(1):126-156.

26. Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*. 1993;88(3):315-335.
27. Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *J Gen Intern Med*. 1997;12(5):274-283.
28. M. K, L. W, L. B. Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: a review. 1995;152(6):851-859.
29. Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*. 2002;97(3):279-292.
30. Platt L, Melendez-Torres GJ, O'Donnell A, et al. How effective are brief interventions in reducing alcohol consumption: do the setting, practitioner group and content matter? Findings from a systematic review and metaregression analysis. *BMJ Open*. 2016;6(8):20.
31. Kaner EFS, Beyer FR, Muirhead C, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018(2).
32. Frost H, Campbell P, Maxwell M, et al. Effectiveness of Motivational Interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: A systematic review of reviews. *PLoS ONE [Electronic Resource]*. 2018;13(10):e0204890.
33. Vipond J, Mennenga HA. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment by Emergency Nurses: A Review of the Literature. *Journal of Emergency Nursing*. 2019;45(2):178-184.
34. Center for Substance Abuse Treatment (CSAT), Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Detoxification and Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 45. HHS Publication No. (SMA) 15-4131*. Rockville, MD2015.
35. Wood E, Albarqouni L, Tkachuk S, et al. Will this hospitalized patient develop severe alcohol withdrawal syndrome? The rational clinical examination systematic review. *JAMA*. 2018;320(8):825-833.
36. Maldonado JR, Sher Y, Ashouri JF, et al. The «Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale» (PAWSS): systematic literature review and pilot study of a new scale for the prediction of complicated alcohol withdrawal syndrome. *Alcohol*. 2014;48(4):375-390.
37. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assessment of alcohol withdrawal - the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-AR). *Brit J Addict*. 1989;84(11):1353-1357.
38. Jonas DE, Amick HR, Feltner C, et al. Pharmacotherapy for Adults With Alcohol Use Disorders in Outpatient Settings A Systematic Review and Meta-analysis. *Jama-Journal of the American Medical Association*. 2014;311(18):1889-1900.
39. Roesner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Lehert P, Vecchi S, Soyka M. Acamprosate for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(9).

40. Roesner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Vecchi S, Srisurapanont M, Soyka M. Opioid antagonists for alcohol dependence *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(12).
41. Mann K, Lehert P, Morgan M. The efficacy of acamprosate in the maintenance of abstinence in alcohol-dependent individuals: results from a meta-analysis *Alcohol Clin Exp Res*. 2004;28(1):51-63.
42. Blodgett JC, Del Re AC, Maisel NC, Finney JW. A meta-analysis of topiramate's effects for individuals with alcohol use disorders. *Alcohol Clin Exp Res*. 2014;38(6):1481-1488.
43. Furieri FA, Nakamura-Palacios EM. Gabapentin reduces alcohol consumption and craving: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(11):1691-1700.
44. Mason BJ, Light JM, Williams LD, Drobos DJ. Proof-of-concept human laboratory study for protracted abstinence in alcohol dependence: effects of gabapentin. *Addict Biol*. 2009;14(1):73-83.
45. Mason BJ, Quello S, Goodell V, Shadan F, Kyle M, Begovic A. Gabapentin Treatment for Alcohol Dependence A Randomized Clinical Trial. *Jama Internal Medicine*. 2014;174(1):70-77.
46. Smedslund G, Berg RC, Hammerstrom KT, et al. Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011(5).
47. Rollnick S, Miller W. What is motivational interviewing? *Behav Cogn Psychother*. 1995;23(04):325-334.
48. Pauly B., Stockwell T., Chow C., Gray E., Krysovaty B., Vallance, K. Zhao, J. & Perkin K. Towards alcohol harm reduction: Preliminary results from an evaluation of a Canadian managed alcohol program. Victoria, BC: Centre for Addictions Research of British Columbia. 2013. Available at: <https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/Towards%20Alcohol%20Harm%20Reduction.pdf>.
49. Marshall B, McGlynn E, King A. Sobering centers, emergency medical services, and emergency departments: A review of the literature. *Am J Emerg Med*. 2021;40:37-40.
50. Smith-Bernardin S. Changing the Care Environment for Acute Intoxication: Providing Intoxicated Adults With an Alternative to the Emergency Department and Jail. *J Stud Alcohol Drugs*. 2021;82(5):678-684.
51. Nielson E, Novotna G Berenyl R, Olson N. Harm Reduction Interventions for Chronic and Severe Alcohol Use Among Populations Experiencing Homelessness: A Literature Review. University of Regina. 2018. Available at: https://www.uregina.ca/arts/community-research/Research/FINAL%20Managed%20Alcohol%20Programs_Report%20September%202018_.pdf.
52. Watson DP, Shuman V, Kowalsky J, Golembiewski E, Brown M. Housing First and harm reduction: a rapid review and document analysis of the US and Canadian open-access literature. *Harm Reduct J*. 2017;14(1):30.
53. Brown L, Skulsh J, Morgan R, Kuehlke R, Graham B. Research into action? The Eastside Illicit Drinkers Group for Education's (EIDGE) experiences as a community-based group in Vancouver, Canada. *Drug & Alcohol Review*. 2018;37 Suppl 1:S156-S158.

54. Ungaro K. Non-beverage Alcohol Consumption & Harm Reduction Trends A Report for the Thunder Bay Drug Strategy. Thunder Bay Drug Strategy. 2017. Available at: <https://www.thunderbay.ca/en/city-hall/resources/Documents/ThunderBayDrugStrategy/Non-Beverage-Alcohol-and-Harm-Reduction.pdf>.
55. Grazioli VS, Hicks J, Kaese G, Lenert J, Collins SE. Safer-drinking strategies used by chronically homeless individuals with alcohol dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2015;54:63-68.
56. Ezard, N., Dolan, K., Baldry, E., Burns, L., Day, C., Hodge, S., Cubitt, T., Loesch, B., & Mackay, T. Feasibility of a Managed Alcohol Program (MAP) for Sydney's homeless. Canberra: Foundation for Alcohol Research and Education. 2015. Available at: <https://fare.org.au/wp-content/uploads/Feasibility-of-a-Managed-Alcohol-Program-for-Sydneys-homeless.pdf>.
57. Podymow T, Turnbull J, Coyle D, Yetisir E, Wells G. Shelter-based managed alcohol administration to chronically homeless people addicted to alcohol. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*. 2006;174(1):45-49.
58. Moos RH, Moos BS. Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. *Addiction*. 2006;101(2):212-222.
59. Alcohol Concern, Alcohol Research UK. *The hardest hit: Addressing the crisis in alcohol treatment services*. May 2018.
60. Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, et al. Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *Jama Psychiatry*. 2015;72(8):757-766.
61. Kouimtsidis C, Pauly B, Parkes T, Stockwell T, Baldacchino AM. COVID-19 Social Restrictions: An Opportunity to Re-visit the Concept of Harm Reduction in the Treatment of Alcohol Dependence. A Position Paper. *Front Psychiatry*. 2021;12:623649.
62. McVicar D, Moschion J, van Ours JC. From substance use to homelessness or vice versa? *Soc Sci Med*. 2015;136-137:89-98.
63. Pauly B, Brown M, Evans J, et al. «There is a Place»: impacts of managed alcohol programs for people experiencing severe alcohol dependence and homelessness. *Harm Reduction Journal*. 2019;16(1):70.
64. Pauly BB, Vallance K, Wettlaufer A, et al. Community managed alcohol programs in Canada: Overview of key dimensions and implementation. *Drug & Alcohol Review*. 2018;37 Suppl 1:S132-S139.
65. McCormack RP, Hoffman LF, Norman M, Goldfrank LR, Norman EM. Voices of homeless alcoholics who frequent Bellevue Hospital: a qualitative study. *Annals of Emergency Medicine*. 2015;65(2):178-186.e176.
66. Erickson RA, Stockwell T, Pauly BB, et al. How do people with homelessness and alcohol dependence cope when alcohol is unaffordable? A comparison of residents of Canadian managed alcohol programs and locally recruited controls. *Drug & Alcohol Review*. 2018;37 Suppl 1:S174-S183.
67. Pauly B, King V, Smith A, et al. Breaking the cycle of survival drinking: insights from a non-residential, peer-initiated and peer-run managed alcohol program. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2021;28(2):172-180.

68. Wettlaufer, A., Pauly, B., Brown, M., Chow, C., Vallance, K., Kauppi, C., Larocque, C., Stockwell, T., & Zhao, J. Towards alcohol harm reduction: Results from an evaluation of a Canadian Managed Alcohol Program. Victoria, BC: Canadian Institute for Substance Use Research. 2014. Available at: <https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/assets/docs/map-sudbury-report-exec-summary.pdf>.
69. Pauly BB, Gray E, Perkin K, et al. Finding safety: a pilot study of managed alcohol program participants' perceptions of housing and quality of life. *Harm Reduction Journal*. 2016;13(1):15.
70. Collins SE, Jones CB, Hoffmann G, et al. In their own words: Content analysis of pathways to recovery among individuals with the lived experience of homelessness and alcohol use disorders. *Int J Drug Policy*. 2016;27:89-96.
71. Collins SE, Grazioli VS, Torres NI, et al. Qualitatively and quantitatively evaluating harm-reduction goal setting among chronically homeless individuals with alcohol dependence. *Addictive Behaviors*. 2015;45:184-190.
72. Clifasefi SL, Collins SE, Torres NI, Grazioli VS, Mackelprang JL. Housing First, but What Comes Second? A Qualitative Study of Resident, Staff and Management Perspectives on Single-Site Housing First Program Enhancement. *J Community Psychol*. 2016;44(7):845-855.
73. Collins SE, Malone DK, Clifasefi SL. Housing retention in single-site housing first for chronically homeless individuals with severe alcohol problems. *Am J Public Health*. 2013;103 Suppl 2(Suppl 2):S269-274.
74. Clifasefi SL, Malone DK, Collins SE. Exposure to project-based Housing First is associated with reduced jail time and bookings. *Int J Drug Policy*. 2013;24(4):291-296.
75. Gaetz S, Scott F, Gulliver T (Eds.). *Housing First in Canada: Supporting Communities to End Homelessness*. Toronto: Canadian Homelessness Research Network Press. 2013. Available at: <https://yorkspace.library.yorku.ca/xmlui/handle/10315/29317>.
76. Gaetz S. Commentary: Harm reduction, managed alcohol programs and doing the right thing. *Drug & Alcohol Review*. 2018;37 Suppl 1:S195-S196.
77. Pauly B, Wallace B, Barber K. Turning a blind eye: implementation of harm reduction in a transitional programme setting. *Drugs: Education, Prevention & Policy*. 2018;25(1):21-30.
78. Pauly B. Harm reduction through a social justice lens. *Int J Drug Policy*. 2008;19(1):4-10.
79. Ongaro K. Non-beverage Alcohol Consumption and Harm Reduction Trends. Thunder Bay Drug Strategy. June 15, 2017. Available at: <https://www.thunderbay.ca/en/city-hall/resources/Documents/ThunderBayDrugStrategy/Non-Beverage-Alcohol-and-Harm-Reduction.pdf>.
80. Rehm J, Kanteres F, Lachenmeier DW. Unrecorded consumption, quality of alcohol and health consequences. *Drug Alcohol Rev*. 2010;29(4):426-436.
81. McKee M, Suzcs S, Sárváry A, et al. The composition of surrogate alcohols consumed in Russia. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005;29(10):1884-1888.

82. Lachenmeier DW, Monakhova YB, Markova M, Kuballa T, Rehm J. What happens if people start drinking mouthwash as surrogate alcohol? A quantitative risk assessment. *Food Chem Toxicol*. 2013;51:173-178.
83. Fairgrieve C, Fairbairn N, Samet JH, Nolan S. Nontraditional Alcohol and Opioid Agonist Treatment Interventions. *The Medical clinics of North America*. 2018;102(4):683-696.
84. Pauly BB, Vallance K, Wettlaufer A, et al. Community managed alcohol programs in Canada: Overview of key dimensions and implementation. *Drug and alcohol review*. 2018;37 Suppl 1:S132-s139.
85. Smith-Bernardin SM, Suen LW, Barr-Walker J, Cuervo IA, Handley MA. Scoping review of managed alcohol programs. *Harm Reduction Journal*. 2022;19(1):82.
86. Stockwell T, Pauly B, Chow C, Vallance K, Perkin K. Evaluation of a managed alcohol program in Vancouver, BC: Early findings and reflections on alcohol harm reduction. CARBC Bulletin #9, Victoria, British Columbia: University of Victoria. 2013. Available at: <https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/bulletin9-evaluation-managed-alcohol-program.pdf>.
87. Brooks HL, Kassam S, Salvalaggio G, Hyshka E. Implementing managed alcohol programs in hospital settings: A review of academic and grey literature. *Drug and alcohol review*. 2018;37(S1):S145-S155.
88. Pauly B, Stockwell T, Chow C, et al. *Towards alcohol harm reduction: preliminary results from an evaluation of a Canadian managed alcohol program*. Victoria, BC: Centre for Addictions Research of British Columbia;2013.
89. Stockwell T, Pauly BB, Chow C, et al. Does managing the consumption of people with severe alcohol dependence reduce harm? A comparison of participants in six Canadian managed alcohol programs with locally recruited controls. *Drug & Alcohol Review*. 2018;37 Suppl 1:S159-S166.
90. Muckle W, Muckle J, Welch V, Tugwell P. Managed alcohol as a harm reduction intervention for alcohol addiction in populations at high risk for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;12:CD006747.
91. Institut universitaire sur les dépendances. Plan d'implantation de services de consommation d'alcool supervisée à Montréal. 2020. Available at: <https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/sites/ciusscsmtl/files/media/document/Plan%20d%27implantation%20final%2031%20mars%20%281%29.pdf>.
92. Stockwell T, Gruenewald PJ, Toumbourou JW, Loxley W. Recommendations for New Directions in the Prevention of Risky Substance Use and Related Harms. In: Stockwell T, Gruenewald PJ, Toumbourou JW, Loxley W, eds. *Preventing harmful substance use: The evidence base for policy and practice*. New York, NY: John Wiley & Sons Ltd; 2005:443-464.
93. Podymow T, Turnbull J, Coyle D, Yetisir E, Wells G. Shelter-based managed alcohol administration to chronically homeless people addicted to alcohol. *Canadian Medical Association Journal*. 2006;174(1):45-49.
94. Vallance K, Stockwell T, Pauly B, et al. Do managed alcohol programs change patterns of alcohol consumption and reduce related harm? A pilot study. *Harm Reduction Journal*. 2016;13(1):13.
95. Stockwell T, Pauly BB, Chow C, et al. Does managing the consumption of people with severe alcohol dependence reduce harm? A comparison of participants in six Canadian managed alcohol programs with locally recruited controls. *Drug and alcohol review*. 2018;37 Suppl 1:S159-s166.

96. Stockwell T, Zhao J, Pauly B, et al. Trajectories of Alcohol Use and Related Harms for Managed Alcohol Program Participants over 12 Months Compared with Local Controls: A Quasi-Experimental Study. *Alcohol & Alcoholism*. 2021;09:09.
97. Zhao J, Stickwell T, Pauly B, Wettlaufer A, Chow C. Participation in Canadian Managed Alcohol Programs and associated probabilities of emergency room presentation, hospitalization and death: A retrospective cohort study. *Alcohol and Alcoholism*. 2021.
98. Evans J, Semogas D, Smalley JG, Lohfeld L. «This place has given me a reason to care»: Understanding ‘managed alcohol programs’ as enabling places in Canada. *Health & Place*. 2015;33:118-124.
99. Hammond K, Gagne L, Pauly B, Stockwell T. A Cost-benefit Analysis of a Canadian Managed Alcohol Program: A report prepared by the Centre for Addictions Research of British Columbia for the Kwae Kii Win Centre Managed Alcohol Program. February 2, 2016. Available at: <https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/assets/docs/report-a-cost-benefit-analysis-of-a-canadian-map.pdf>
100. Brooks HL, Kassam S, Salvalaggio G, Hyshka E. Implementing managed alcohol programs in hospital settings: A review of academic and grey literature. *Drug and alcohol review*. 2018;37(S1):S145-S155.
101. Pauly B, Brown M, Chow C, et al. “If I knew I could get that every hour instead of alcohol, I would take the cannabis”: need and feasibility of cannabis substitution implementation in Canadian managed alcohol programs. *Harm Reduction Journal*. 2021;18(1):65.
102. Lucas P, Walsh Z, Crosby K, et al. Substituting cannabis for prescription drugs, alcohol and other substances among medical cannabis patients: The impact of contextual factors. *Drug & Alcohol Review*. 2016;35(3):326-333.
103. Lucas P, Boyd S, Milloy MJ, Walsh Z. Reductions in alcohol use following medical cannabis initiation: results from a large cross-sectional survey of medical cannabis patients in Canada. *International Journal of Drug Policy*. 2020;86:102963.
104. Lucas P, Baron EP, Jikomes N. Medical cannabis patterns of use and substitution for opioids & other pharmaceutical drugs, alcohol, tobacco, and illicit substances; results from a cross-sectional survey of authorized patients. *Harm Reduction Journal*. 2019;16(1):9.
105. Lucas P, Walsh Z. Medical cannabis access, use, and substitution for prescription opioids and other substances: A survey of authorized medical cannabis patients. *Int J Drug Policy*. 2017;42:30-35.
106. Subbaraman MS, Metrik J, Patterson D, Swift R. Cannabis use during treatment for alcohol use disorders predicts alcohol treatment outcomes. *Addiction*. 2017;112(4):685-694.
107. Canadian Institute for Substance Use Research, BC Centre on Substance Use. Operational Guidance for Implementation of Managed Alcohol for Vulnerable Populations. 2020. Available at: www.bccsu.ca/alcohol-use-disorder.
108. Canadian Institute for Substance Use Research. Overview of Managed Alcohol Program (MAP) Sites in Canada. University of Victoria. Updated March 2020. Available at: <https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/assets/docs/resource-overview-of-MAP-sites-in-Canada.pdf>.

109. Giesbrecht N, Österberg E. Alcohol retailing in Canadian and Nordic contexts: Challenges and opportunities in balancing trade and prevention agendas. *Contemporary Drug Problems: An Interdisciplinary Quarterly*. 2012;39(1):107-145.
110. McMaster Health Forum. Rapid Synthesis: Determining the Features of Managed Alcohol Programs. McMaster University. February 11, 2019. <https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/product-documents/rapid-responses/determining-the-features-of-managed-alcohol-programs.pdf?sfvrsn=2>.
111. The Lighthouse Supported Living. Implement community alcohol reduction programs. Saskatoon <https://www.lighthousesaskatoon.org/services/housingplus/supportedliving/>.
112. George Spady Society. Place of Dignity. Edmonton. <http://www.gspady.org/place-of-dignity-pod/>.
113. Drug Users Resource Centre. Who we are. Vancouver: Drug Users Resource Centre. <http://www.durc.rocks/whatwedo>.
114. Station Street. Community managed alcohol program. Vancouver: PHS Community Services Society. <https://www.phs.ca/project/community-managed-alcohol-program/>.
115. CentralEasthealthline.ca. Annex Harm Reduction Program. Toronto. <https://www.centraleasthealthline.ca/displayservice.aspx?id=133555>.
116. Haight K. Environmental Scan:Subpopulation Housing Needs in Lethbridge. December 12, 2016. Available at: <https://homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/FINAL%2520-%2520Enviro%2520Scan%2520for%2520City%2520of%2520Lethbridge.pdf>.
117. Excell Society. Designated Assisted Living. <https://excelsociety.org/designated-assisted-living/>.
118. Trinity Place Foundation of Alberta. Peter Coyle Place. Calgary: Trinity Place Foundation of Alberta. <http://tpfa.ca/peter-coyle-place-2/>.
119. NiGiNan Housing Ventures. Welcome to Ambrose Place. Edmonton: NiGiNan Housing Ventures. <https://niginan.squarespace.com/welcome-to-ambrose-place/>.
120. Wesley. Special Care Unit. Hamilton. <https://wesley.ca/services/housinghomelessness/harold-e-ballard-special-care-unit/>.
121. A Place for Mom. Urban Manor Housing Society. Edmonton: A Place for mom. <https://www.assistedliving.com/alberta/edmonton/urban-manor-housing-society/>.
122. Shelter House. Kwae Kii Win Managed Alcohol Centre. Thunder Bay: Shelter House. <https://www.shelterhouse.on.ca/services/kwae-kii-win/>.
123. Pauly B, Graham B, Vallance K, Brown M, Stockwell T. Scale Up of Managed Alcohol Programs. *Cicur Bulletin #20*. Victoria BC: University of Victoria. 2020. Available at: <https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/assets/docs/bulletin-20-scale-up-of-maps.pdf>.

124. Vera S, McMaster M. ALCOHOL - RELATED EMERGENCY DEPARTMENT ATTENDANCE: PALMERSTON NORTH STUDY. *Emergency Nurse New Zealand*. 2013;17-17.
125. Chow C, Wettlaufer A, Zhao J, Stockwell T, Pauly BB, Vallance K. Counting the cold ones: A comparison of methods measuring total alcohol consumption of managed alcohol program participants. *Drug & Alcohol Review*. 2018;37 Suppl 1:S167-S173.
126. NorthWesthealthline.ca. Lake of The Woods District Hospital - Morningstar Centre - Managed Alcohol Program. <https://www.northwesthealthline.ca/display/service.aspx?id=173381> (
127. Ezard N, Cecilio M, Clifford B, et al. A managed alcohol program in Sydney, Australia: Acceptability, cost-savings and non-beverage alcohol use. . *Drug and Alcohol Review*. 2018;37:S184-S194.
128. Carver H, Parkes T, Browne T, Matheson C, Pauly B. Investigating the need for alcohol harm reduction and managed alcohol programs for people experiencing homelessness and alcohol use disorders in Scotland. *Drug & Alcohol Review*. 2021;40(2):220-230.
129. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Alcohol Management as Harm Reduction. 2016. Available at: <https://www.samhsa.gov/homelessness-programs-resources/hpr-resources/alcohol-management-harm-reduction>.
130. Center for Health Care Strategies (California). Alcohol Management Program Pilots: Homelessness and COVID-19: Innovation Snapshot. 2020. Available at: <https://www.chcf.org/wp-content/uploads/2020/07/HomelessnessCOVID19AlcoholManagementProgramPilots.pdf>.
131. Depaul Ireland. Depaul Ireland Sundial House review: 18 month review. 2010. Available at: <https://www.drugsandalcohol.ie/18223/>.
132. Raphael D. Chapter 1: Social Determinants of Health: Key Issues and Themes. In: Raphael D, ed. *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*. 3rd ed. Toronto, Ontario: Canadian Scholars' Press Inc.; 2016:3-31.
133. World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, Switzerland 2008.
134. Mikkonen J, Raphael D. *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*. Toronto, Ontario 2010.
135. Hankivsky O, Christoffersen A. Intersectionality and the determinants of health: a Canadian perspective. *Critical Public Health*. 2008;18(3):271-283.
136. Jones L, Bates G, McCoy E, Bellis MA. Relationship between alcohol-attributable disease and socioeconomic status, and the role of alcohol consumption in this relationship: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2015;15.
137. Gilbert PA, Zemore SE. Discrimination and drinking: A systematic review of the evidence. *Soc Sci Med*. 2016;161:178-194.

138. Barrio P, Gual A. Patient-centered care interventions for the management of alcohol use disorders: a systematic review of randomized controlled trials. *Patient Preference and Adherence*. 2016;10:1823-1845.
139. Institute of Medicine, Committee on Crossing the Quality Chasm. *Adaptation to Mental Health and Addictive Disorders. Improving the Quality of Health Care for Mental and Substance-Use Conditions*. Washington, DC2006.
140. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making--pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med*. 2012;366(9):780-781.
141. Friedrichs A, Spies M, Härter M, Buchholz A. Patient Preferences and Shared Decision Making in the Treatment of Substance Use Disorders: A Systematic Review of the Literature. *PLoS one*. 2016;11(1):e0145817-e0145817.
142. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000;51(7):1087-1110.
143. Swift JK, Callahan JL. The impact of client treatment preferences on outcome: a meta-analysis. *J Clin Psychol*. 2009;65(4):368-381.
144. Graff FS, Morgan TJ, Epstein EE, et al. Engagement and retention in outpatient alcoholism treatment for women. *The American journal on addictions*. 2009;18(4):277-288.
145. Hamann J, Langer B, Winkler V, et al. Shared decision making for in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;114(4):265-273.
146. Robinson SM. «Alcoholic» or «Person with alcohol use disorder»? Applying person-first diagnostic terminology in the clinical domain. *Substance Abuse*. 2017;38(1):9-14.
147. Cunningham JA, Sobell LC, Chow VMC. WHATS IN A LABEL - THE EFFECTS OF SUBSTANCE TYPES AND LABELS ON TREATMENT CONSIDERATIONS AND STIGMA. *Journal of Studies on Alcohol*. 1993;54(6):693-699.
148. Kelly JF, Westerhoff CM. Does it matter how we refer to individuals with substance-related conditions? A randomized study of two commonly used terms. *International Journal of Drug Policy*. 2010;21(3):202-207.
149. Luoma JB, Twohig MP, Waltz T, et al. An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addictive Behaviors*. 2007;32(7):1331-1346.
150. Schomerus G, Corrigan PW, Klauer T, Kuwert P, Freyberger HJ, Lucht M. Self-stigma in alcohol dependence: Consequences for drinking-refusal self-efficacy. *Drug and Alcohol Dependence*. 2011;114(1):12-17.
151. Glass JE, Mowbray OP, Link BG, Kristjansson SD, Buchholz KK. Alcohol stigma and persistence of alcohol and other psychiatric disorders: A modified labeling theory approach. *Drug and Alcohol Dependence*. 2013;133(2):685-692.
152. Public Health Agency of Canada. Communicating about Substance Use in Compassionate, Safe and Non-Stigmatizing Ways. January 2020. Available at: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/communicating-about-substance-use-compassionate-safe-non-stigmatizing-ways-2019.html>.

153. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Working Definition of Recovery*. Rockville, MD2012.
154. Mental Health Commission of Canada. *Guidelines for Recovery-Oriented Practice*. 2015.
155. BC Harm Reduction Strategies and Services. Respectful Language and Stigma: Regarding People Who Use Substances. In: *Toward the Heart*; 2017.
156. Grant BF, Saha TD, Ruan WJ, et al. Epidemiology of DSM-5 Drug Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(1):39-47.
157. Kingston REF, Marel C, Mills KL. A systematic review of the prevalence of comorbid mental health disorders in people presenting for substance use treatment in Australia. *Drug and alcohol review*. 2017;36(4):527-539.
158. Roberts NP, Roberts PA, Jones N, Bisson JI. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;4:Cd010204.
159. BC Centre of Excellence in Women's Health. *Trauma-Informed Practice Guide*. May 2013.
160. Marsh TN, Coholic D, Cote-Meek S, Najavits LM. Blending Aboriginal and Western healing methods to treat intergenerational trauma with substance use disorder in Aboriginal peoples who live in northeastern Ontario, Canada. *Harm Reduct J*. 2015;12:14.
161. Schmidt R, Poole N, Greaves L, Hemsing N, Centre of Excellence in Women's Health. *New Terrain: Tools to Integrate Trauma and Gender Informed Responses into Substance Use Practice and Policy*. Vancouver, BC2018.
162. Crabtree A, Latham N, Morgan R, Pauly B, Bungay V, Buxton JA. Perceived harms and harm reduction strategies among people who drink non-beverage alcohol: Community-based qualitative research in Vancouver, Canada. *International Journal of Drug Policy*. 2018;59:85-93.
163. Public Health Agency of Canada. *Trauma and violence-informed approaches to policy and practice*. February 2 2018.
164. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Center for Substance Abuse Treatment. *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57. HHS Publication No. (SMA) 13-4801*. Rockville, MD2014.
165. EQUIP Health Care, Research to Equip Health Care for Equity. *Trauma- and Violence-Informed Care (TVIC). A Tool for Health & Social Service Organizations and Providers*. March 14 2018.
166. Gilbert PA, Pass LE, Keuroghlian AS, Greenfield TK, Reisner SL. Alcohol research with transgender populations: A systematic review and recommendations to strengthen future studies. *Drug Alcohol Depend*. 2018;186:138-146.
167. Talley AE, Gilbert PA, Mitchell J, Goldbach J, Marshall BDL, Kaysen D. Addressing gaps on risk and resilience factors for alcohol use outcomes in sexual and gender minority populations. *Drug and alcohol review*. 2016;35(4):484-493.

168. Nathoo T, Poole N, Wolfson L, Schmidt R, Hemsing N, Gelb K. *Doorways to Conversation: Brief Intervention on Substance Use with Girls and Women*. Vancouver, BC June 2018.
169. Stone R. Pregnant women and substance use: fear, stigma, and barriers to care. *Health Justice*. 2015;3:2.
170. Flentje A, Heck NC, Sorensen JL. Characteristics of transgender individuals entering substance abuse treatment. *Addict Behav*. 2014;39(5):969-975.
171. Flentje A, Livingston NA, Roley J, Sorensen JL. Mental and Physical Health Needs of Lesbian, Gay, and Bisexual Clients in Substance Abuse Treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2015;58:78-83.
172. Hughto JMW, Quinn EK, Dunbar MS, Rose AJ, Shireman TI, Jasuja GK. Prevalence and Co-occurrence of Alcohol, Nicotine, and Other Substance Use Disorder Diagnoses Among US Transgender and Cisgender Adults. *JAMA Network Open*. 2021;4(2):e2036512-e2036512.
173. White Hughto JM, Pachankis JE, Willie TC, Reisner SL. Victimization and depressive symptomology in transgender adults: The mediating role of avoidant coping. *J Couns Psychol*. 2017;64(1):41-51.
174. Reisner SL, Pardo ST, Gamarel KE, White Hughto JM, Pardee DJ, Keo-Meier CL. Substance Use to Cope with Stigma in Healthcare Among U.S. Female-to-Male Trans Masculine Adults. *LGBT Health*. 2015;2(4):324-332.
175. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). A Provider's Introduction to Substance Abuse Treatment for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Individuals. In. Rockville, MD: SAMHSA; 2012.
176. US Department of Housing and Urban Development. Equal Access for Transgender People: Supporting Inclusive Housing and Shelters. Available at: <https://transequality.org/sites/default/files/docs/resources/Equal-Access-for-Transgender-People-Supporting-Inclusive-Housing-and-Shelters.pdf>.
177. Ohio Recovery Housing. Best Practices for LGBTQ+ Inclusion in Recovery Housing. Available at: https://www.opioidlibrary.org/wp-content/uploads/2020/07/OH_BestPRacticesLGBTQRedoveryHousing.pdf.
178. Trans Care BC PHSA. *Gender-affirming Care for Trans, Two-Spirit, and Gender Diverse Patients in BC: A Primary Care Toolkit*. September 2017.
179. Farahmand P, Arshed A, Bradley MV. Systemic Racism and Substance Use Disorders. *Psychiatric annals*. 2020;50(11):494-498.
180. Matsuzaka S, Knapp M. Anti-racism and substance use treatment: Addiction does not discriminate, but do we? *Journal of ethnicity in substance abuse*. 2020;19(4):567-593.
181. Glass JE, Williams EC, Oh H. Racial/ethnic discrimination and alcohol use disorder severity among United States adults. *Drug Alcohol Depend*. 2020;216:108203.
182. Gilbert PA, Zemore SE. Discrimination and drinking: A systematic review of the evidence. *Social Science & Medicine*. 2016;161:178-194.

183. Hassen N, Lofters A, Michael S, Mall A, Pinto AD, Rackal J. Implementing Anti-Racism Interventions in Healthcare Settings: A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(6):2993.
184. Bhatti-Sinclair K. *Anti-racist practice in social work*. Bloomsbury Publishing; 2011.
185. Matsuzaka S, Knapp M. 'Uncomfortable' is Not Enough: Integrating Anti-racism within Addiction Treatment. <https://www.basisonline.org/2020/06/integrating-antiracism-addiction-treatment.html>. Published 202. Accessed.
186. Forman RF, Nagy PD, Center for Substance Abuse T, Bookshelf N. *Substance abuse: clinical issues in intensive outpatient treatment*. Vol no. BKD 551.;47;no. BKD 551;47.;no. (SMA) 06-4182.;no. (SMA) 06-4182.; Rockville, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 2006.
187. King M, Smith A, Gracey M. Indigenous health part 2: the underlying causes of the health gap. *Lancet*. 2009;374(9683):76-85.
188. Rowan M, Poole N, Shea B, et al. Cultural interventions to treat addictions in Indigenous populations: findings from a scoping study. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2014;9:34.
189. Thomas LR, Donovan DM, Sigo RL, Austin L, Marlatt GA, Suquamish Tribe. The Community Pulling Together: A Tribal Community-University Partnership Project to Reduce Substance Abuse and Promote Good Health in a Reservation Tribal Community. *J Ethn Subst Abuse*. 2009;8(3):283-300.
190. Marsh TN, Marsh DC, Ozawagosh J, Ozawagosh F. The Sweat Lodge Ceremony: A Healing Intervention for Intergenerational Trauma and Substance Use. *Int Indig Policy J*. 2018;9(2).
191. Truth and Reconciliation Commission of Canada. *Truth and Reconciliation Commission of Canada: Calls to Action*. Winnipeg, MB2015.
192. Provincial Health Services Authority. *Dancing in Both Worlds: a Review of the Aboriginal Patient Liaison/Navigation Program in British Columbia*. 2015.
193. Aboriginal Health VCH. *Aboriginal Cultural Practices: A Guide For Physicians and Allied Health Care Professionals Working at Vancouver Coastal Health*.
194. Canadian Aboriginal AIDS Network and Interagency Coalition on AIDS and Development. *Indigenous Harm Reduction = Reducing the Harms of Colonialism*. 2019.
195. The Canadian Institutes of Substance Use Research Research, Alberta Health Services, Ambrose Place. Come and sit and be at home: A report based on sharing circles with residents and staff from Ambrose Place. 2018. Available at: <https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/assets/docs/report-cmaps-ambrose-place.pdf>.
196. First Nations Health Authority. *Fact Sheet: Indigenous Harm Reduction Principles and Practices*.

197. Kisely S, Asbridge M, Connor J, White A, Pais J, Lin E. Using administrative health data for the surveillance of interventions for alcohol-related harm among young people. *Canadian Medical Association Journal*. 2012;184(1):49-53.
198. Canadian HIV/AIDS Legal Network. «Nothing About Us Without Us»—Greater, Meaningful Involvement of People Who Use Illegal Drugs: A Public Health, Ethical, and Human Rights Imperative. Toronto, ON2005.
199. Centre for Addictions Research of BC. From One Alley to Another: Practice Guidelines to Better Include People who Use Drugs at your Decision-making Tables. University of Victoria; 2016. Available at: <https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/assets/docs/bulletin-14-from-one-ally-to-another.pdf>.
200. Wettlaufer, A., Pauly, B., Brown, M., Chow, C., Vallance, K., Kauppi, C., Larocque, C., Stockwell, T., & Zhao, J. Towards alcohol harm reduction: Results from an evaluation of a Canadian Managed Alcohol Program. Victoria, BC: Canadian Institute for Substance Use Research. 2017.
201. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders J, Monteiro M. *The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition*. Geneva, Switzerland2001.
202. Maisto SA, McKay JR, Tiffany, ST. Diagnosis. In: Allen JP, Columbus M, eds. *Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers*. 2nd ed. Bethesda, MD: NIH; 2003: 55-74. NIH Publication No. 03-3745.
203. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assessment of alcohol withdrawal - the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *Br J Addict*. 1989;84(11):1353-1357.
204. Lee CS, Rosales R, Stein MD, et al. Brief Report: Low-Barrier Buprenorphine Initiation Predicts Treatment Retention Among Latinx and Non-Latinx Primary Care Patients. *The American journal on addictions*. 2019;28(5):409-412.
205. Winograd RP, Wood CA, Stringfellow EJ, et al. Implementation and evaluation of Missouri's Medication First treatment approach for opioid use disorder in publicly-funded substance use treatment programs. *J Subst Abuse Treat*. 2020;108:55-64.
206. Jakubowski A, Fox A. Defining Low-threshold Buprenorphine Treatment. *J Addict Med*. 2019.
207. Bush K, Kivlahan DR, McDonnell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Archives of internal medicine*. 1998;158(16):1789-1795.
208. Stockwell T, Murphy D, Hodgson R. The Severity of Alcohol Dependence Questionnaire: Its Use, Reliability and Validity. *Br J Addict*. 1983;78(2):145-55.
209. Jones AW. Evidence-based survey of the elimination rates of ethanol from blood with applications in forensic casework. *Forensic Science International*. 2010;200(1-3):1-20.
210. Cowan JM, Burris JM, Hughes JR, Cunningham MP. The Relationship of Normal Body Temperature, End-Expired Breath Temperature, and BAC/BrAC Ratio in 98 Physically Fit Human Test Subjects. *Journal of Analytical Toxicology*. 2010;34(5):238-242.

211. Jones AW, Andersson L. Comparison of ethanol concentrations in venous blood and end-expired breath during a controlled drinking study. *Forensic Science International*. 2003;132(1):18-25.
212. Muncie HL, Yasinian Y, Oge' L. Outpatient management of alcohol withdrawal syndrome. *Am Fam Physician*. 2013;88(9):589-595.
213. McMicken D, Liss JL. Alcohol-Related Seizures. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2011;29(1):117-124.
214. Vaaramo K, Puljula J, Tetri S, Juvela S, Hillbom M. Predictors of new-onset seizures: a 10-year follow-up of head trauma subjects with and without traumatic brain injury. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2014;85(6):598-602.
215. Awissi DK, Lebrun G, Coursin DB, Riker RR, Skrobik Y. Alcohol withdrawal and delirium tremens in the critically ill: a systematic review and commentary. *Intensive Care Med*. 2013;39(1):16-30.
216. Eloma AS, Tucciarone JM, Hayes EM, Bronson BD. Evaluation of the appropriate use of a CIWA-Ar alcohol withdrawal protocol in the general hospital setting. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2018;44(4):418-425.
217. Waye C, Wong M, Lee S. Implementation of a CIWA-Ar alcohol withdrawal protocol in a veterans hospital. *Southern Medical Journal*. 2015;108(1):23-28.
218. Knight E, Lappalainen L. Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised might be an unreliable tool in the management of alcohol withdrawal. *Can Fam Physician*. 2017;63(9):691-695.

