

Drogues, santé et société

Précarité et usage d'opioïdes : revue narrative sur l'approche à bas seuil d'exigence

Precarity and opioid use: a narrative review on the low threshold approach

Precariedad y consumo de opioides: revisión narrativa de un enfoque de bajo umbral de exigencia

Vincent Wagner, Yan Ferguson, Karine Hudon, Marie-Ève Goyer et Jorge Flores-Aranda



Volume 19, numéro 1-2, décembre 2021

Usages d'opioïdes et réduction des méfaits : pratiques et traitements courants

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1085169ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1085169ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Drogues, santé et société

ISSN

1703-8839 (imprimé)

1703-8847 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Wagner, V., Ferguson, Y., Hudon, K., Goyer, M.-È. & Flores-Aranda, J. (2021). Précarité et usage d'opioïdes : revue narrative sur l'approche à bas seuil d'exigence. *Drogues, santé et société*, 19(1-2), 66–102. <https://doi.org/10.7202/1085169ar>

Résumé de l'article

Introduction : Les personnes en situation de précarité et présentant un usage d'opioïdes sont confrontées à de nombreuses barrières à l'accès et à la rétention en soin. Des services dits à bas seuil d'exigence visant à réduire lesdites barrières ont été implantés. Néanmoins, il existe une grande variation dans la définition de ces services. Cet article souhaite identifier les caractéristiques essentielles de l'approche à bas seuil d'exigence pour les personnes en situation de précarité et faisant usage d'opioïdes.

Méthodologie : Une revue narrative de la littérature a été réalisée en focalisant la collecte et l'analyse des données sur trois axes : (1) la philosophie d'intervention sous-tendant l'approche ; (2) l'offre de soins et de services ; (3) l'organisation de cette offre. Nous avons retenu 47 articles scientifiques pour analyse.

Résultats : L'analyse portant sur la philosophie d'intervention souligne plusieurs constats relatifs à la vision de la personne et du cadre de soin dans l'approche à bas seuil d'exigence. Le second axe d'analyse s'intéresse à la largeur de l'offre de service à proposer pour répondre à l'intégralité des besoins et objectifs des personnes. Celle-ci contiendra des ressources de première ligne et des ressources spécialisées. Le troisième axe met en lumière les considérations reliées à l'organisation de cette offre. Nous évoquons tout d'abord la composition et le fonctionnement des équipes, l'intégration des ressources dans un continuum où la collaboration, la mobilité et le processus de référence sont essentiels, avant de pointer le rôle du cadre de soin et des règles d'utilisation des ressources.

Conclusion : Cette recension souligne les éléments clés de l'approche à bas seuil d'exigence et suggère d'étendre ces caractéristiques fondamentales à l'intégralité des services de santé et sociaux. Cela contribuera à la bonification de l'accessibilité des programmes, notamment pour les personnes présentant un usage de substances psychoactives et des problématiques connexes.



**DROGUES,
SANTÉ ET
SOCIÉTÉ**

Résultats de recherche

Précarité et usage d'opioïdes : revue narrative sur l'approche à bas seuil d'exigence

Vincent Wagner, Ph. D, chercheur en établissement, Institut universitaire sur les dépendances

Yan Ferguson, M. Sc, professionnel de recherche, Institut universitaire sur les dépendances

Karine Hudon, B.A., chargée de projet, Institut universitaire sur les dépendances

Marie-Ève Goyer, MD, M. Sc, professeure adjointe de clinique,
département de médecine familiale et médecine d'urgence, Université de Montréal

Jorge Flores-Aranda, Ph. D, professeur, École de travail social,
Université du Québec à Montréal

Correspondance

Vincent Wagner

Institut universitaire sur les dépendances

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du

Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

950, rue Louvain Est, Montréal, QC – H2M 2E8

vincent.wagner.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca

Résumé

Introduction : Les personnes en situation de précarité et présentant un usage d'opioïdes sont confrontées à de nombreuses barrières à l'accès et à la rétention en soin. Des services dits à bas seuil d'exigence visant à réduire lesdites barrières ont été implantés. Néanmoins, il existe une grande variation dans la définition de ces services. Cet article souhaite identifier les caractéristiques essentielles de l'approche à bas seuil d'exigence pour les personnes en situation de précarité et faisant usage d'opioïdes.

Méthodologie : Une revue narrative de la littérature a été réalisée en focalisant la collecte et l'analyse des données sur trois axes : (1) la philosophie d'intervention sous-tendant l'approche ; (2) l'offre de soins et de services ; (3) l'organisation de cette offre. Nous avons retenu 47 articles scientifiques pour analyse.

Résultats : L'analyse portant sur la philosophie d'intervention souligne plusieurs constats relatifs à la vision de la personne et du cadre de soin dans l'approche à bas seuil d'exigence. Le second axe d'analyse s'intéresse à la largeur de l'offre de service à proposer pour répondre à l'intégralité des besoins et objectifs des personnes. Celle-ci contiendra des ressources de première ligne et des ressources spécialisées. Le troisième axe met en lumière les considérations reliées à l'organisation de cette offre. Nous évoquons tout d'abord la composition et le fonctionnement des équipes, l'intégration des ressources dans un continuum où la collaboration, la mobilité et le processus de référence sont essentiels, avant de pointer le rôle du cadre de soin et des règles d'utilisation des ressources.

Conclusion : Cette recension souligne les éléments clés de l'approche à bas seuil d'exigence et suggère d'étendre ces caractéristiques fondamentales à l'intégralité des services de santé et sociaux. Cela contribuera à la bonification de l'accessibilité des programmes, notamment pour les personnes présentant un usage de substances psychoactives et des problématiques connexes.

Mots-clés : bas seuil d'exigence, utilisation d'opioïdes, précarité, besoins complexes, accessibilité des services, organisation des soins

Precarity and opioid use: a narrative review on the low threshold approach

Abstract

Introduction: People in situation of precariousness and using opioids face several barriers to health and social care services. Low threshold resources aiming to reduce these barriers were created. However, there is some discrepancy when describing their goals and definition. This article seeks to identify core characteristics of low threshold services targeting people in situation of precariousness and using opioids.

Methods: We conducted a narrative literature review, following three themes: (1) the philosophy of intervention underlying the low threshold approach; (2) the specific services and interventions that need to be offered; (3) services organization and management of these resources. We included 47 articles for analysis.

Results: The analysis related to the philosophy of intervention highlighted several observations regarding the utmost consideration given to the person and the overall care and support environment. The second theme described the diversity of interventions to offer in order to answer appropriately to these persons needs and objectives, involving for instance primary care and specialized resources. The last topic emphasized considerations regarding the organization and management of these services. For example, we described the stakeholders' teams composition and functioning, the resources and services integration in a continuum where collaboration, mobility and the reference processes are crucial. We also noted the importance of both care and support environments and services' internal regulations.

Conclusion: This review highlighted key elements defining the low threshold approach. We also suggested that these core characteristics could be useful when considering every health and social services. This would contribute to the overall accessibility and quality of resources targeting people using psychoactive substances and associated issues.

Keywords: low threshold, opioid use, precariousness, complex needs, services accessibility, healthcare management

Precariedad y consumo de opioides: revisión narrativa de un enfoque de bajo umbral de exigencia

Resumen

Introducción: Las personas que se encuentran en situación de precariedad y que consumen opioides deben afrontar numerosas barreras para lograr el acceso y la retención de la atención sanitaria. Para reducir estas barreras, se han implantado los llamados servicios de bajo umbral de exigencia. Sin embargo, existe una gran variedad en lo que hace a la definición de estos servicios. En este artículo se trata de identificar las características esenciales del enfoque de bajo umbral de exigencia para las personas en situación de precariedad que consumen opioides.

Metodología: Se ha llevado a cabo una revisión narrativa de la literatura, centrando la atención en la colecta y el análisis de los datos sobre tres ejes: 1) la filosofía de intervención subyacente al enfoque; 2) la oferta de atención y servicios; 3) la organización de dicha oferta. Se han retenido 47 artículos científicos para el análisis.

Resultados: El análisis de la filosofía de intervención destaca numerosas constataciones relativas a la visión de la persona y del marco de atención en el enfoque de bajo umbral de exigencia. El segundo eje del análisis presenta la amplia oferta de servicio que se propone para responder a la integralidad de las necesidades y objetivos de las personas. Esta oferta contendrá recursos de primera línea y especializados. El tercer eje destaca las consideraciones relacionadas con la organización de dicha oferta. Evocamos en primer lugar la composición y el funcionamiento de los equipos, la integración de los recursos en un continuo en el cual la colaboración, la movilidad y el proceso de referencia son esenciales, antes de apuntar hacia el papel que juegan el marco de atención y las reglas de utilización de los recursos.

Conclusión: Esta reseña subraya los elementos clave del enfoque de bajo umbral de exigencia y sugiere el interés de ampliar estas características fundamentales a la integralidad de los servicios de salud y sociales. Se contribuirá así a la bonificación del acceso a los programas, principalmente para las personas que consumen de sustancias psicoactivas y presentan problemáticas conexas.

Palabras clave: bajo umbral de exigencia, consumo de opioides, precariedad, necesidades complejas, acceso a los servicios, organización de la atención

Introduction

Accéder à des soins de qualité est essentiel pour promouvoir l'équité en santé (Organisation mondiale de la santé, 2009a). Le manque d'accessibilité représente un enjeu affectant négativement la santé des populations les plus marginalisées (Hyppolite et al., 2019). Parmi celles touchées par ces inégalités d'accès, nous retrouvons les Premières Nations, les personnes issues de la communauté LGBTQ2S+, les personnes immigrées et réfugiées, les personnes faisant partie d'une minorité ethnique, en situation d'itinérance, celles vivant avec des problèmes de santé mentale, ou encore celles qui utilisent des drogues par injection (UDI) (Santé Canada, 2001). Les inégalités d'accès aux services de santé vécues par ces groupes sont modulées par des barrières géographiques, économiques, organisationnelles, socioculturelles et relationnelles (Hyppolite et al., 2019).

Dans le contexte de la crise liée aux surdoses d'opioïdes, les personnes consommant des opioïdes, et notamment celles présentant un trouble lié à cet usage, représentent une population pour qui il est important de favoriser l'accès aux services, notamment en raison des risques importants auxquels ces dernières sont exposées (décès, surdoses, violences, criminalité, infections transmissibles sexuellement et par le sang, etc.). La consommation d'opioïdes aurait été responsable de 4460 décès au Canada en 2018, soit 11,8 décès pour 100 000 habitants (Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes, 2020). Au Québec, sur la même année, le nombre de décès apparemment liés à cette consommation était de 424 (Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes, 2020). Bien que ce nombre demeure moins important que celui dans d'autres provinces canadiennes, nous observons une augmentation de 26,8 % du nombre moyen de décès attribuables à la consommation d'opioïdes entre les années 2010 et 2014 (Shemilt et al., 2017).

Il reste toutefois difficile de dresser un portrait des personnes consommant des opioïdes, notamment en raison de la variété des profils existants et de l'absence de données fiables. Les données disponibles suggèrent néanmoins que la consommation d'opioïdes est particulièrement prévalente chez les personnes UDI (Leclerc et al., 2019). A fortiori, celles-ci présentent souvent des facteurs de vulnérabilité psychosociale, dont l'instabilité résidentielle, qui les rendent davantage à risque de vivre des méfaits liés à cette consommation (Brisson, 2011 ; Leclerc et al., 2019 ; Poliquin, 2017).

Le traitement pharmacologique par agonistes opioïdes (TAO), avec interventions psychosociales complémentaires, représente une option de choix pour les personnes développant un trouble de l'utilisation des opioïdes (Organisation mondiale de la santé, 2009b ; Taha et al., 2018). Ce traitement a un effet positif contre les méfaits psychosociaux et sur la santé associés à la consommation (Clausen et al., 2008 ; Gowing et al., 2011 ; Kerr et al., 2005 ; Langendam et al., 2001), tout en participant à la réduction du fardeau sanitaire et socioéconomique (Bansback et al., 2018 ; Health Canada, 2002). Néanmoins, l'accessibilité de ce traitement reste à améliorer, notamment au Québec (Champagne et al., 2018 ; Ministère de la Santé et des Services sociaux, s. d.), et pour les personnes en situation de précarité (Gryczynski et al., 2014 ; Kourounis et al., 2016 ; Poliquin et al., 2018 ; Strike et al., 2013).

Afin de réduire les barrières d'accès au TAO rencontrées par les personnes en situation de précarité, des modèles à bas seuil d'exigence ont été développés durant les années 1980 (Strike et al., 2013). Ces derniers ont obtenu des résultats intéressants en matière de rétention des usagers dans les services et de diminution des méfaits reliés à la consommation d'opioïdes (Millson et al., 2007 ; Strike et al., 2013). Le terme de bas seuil d'exigence fait souvent référence à la réduction du nombre et de l'intensité de l'impact des barrières représentées par les critères d'accès et de rétention dans les services (Edland-Gryt et Skatvedt, 2013 ; Islam, Topp, Conigrave et Day, 2013 ; Strike et al., 2013). Néanmoins, l'organisation concrète de ce type de programme n'est pas uniforme, et ce terme est utilisé pour désigner une large gamme de services (Dassieu, 2013 ; Islam, Topp, Conigrave et Day, 2013 ; Strike et al., 2013).

Dans ce contexte, notre objectif a été d'entreprendre un examen critique de la littérature scientifique pour mieux saisir les caractéristiques communes des services à bas seuil d'exigence permettant de rejoindre les personnes en situation de précarité, et plus particulièrement les personnes consommant des opioïdes. Les résultats de cette démarche contribueront à améliorer l'accessibilité, la capacité de rétention et la qualité des services, en plus de soutenir le développement de nouveaux programmes pour les personnes en situation de précarité et consommant des opioïdes. Pour soutenir cette démarche, nous avons réalisé une recension narrative de la littérature répondant à la question suivante : « Quelles sont les caractéristiques des programmes à bas seuil d'exigence permettant de rejoindre les personnes en situation de précarité et en particulier celles présentant une consommation d'opioïdes ? »

Méthodologie

Pour orienter notre démarche et mieux saisir les différentes facettes d'un programme à bas seuil d'exigence, la question de recherche a été déclinée en trois sous-questions :

- Quelles sont les philosophies d'intervention favorisant la prestation de services à bas seuil d'exigence visant les personnes en situation de précarité, et en particulier celles consommant des opioïdes ?
- Quels types de services sont offerts dans le cadre de programmes à bas seuil d'exigence destinés aux personnes en situation de précarité, et en particulier à celles consommant des opioïdes ?
- Comment sont organisés les services à bas seuil d'exigence destinés aux personnes en situation de précarité, et plus particulièrement à celles consommant des opioïdes, et par qui sont-ils offerts ?

Stratégie de recherche

L'équipe de recherche a bénéficié de l'appui d'une personne-ressource avec une expertise en recherche documentaire pour élaborer la stratégie de recherche au sein de la littérature scientifique. Son assistance a notamment porté sur le choix des bases de données, la

détermination et la combinaison des termes de recherche. Nous avons ainsi interrogé six bases de données en santé et sciences humaines et sociales : *Medline*, *Cinahl Plus*, *PubMed*, *Embase*, *Érudit*, *CAIRN*. Différentes combinaisons de termes de recherche ont été employées, en relation avec les trois sous-questions présentées ci-haut, en mettant l'accent sur les types de service et les clientèles cibles. Nous avons initialement considéré ces termes en anglais, puis leurs équivalents en français. Le tableau 1 propose un résumé thématique des termes considérés.

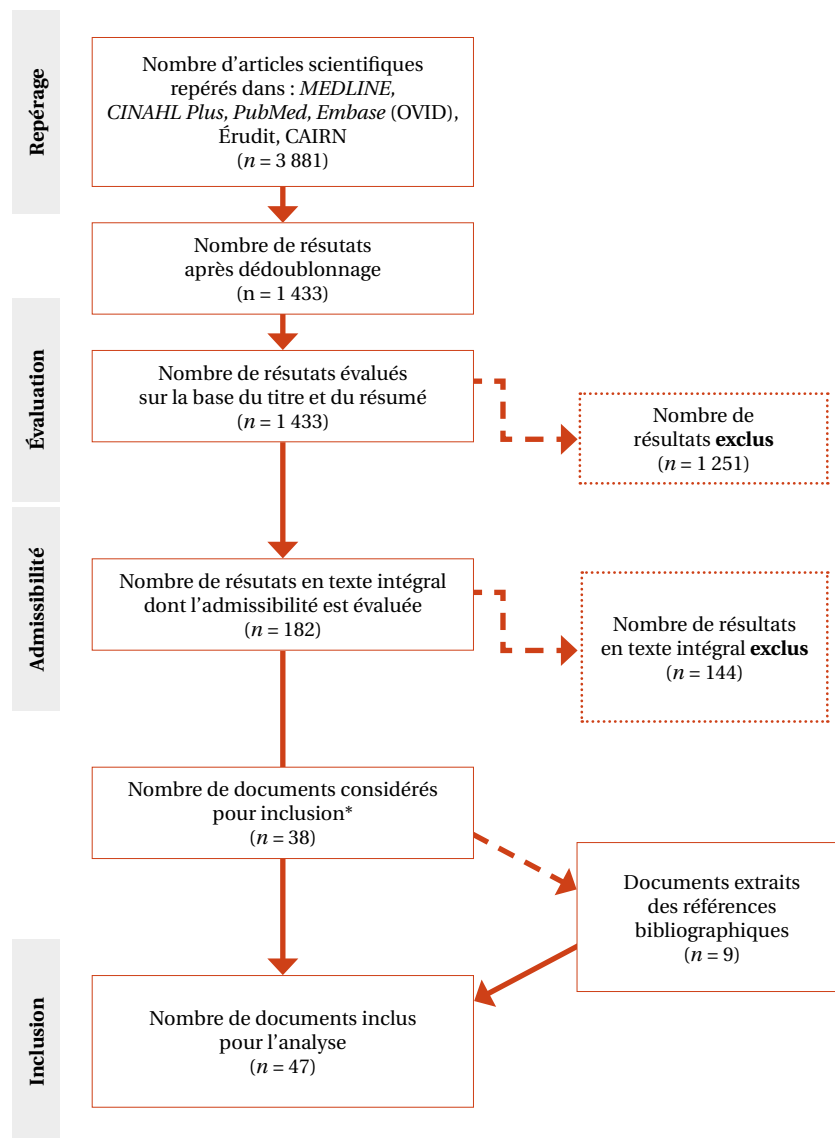
TABLEAU 1 – Présentation thématique des termes de recherche

Critères d'inclusion		
DIMENSIONS CONSIDÉRÉES	EXEMPLES DE TERMES EN ANGLAIS	EXEMPLES DE TERMES EN FRANÇAIS
Types de services et niveau d'accessibilité / seuil d'accès	Low-threshold, low barrier, community-based, outreach, service, care, treatment, intervention, program, mobile, etc.	Bas seuil d'exigence, exigences peu élevées, communautaire, de proximité, service, soin, traitement, intervention, programme, mobile, etc.
Clientèle	Hard to reach, marginalized, disadvantaged, underprivileged, unaffiliated, precarious, unstable, excluded, unreachable, substance use, substance, drug, use, misuse, abuse, addiction, injection, etc.	Difficile à rejoindre, marginalisée, défavorisée, désaffiliée, précaire, exclue, substances, drogues, usage, mésusage, abus, addiction, injection, etc.

Note. Compte tenu de la variation dans les règles de syntaxe en vigueur au sein des différentes bases de données scientifiques explorées, nous ne présentons pas la totalité des troncatures et déclinaisons qui ont dû être considérées pour chacun des termes de recherche.

Les références identifiées à ce stade ont permis de constituer une première base de données. Les doublons ont ensuite été supprimés. Plusieurs critères d'inclusion ont été appliqués pour sélectionner les documents à intégrer dans le corpus final : (i) des articles publiés dans des revues scientifiques avec comité de relecture; (ii) rédigés en langue anglaise ou française; (iii) avec une date de publication comprise entre les années 2000 et 2019, afin de repérer un maximum d'études sur les initiatives à bas seuil d'exigence; (iv) traitant de thématiques en lien avec l'offre de service à bas seuil d'exigence ciblant les personnes en situation de précarité et consommant des opioïdes (TAO), services en dépendance et réduction des méfaits reliée à l'usage de substances psychoactives, en santé mentale, soins liés au VIH et au VHC, ou accompagnement des personnes en situation d'itinérance); (v) avec un devis expérimental, quasi expérimental, ou rapportant une étude de cohorte observationnelle ou de cas, permettant de rapporter les effets d'un tel programme ou l'expérience des usagers, intervenants et gestionnaires. Les études à devis qualitatif ou mixte étaient tout autant considérées. À partir de ces critères, nous avons procédé à l'examen des titres, résumés et de toutes informations de publication pertinentes (par exemple, le type et la date de publication). Un total de 38 articles a été retenu à ce stade. Pour compléter notre démarche, nous avons choisi d'examiner les références bibliographiques des 38 documents retenus. À la suite de cette étape, neuf autres articles ont été identifiés, répondant aux mêmes critères d'inclusion. La figure 1 ci-après détaille la stratégie de recherche documentaire.

FIGURE 1 – Étapes de la démarche de recension



Note. À ce stade, les références bibliographiques des 38 documents ont été parcourues. En appliquant les mêmes critères d'inclusion, nous avons extrait neuf documents supplémentaires à ajouter au corpus d'analyse.

Évaluation de la qualité

La qualité des documents composant le corpus (n = 47) a été évaluée à l'aide d'une grille développée par Hawker et al. (2002). Cette grille propose neuf items, pour neuf dimensions à considérer dans un article scientifique, et ce, quel que soit le design de l'étude rapportée (par exemple, un cadre théorique pertinent et une définition claire des objectifs ou hypothèses de recherche; le caractère approprié de la méthodologie, etc.). La cotation de chaque item

se faisait au moyen d'une échelle allant de 4 (*Good*) à 1 (*Very poor*). Le score total, somme des scores aux neuf items, variait de 9 à 36. Un score élevé rend compte d'un excellent degré de qualité. L'objectif n'était pas d'exclure des documents considérant ce score, mais plutôt de pondérer et de mieux contextualiser leur apport à l'analyse. Cette démarche a été effectuée par le second auteur (YF), formé à l'utilisation de la grille et supervisé par le premier auteur (VW).

Analyse des données

Nous avons extrait les données pertinentes (lieu de l'étude, population concernée, domaine d'intervention, variables et autres indicateurs pertinents mesurés, méthode et procédure déployée, et principaux résultats selon les thématiques associées à nos trois sous-questions de recherche) à l'aide d'un outil de type « grille de lecture ». Les données brutes obtenues ont fait l'objet d'une analyse thématique pour repérer les points convergents et divergents en lien avec la philosophie d'intervention, les services offerts et l'organisation de ces derniers (Braun et Clarke, 2006 ; Paillé et Mucchielli, 2012). Nous nous sommes appuyés sur une grille de codage, construite à partir des questions de recherche initiales puis raffinée de manière itérative, pour organiser l'information des documents au sein de catégories, permettant une analyse de plus en plus fine. Par exemple, nous avons considéré la thématique de l'offre de soin selon les catégories suivantes : consommation à moindre risque, usages et troubles liés à l'utilisation des opioïdes et d'autres substances ; accompagnement social et besoins de base ; soins de première ligne et spécialisés ; activisme. Cette démarche a été effectuée par VW, appuyé par YF et le dernier auteur (JFA). VW et JFA sont deux chercheurs spécialisés en recherche qualitative en sciences de la santé. YF a bénéficié d'une formation sur la réalisation de l'analyse thématique à l'aide du logiciel Nvivo 12, logiciel utilisé dans cette démarche. Plusieurs moments de partage sur l'analyse en cours ont également été effectués au sein de l'équipe de recherche.

Résultats

Description des documents retenus

Parmi les 1 442 articles repérés, 47 ont été retenus pour analyse. Ces articles rapportent des études réalisées au Canada ($n = 20$), aux États-Unis ($n = 11$), en Australie ($n = 7$), au Royaume-Uni ($n = 4$), en Nouvelle-Zélande ($n = 2$), en Norvège ($n = 1$) et en Finlande ($n = 1$). Une étude ne spécifie pas l'origine de la population qu'elle décrit. La majorité des études s'intéresse exclusivement aux usagers de substances psychoactives ($n = 18$). D'autres vont plutôt considérer la présence simultanée de plusieurs problématiques ($n = 17$). Le tableau 2 propose un récapitulatif des différentes études incluses.

TABLEAU 2 – Documents retenus pour analyse

Référence	Objectif	Pays	Méthode	Échantillon	Évaluation de la qualité
Anderson, J. E. et Larke, S. C. (2009). Navigating the mental health and addictions maze: A community-based pilot project of a new role in primary mental health care. <i>Mental Health in Family Medicine</i> , 6(1), 15-19.	Décrire et évaluer un programme de soutien visant à assurer le lien aux services appropriés aux personnes aux prises avec un problème de santé mentale et/ou de consommation de substances dans la région de Sooke en Colombie-Britannique (Canada)	Canada	Entrevues semi-structurées et questionnaires de satisfaction	145 usagers	Correcte
Bardwell, G., Anderson, S., Richardson, L., Bird, L., Lampkin, H., Small, W. et McNeil, R. (2018). The perspectives of structurally vulnerable people who use drugs on volunteer stipends and work experiences provided through a drug user organization: Opportunities and limitations. <i>The International Journal on Drug Policy</i> , 55, 40-46. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.02.004	Explorer les mécanismes par lesquels la remise d'allocations de travail influence la participation des personnes utilisatrices de drogues au sein d'un organisme de réduction des méfaits et de quelle manière cette participation influence leur santé et différents indicateurs de santé psychosociale.	Canada	Entrevues semi-structurées	23 personnes membres et bénévoles	Bonne
Beattie, A., Marques, E. M. R., Barber, M., Greenwood, R., Ingram, J., Ayres, R., Neale, J., Rees, A., Coleman, B. et Hickman, M. (2016). Script in a Day intervention for individuals who are injecting opioids: A feasibility randomized control trial. <i>Journal of Public Health (Oxford, England)</i> , 38(4), 712-721. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv161	Évaluer la faisabilité d'un essai randomisé contrôlé visant à évaluer la capacité de l'intervention <i>Script in a Day</i> à attirer et retenir des personnes utilisatrices de drogues injectables fréquentant un service à bas seuil	Angleterre	Essai randomisé	100 PUDI utilisant les services du <i>Bristol Drug Project</i>	Bonne
Blank, M. et Eisenberg, M. (2013). Tailored Treatment for HIV+ Persons with Mental Illness: The Intervention Cascade. <i>Journal of acquired immune deficiency syndromes</i> (1999), 63(0 1), S44-S48. https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e318293067b	Décrire une méthode d'intervention en cascade destinée à augmenter l'adhérence au traitement du VIH chez des individus séropositifs vivant avec un problème de santé mentale, et présenter les données préliminaires relativement à son efficacité.	États-Unis	Étude expérimentale longitudinale	238 individus séropositifs présentant des troubles de santé mentale et qui sont suivis en clinique de santé mentale	Correcte

L'approche à bas seuil d'exigence. De quoi parle-t-on ?

Référence	Objectif	Pays	Méthode	Échantillon	Évaluation de la qualité
Borne, D., Tryon, J., Rajabiun, S., Fox, J., de Groot, A. et Gunhouse-Vigil, K. (2018). Mobile Multidisciplinary HIV Medical Care for Hard-to-Reach Individuals Experiencing Homelessness in San Francisco. <i>American Journal of Public Health</i> , 108, S528-S530.	Décrire le programme <i>Homeless-Health Outreach Mobile Engagement</i> (HHOME) destiné aux personnes sans-abri infectés au VIH dans la ville de San Francisco.	États-Unis	Étude de cas descriptive	61 clients utilisateurs du programme	Bonne
Brownrigg, B., Taylor, D., Phan, F., Sandstra, I., Stimpson, R., Barrios, R., Lester, R. et Ogilvie, G. (2017). Improving linkage to HIV care at low-threshold STI/HIV testing sites: An evaluation of the Immediate Staging Pilot Project in Vancouver, British Columbia. <i>Canadian Journal of Public Health</i> , 108(1), e79-e84. https://doi.org/10.17269/cjph.108.5753	Évaluer un projet pilote ISPPC (<i>immediate staging pilot project</i>) visant à améliorer la liaison des personnes VIH+ vers les services et soins.	Canada	Étude de cohorte prospective	108 individus ayant reçu un nouveau diagnostic de VIH dans l'une des deux cliniques VIH bas seuil au cours des 12 mois du projet pilote	Bonne
Carter, J., Zevin, B. et Lum, P. J. (2019). Low barrier buprenorphine treatment for persons experiencing homelessness and injecting heroin in San Francisco. <i>Addiction Science & Clinical Practice</i> , 14(1), 20-20. https://doi.org/10.1186/s13722-019-0149-1	Évaluer le taux de rétention en traitement TAO et la consommation d'opioïdes chez des personnes vivant en situation d'itinérance à San Francisco et ayant bénéficié des services d'un projet d'une équipe de médecine de rue.	États-Unis	Étude de cohorte rétrospective	95 personnes	Bonne
Chatterjee, A., Obando, A., Strickland, E., Nestler, A., Harrington-Levey, R., Williams, T. et LaCoursiere-Zuccherro, T. (2017). Shelter-Based Opioid Treatment: Increasing Access to Addiction Treatment in a Family Shelter. <i>American Journal of Public Health</i> , 107(7), 1092-1094. https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.303786	Décrire les premiers résultats d'un programme de TAO offert dans le contexte d'un refuge pour familles situé dans un motel au Massachusetts.	États-Unis	Étude de cohorte rétrospective	10 patients ayant reçu une prescription de buprénorphine pendant au moins 3 mois	Bonne

L'approche à bas seuil d'exigence. De quoi parle-t-on ?

Référence	Objectif	Pays	Méthode	Échantillon	Évaluation de la qualité
Christie, T. K. S., Murugesan, A., Manzer, D., O'Shaughnessey, M. V. et Webster, D. (2013). Evaluation of a low-threshold/ high-tolerance methadone maintenance treatment clinic in Saint John, New Brunswick, Canada: One year retention rate and illicit drug use. <i>Journal of Addiction</i> , 2013, 753409. https://doi.org/10.1155/2013/753409	Évaluer le taux de rétention en traitement après un an et le taux de consommation d'opioïdes et de cocaïne dans une clinique de TAO à bas seuil à Saint John au Nouveau-Brunswick.	Canada	Étude de cohorte prospective	179 PUDI inscrites à une clinique TAO	Bonne
Collins, A. B., Parashar, S., Hogg, R. S., Fernando, S., Worthington, C., McDougall, P., Turje, R. B. et McNeil, R. (2017). Integrated HIV care and service engagement among people living with HIV who use drugs in a setting with a community-wide treatment as prevention initiative: A qualitative study in Vancouver, Canada. <i>Journal of the International AIDS Society</i> , 20(1), 21407. https://doi.org/10.7448/IAS.20.1.21407	Explorer comment le modèle de services intégrés déployé par l'organisation <i>Dr. Peter Centre</i> (DPC) influence l'accessibilité et la rétention en traitement chez les usagers vivant avec le VIH et qui consomment des drogues.	Canada	Entrevues semi-structurées	30 utilisateurs des services du <i>Dr Peter Centre</i>	Bonne
Damon, W., Small, W., Anderson, S., Maher, L., Wood, E., Kerr, T. et McNeil, R. (2017). « Crisis » and « everyday » initiators: A qualitative study of coercion and agency in the context of methadone maintenance treatment initiation. <i>Drug and Alcohol Review</i> , 36(2), 253-260. https://doi.org/10.1111/dar.12411	Explorer l'expérience vécue à l'entrée en traitement d'usagers suivant un TAO dans le but de comprendre la manière dont les perceptions à l'égard du traitement se construisent et comment celles-ci influencent la rétention en traitement.	Canada	Entrevues semi-structurées	29 personnes UDI ayant tenté et échoué ou réussi à suivre un TAO dans les 6 derniers mois	Bonne
Dombrowski, J. C., Ramchandani, M., Dhanireddy, S., Harrington, R. D., Moore, A. et Golden, M. R. (2018). The Max Clinic: Medical Care Designed to Engage the Hardest-to-Reach Persons Living with HIV in Seattle and King County, Washington. <i>AIDS Patient Care and STDs</i> , 32(4), 149-156. https://doi.org/10.1089/apc.2017.0313	Décrire le processus de prise en charge des patients admis à la <i>Max Clinic</i> durant ses deux premières années d'existence et décrire les caractéristiques des patients pris en charge.	États-Unis	Audit (dossiers cliniques)	95 patients de la <i>Max Clinic</i>	Bonne

L'approche à bas seuil d'exigence. De quoi parle-t-on ?

Référence	Objectif	Pays	Méthode	Échantillon	Évaluation de la qualité
Dubreucq, S., Chanut, F. et Jutras-Aswad, D. (2012). Traitement intégré de la comorbidité toxicomanie et santé mentale chez les populations urbaines : La situation montréalaise. <i>Santé mentale au Québec</i> , 37(1), 31. https://doi.org/10.7202/1012642ar	Décrire le modèle de gestion des soins utilisés par l'Unité de psychiatrie de toxicomanie du CHUM qui offre des soins aux individus ayant une comorbidité santé mentale et toxicomanie.	Canada	Étude de cas descriptive	s.o.	Bonne
Edland-Gryt, M. et Skatvedt, A. H. (2013). Thresholds in a low-threshold setting: An empirical study of barriers in a centre for people with drug problems and mental health disorders. <i>The International Journal on Drug Policy</i> , 24(3), 257-264. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2012.08.002	Explorer les barrières d'accès aux soins qui sont vécus par les usagers d'un centre de services à bas seuil destinés aux individus ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de drogues à Oslo en Norvège.	Norvège	Entrevues semi-structurées et observation participante	66 utilisateurs des services de l'organisme	Bonne
Essock, S. M., Mueser, K. T., Drake, R. E., Covell, N. H., McHugo, G. J., Frisman, L. K., Kontos, N. J., Jackson, C. T., Townsend, F. et Swain, K. (2006). Comparison of ACT and Standard Case Management for Delivering Integrated Treatment for Co-occurring Disorders. <i>Psychiatric Services</i> , 57(2), 12.	Comparer les effets de deux modèles de gestion des soins (<i>assertive community treatment</i> et traitement standard) pour les personnes présentant une comorbidité santé mentale et troubles liés à l'usage de substances.	États-Unis	Essai randomisé contrôlé	198 individus ayant des problèmes de consommation ET des problèmes de santé mentale	Bonne
Evans, J. (2011). Exploring the (bio) political dimensions of voluntarism and care in the city: The case of a 'low barrier' emergency shelter. <i>Health & Place</i> , 17(1), 24-32. https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.05.001	Explorer les « espaces de soins » fréquentés par les personnes sans-abri dans une perspective biopolitique à l'aide d'une étude de cas située dans un organisme offrant des services à bas seuil aux personnes sans-abri dans une ville de taille moyenne en Ontario.	Canada	Ethnographie	33 usagers	Bonne
Fernandez, J., McNeill, C., Haskew, M. et Orr, T. (2006). Low threshold: A future model for drug service provision? An evaluation of the model used in South Islington Drug Services. <i>Journal of Research in Nursing</i> , 11(1), 42-46. https://doi.org/10.1177/1744987106059581	Décrire la transformation d'une structure de services en toxicomanie à partir du point de vue et du rôle des infirmier(e)s.	Angleterre	Étude de cas descriptive	34 clients du <i>South Islington Drugs Service</i>	Faible à correcte

L'approche à bas seuil d'exigence. De quoi parle-t-on ?

Référence	Objectif	Pays	Méthode	Échantillon	Évaluation de la qualité
Gauthier, G., Eibl, J. K. et Marsh, D. C. (2018). Improved treatment-retention for patients receiving methadone dosing within the clinic providing physician and other health services (onsite) versus dosing at community (offsite) pharmacies. <i>Drug and Alcohol Dependence</i> , 191, 1-5. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.04.029	Évaluer le taux de rétention en traitement TAO, chez des patients suivant un TAO pour la première fois, selon le lieu de dispensation (pharmacie communautaire ou pharmacie en clinique spécialisée) de leurs prescriptions.	Canada	Étude de cohorte rétrospective	3 743 patients âgés de 15 ans et plus suivant un TAO pour la première fois	Bonne
Gibson, B. A., Morano, J. P., Walton, M. R., Marcus, R., Zelenev, A., Bruce, R. D. et Altice, F. L. (2017). Innovative Program Delivery and Determinants of Frequent Visitation to a Mobile Medical Clinic in an Urban Setting. <i>Journal of Health Care for the Poor & Underserved</i> , 28(2), 643-662. https://doi.org/10.1353/hpu.2017.0065	Explorer les habitudes d'utilisation des services offerts par le <i>Community Health Care Van</i> à New Haven (Connecticut) et évaluer l'utilisation de services en fonction des caractéristiques sociodémographiques des utilisateurs.	États-Unis	Analyse de dossiers cliniques des patients entre janvier 2004 et décembre 2012 (sur une période de neuf (9) ans)	8 415 clients uniques ayant effectué un total de 29 728 visites à la clinique mobile	Bonne
Graham, H. L., Copello, A., Birchwood, M., Orford, J., McGovern, D., Mueser, K. T., Clutterbuck, D. R., Godfrey, E., Maslin, J., Day, E. et Tobin, D. (2006). A preliminary evaluation of integrated treatment for co-existing substance use and severe mental health problems: Impact on teams and service users. <i>Journal of Mental Health</i> , 15(5), 577-591. https://doi.org/10.1080/09638230600902633	Évaluer l'implantation d'un modèle de soins intégré destiné aux personnes ayant des problèmes de santé mentale et des problèmes de consommation de substances dans des équipes d'interventions intensives dans la communauté (<i>assertive outreach</i>). Évaluer si les changements observés dans les pratiques professionnelles ont un impact sur les résultats des personnes bénéficiant des services.	Angleterre	Étude de cohorte prospective	Évaluation des pratiques professionnelles: 5 équipes de travail de proximité composées de 69 personnes 58 clients ayant comorbidité santé mentale et consommation de substances	Bonne
Hall, G., Neighbors, C. J., Iheoma, J., Dauber, S., Adams, M., Culleton, R., Muench, E., Borys, S., McDonald, R. et Morgenstern, J. (2014). Mobile opioid agonist treatment and public funding expands treatment for disenfranchised opioid-dependent individuals. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i> , 46(4), 511-515. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.11.002	Comparer les caractéristiques des individus ayant reçu des services d'un service mobile offert aux personnes dépendantes aux opioïdes et difficiles à rejoindre au New Jersey aux caractéristiques des individus suivant un TAO standard.	États-Unis	Étude de cohorte rétrospective	7 503 individus	Bonne

L'approche à bas seuil d'exigence. De quoi parle-t-on ?

Référence	Objectif	Pays	Méthode	Échantillon	Évaluation de la qualité
Hay, B., Henderson, C., Maltby, J. et Canales, J. J. (2017). Influence of Peer-Based Needle Exchange Programs on Mental Health Status in People Who Inject Drugs: A Nationwide New Zealand Study. <i>Frontiers in Psychiatry</i> , 7. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2016.00211	Évaluer la santé mentale et le bien-être de personnes fréquentant différents types de services d'échanges de seringues en Nouvelle-Zélande.	Nouvelle-Zélande	Enquête	315 utilisateurs de services d'échanges de seringues en Nouvelle-Zélande	Bonne
Islam, M., Topp, L., Conigrave, K. M., White, A., Haber, P. S. et Day, C. A. (2013). Are primary health care centres that target injecting drug users attracting and serving the clients they are designed for? A case study from Sydney, Australia. <i>The International Journal on Drug Policy</i> , 24(4), 326-332. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2012.06.002	Évaluer la capacité d'un centre de soins de première ligne destiné à une clientèle UDI à attirer et retenir les individus en traitement. Évaluer l'efficacité de ce centre à offrir des services de prévention et des soins à cette population.	Australie	Audit (dossiers cliniques)	384 dossiers cliniques de la période juillet 2006 à décembre 2009	Bonne
Islam, M., Shanahan, M., Topp, L., Conigrave, K. M., White, A. et Day, C. A. (2013). The cost of providing primary health-care services from a needle and syringe program: A case study: The cost of providing PHC from a NSP. <i>Drug and Alcohol Review</i> , 32(3), 312-319. https://doi.org/10.1111/dar.12019	Procéder à une analyse économétrique portant sur les coûts associés à l'instauration d'un service de soins de première ligne à l'intérieur d'un programme d'échange de seringues à Sydney en Australie.	Australie	Analyse économétrique basée sur les données de fréquentation sur une année fiscale (2009-2010)	1 252 visites à la clinique	Bonne
Kerr, T., Oleson, M., Tyndall, M. W., Montaner, J. et Wood, E. (2005). A description of a peer-run supervised injection site for injection drug users. <i>Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine</i> , 82(2), 267-275. https://doi.org/10.1093/jurban/jti050	Décrire le fonctionnement, les statistiques d'utilisation et les caractéristiques des individus fréquentant un service d'injection supervisée (SIS) mené par les pairs dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver.	Canada	Étude de cas descriptive	100 utilisateurs du SIS	Bonne
Kimber, J., Mattick, R. P., Kaldor, J., van Beek, I., Gilmour, S. et Rance, J. A. (2008). Process and predictors of drug treatment referral and referral uptake at the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. <i>Drug and Alcohol Review</i> , 27(6), 602-612. https://doi.org/10.1080/09595230801995668	Évaluer, le nombre, le taux et le type de références ainsi que les caractéristiques des individus ayant obtenu une référence vers d'autres services de la part d'un centre d'injection supervisée de Sydney en Australie.	Australie	Étude de cohorte prospective	325 clients du ayant reçu une référence vers d'autres services	Bonne

L'approche à bas seuil d'exigence. De quoi parle-t-on ?

Référence	Objectif	Pays	Méthode	Échantillon	Évaluation de la qualité
Lamanna, D., Stergiopoulos, V., Durbin, J., O'Campo, P., Poremski, D. et Tepper, J. (2018). Promoting continuity of care for homeless adults with unmet health needs: The role of brief interventions. <i>Health & Social Care in the Community</i> , 26(1), 56-64. https://doi.org/10.1111/hsc.12461	Explorer les perspectives de différents acteurs et usagers d'un modèle d'interventions brèves visant à assurer la continuité et l'engagement des soins pour des personnes sans-abri de Toronto.	Canada	Entrevues semi-structurées et groupes de discussion	52 personnes (Usagers, professionnels du programme, gestionnaire du programme et partenaires du programme)	Bonne
Langendam, M. W., van Brussel, G. H. A. et Coutinho, R. A. (2001). The impact of harm-reduction-based methadone treatment on mortality among heroin users. <i>American Journal of Public Health</i> , 91(5), 774-780. https://doi.org/10.2105/AJPH.91.5.774	Évaluer les effets des programmes TAO à la méthadone sur la mortalité chez les consommateurs d'héroïne d'Amsterdam aux Pays-Bas.	Pays-Bas	Étude de cohorte prospective	827 utilisateurs des programmes de TAO de la ville d'Amsterdam	Bonne
Lee, S., Castella, A. de, Freidin, J., Kennedy, A., Kroschel, J., Humphrey, C., Kerr, R., Hollows, A., Wilkins, S. et Kulkarni, J. (2010). Mental health care on the streets: An integrated approach. <i>The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry</i> , 44(6), 505-512.	Évaluer les effets d'un modèle d'organisation de services en santé mentale destinée aux personnes sans-abri de la ville de Melbourne en Australie.	Australie	Audit (dossiers cliniques)	417 dossiers patients suivis durant les deux premières années de l'initiative	Bonne
Little, J. et Franskoviak, P. (2010). So glad you came ! Harm reduction therapy in community settings. <i>Journal of Clinical Psychology</i> , 66(2), 175-188. https://doi.org/10.1002/jclp.20673	Décrire l'application d'une thérapie basée sur la réduction des méfaits et les services offerts par l'organisme <i>Harm Reduction Therapy Center</i> dans deux organismes communautaires de San Francisco.	États-Unis	Étude de cas descriptive	s.o.	Faible
Mason, K., Dodd, Z., Sockalingam, S., Altenberg, J., Meaney, C., Millson, P. et Powis, J. (2015). Beyond viral response: A prospective evaluation of a community-based, multi-disciplinary, peer-driven model of HCV treatment and support. <i>The International Journal on Drug Policy</i> , 26(10), 1007-1013. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.04.012	Évaluer les effets sur l'état de santé et sur l'état psychosocial d'un modèle de soins pour le VHC destiné aux personnes consommatrices de drogues présentant des problèmes de santé mentale et/ou des problèmes psychosociaux complexes dans la ville de Toronto.	Canada	Étude cohorte prospective	78 personnes utilisatrices du programme	Bonne

L'approche à bas seuil d'exigence. De quoi parle-t-on ?

Référence	Objectif	Pays	Méthode	Échantillon	Évaluation de la qualité
Millson, P., Challacombe, L., Villeneuve, P. J., Strike, C. J., Fischer, B., Myers, T., Shore, R. et Hopkins, S. (2007). Reduction in Injection-Related HIV Risk After 6 Months in a Low-Threshold Methadone Treatment Program. <i>AIDS Education and Prevention</i> , 19(2), 124-136. https://doi.org/10.1521/aeap.2007.19.2.124	Évaluer les effets d'un TAO à bas seuil d'exigence sur les comportements à risque pour le VIH en lien avec l'utilisation de seringues chez une cohorte de clients de Toronto et de Kingston.	Canada	Étude de cohorte prospective	183 participants au programme de TAO ayant complété le suivi à 6 mois après entrée en traitement	Bonne
Milne, R., Price, M., Wallace, B., Drost, A., Haigh-Gidora, I., Nezil, F. A. et Fraser, C. (2015). From principles to practice: Description of a novel equity-based HCV primary care treatment model for PWID. <i>The International Journal on Drug Policy</i> , 26(10), 1020-1027. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.07.009	Décrire un programme de traitement du VHC à bas seuil d'exigence offert dans une clinique de santé communautaire à Victoria.	Canada	Étude de cas descriptive	s.o.	Faible
Moriarty, H., Kemp, R. et Robinson, G. (2001). Hepatitis services at an injecting drug user outreach clinic. <i>The New Zealand Medical Journal</i> , 114(1128), 105-106.	Décrire le modèle d'organisation des services d'une clinique offrant des services VHC aux personnes UDI de Wellington en Nouvelle-Zélande.	Nouvelle-Zélande	Étude de cas descriptive	s.o.	Correcte
Newman, A. I., Beckstead, S., Beking, D., Finch, S., Knorr, T., Lynch, C., MacKenzie, M., Mayer, D., Melles, B. et Shore, R. (2013). Treatment of chronic hepatitis C infection among current and former injection drug users within a multidisciplinary treatment model at a community health centre. <i>Canadian Journal of Gastroenterology</i> , 27(4), 217-223.	Évaluer le succès d'une offre de traitement VHC destiné à un groupe d'actuels et d'anciens utilisateurs de drogues par injection infectés au VHC qui fréquente une clinique multidisciplinaire de première ligne à Kingston, Ontario (Canada).	Canada	Étude observationnelle prospective	34 clients de la <i>Street Health Clinic</i>	Correcte
Norman, J., Walsh, N. M., Mugavin, J., Stoové, M. A., Kelsall, J., Austin, K. et Lintzeris, N. (2008). The acceptability and feasibility of peer worker support role in community-based HCV treatment for injecting drug users. <i>Harm Reduction Journal</i> , 5(1), 8. https://doi.org/10.1186/1477-7517-5-8	Explorer la perspective d'un pair-aidant et des clients d'une clinique de traitement VHC offrant un modèle d'organisation des services intégrés VHC et toxicomanie, concernant le rôle du pair-aidant.	Australie	Entrevues semi-structurées et groupes de discussion	1 pair aidant + 9 clients en traitement ou en attente d'un traitement	Bonne

L'approche à bas seuil d'exigence. De quoi parle-t-on ?

Référence	Objectif	Pays	Méthode	Échantillon	Évaluation de la qualité
Penn, R. A., Strike, C. et Mukkath, S. (2016). Building recovery capital through peer harm reduction work. <i>Drugs and Alcohol Today</i> , 16(1), 84-94. https://doi.org/10.1108/DAT-08-2015-0039	Explorer le potentiel d'un programme d'emploi à bas seuil à favoriser le développement de « <i>capital de rétablissement</i> » de personnes utilisatrices de drogues, et explorer les mécanismes et l'organisation par lesquels cela s'opère.	Canada	Entrevues semi-structurées et groupes de discussion	15 <i>peer worker</i> 5 employés du programme 4 utilisateurs du programme	Bonne
Perreault, M., Héroux, M.-C., White, N. D., Lauzon, P., Mercier, C. et Rousseau, M. (2007). Rétention en traitement et évolution de la clientèle d'un programme montréalais de substitution à la méthadone à exigences peu élevées. <i>Canadian Journal Of Public Health</i> , 98(1), 33-36.	Évaluer la capacité d'un programme de TAO à bas seuil à favoriser la rétention en traitement chez une clientèle marginalisée a et documenter l'évolution des conditions de vie, des comportements à risque, et de la consommation de substances psychoactives (SPA) des personnes en traitement.	Canada	Étude de cohorte prospective	114 utilisateurs des services de la clinique	Bonne
Powers, C., Comfort, M., Lopez, A. M., Kral, A. H., Murdoch, O. et Lorvick, J. (2017). Addressing Structural Barriers to HIV Care among Triply Diagnosed Adults: Project Bridge Oakland. <i>Health & Social Work</i> , 42(2), e53-e61. https://doi.org/10.1093/hsw/hlx013	Décrire le fonctionnement et les stratégies à la base du programme <i>Project Bridge Oakland</i> (PBO) visant à répondre aux besoins de personnes triplement diagnostiquées et judiciairisées de la région d'Oakland en Californie.	États-Unis	Étude de cas descriptive	s.o.	Faible
Schütz, A., Moser, S., Schwanke, C., Schubert, R., Luhn, J., Gutic, E., Lang, T., Schleicher, M., Haltmayer, H. et Gschwantler, M. (2018). Directly observed therapy of chronic hepatitis C with ledipasvir/sofosbuvir in people who inject drugs at risk of nonadherence to direct-acting antivirals. <i>Journal of Viral Hepatitis</i> , 25(7), 870-873. https://doi.org/10.1111/jvh.12857	Démontrer la faisabilité d'un modèle de dispensation de la médication VHC de façon simultanée aux personnes suivant un TAO et qui sont accompagnées d'un professionnel de la santé dans un service à bas seuil ou en pharmacie.	Autriche	Étude de validation de concept (<i>proof of concept study</i>)	40 personnes utilisatrices de drogues injectables à risque de non-adhérence traitement VHC	Bonne
Shanley, J., Richardson, A. M. et Sherval, J. (2003). Evaluation of a pilot low-threshold methadone programme. <i>Journal of Substance Use</i> , 8(4), 271-278. https://doi.org/10.1080/14659890310001636747	Évaluer les effets de programme de TAO à bas seuil d'exigence situé à Édimbourg en Écosse.	Écosse	Étude de cohorte prospective	69 utilisateurs du programme	Faible

L'approche à bas seuil d'exigence. De quoi parle-t-on ?

Référence	Objectif	Pays	Méthode	Échantillon	Évaluation de la qualité
Sorsa, M. A., Kiikkala, I. et Åstedt-Kurki, P. (2018). Engagement in help-seeking of dual diagnosed mothers at a low-threshold service: Grasping life through co-created opportunities. <i>Advances in Dual Diagnosis</i> , 11(2), 88-100. https://doi.org/10.1108/ADD-11-2017-0025	Explorer et décrire l'engagement dans une démarche d'aide auprès de femmes mères possédant un double diagnostique santé mentale et troubles de consommation de substances fréquentant un service à bas seuil d'exigence destiné aux familles vivant avec un problème de consommation.	Finlande	Ethnographie	12 membres du personnel de l'organisme 2 utilisatrices du programme	Bonne
Stancliff, S., Joseph, H., Fong, C., Furst, T., Comer, S. D. et Roux, P. (2012). Opioid maintenance treatment as a harm reduction tool for opioid-dependent individuals in New York City: The need to expand access to buprenorphine/naloxone in marginalized populations. <i>Journal of Addictive Diseases</i> , 31(3), 278-287. https://doi.org/10.1080/10550887.2012.694603	Évaluer l'efficacité de rétention d'un programme de TAO à bas seuil pour des personnes dépendantes aux opioïdes marginalisées dans la ville de New York.	États-Unis	Étude de cohorte prospective	100 utilisateurs du programme	Correcte
Strike, C., Millson, M., Hopkins, S. et Smith, C. (2013). What is low threshold methadone maintenance treatment? <i>The International Journal on Drug Policy</i> , 24(6), e51-56. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.05.005	Explorer les raisons, les moyens mis en place ainsi que les obstacles rencontrés dans la réduction des barrières d'accès à trois programmes de TAO offerts par trois organisations au Canada.	Canada	Entrevues semi-structurées	24 intervenants 46 usagers	Bonne
van Beek, I. (2007). Case study: Accessible primary health care—a foundation to improve health outcomes for people who inject drugs. <i>The International Journal on Drug Policy</i> , 18(4), 329-332. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2006.11.005	Décrire le modèle de prestation de soins du <i>Kirketon Road Centre</i> qui offre des services de première ligne aux PUDI et aux personnes travailleuses du sexe.	Australie	Étude de cas descriptive	s.o.	Bonne

L'approche à bas seuil d'exigence. De quoi parle-t-on ?

Référence	Objectif	Pays	Méthode	Échantillon	Évaluation de la qualité
Villeneuve, P. J., Challacombe, L., Strike, C. J., Myers, T., Fischer, B., Shore, R., Hopkins, S. et Millson, P. E. (2006). Change in health-related quality of life of opiate users in low-threshold methadone programs. <i>Journal of Substance Use</i> , 11(2), 137-149. https://doi.org/10.1080/14659890500256945	Évaluer les changements dans le <i>health related quality of life</i> (HRQOL) chez une cohorte de consommateurs d'opioïdes six (6) mois après le début d'un traitement de TAO dans deux cliniques à bas seuil d'exigence de Kingston et de Toronto en Ontario.	Canada	Étude de cohorte prospective	183 participants au programme de traitement méthadone et ayant complété le suivi à 6 mois après entrée en traitement	Bonne
Wood, S. et Austin, S. (2009). Building Bridges in Bridgeport for HIV-Positive Substance Abusers. <i>Journal of HIV/AIDS & Social Services</i> , 8(1), 20-34. https://doi.org/10.1080/15381500902736129	Décrire la structure d'organisation des services d'une organisation offrant des services aux personnes consommatrices de drogues infectées au VIH dans la région de Bridgeport au Connecticut (États-Unis).	États-Unis	Étude de cas descriptive	s.o.	Bonne

Note. Les scores mesurant la qualité d'un document varient de 9 à 36, avec une valeur élevée indiquant une meilleure qualité scientifique, selon les critères de Hawker, Payne, Kerr, Hardey, et Powell (2002). Les valeurs seuils utilisées dans le cadre de cette étude s'établissaient comme suit : **Faible** (9-18), **Correcte** (18-27), ou **Bonne** (27-36).

Résultats de l'analyse

Philosophie d'intervention

Approche holistique et considération de la personne

L'intervention à bas seuil d'exigence s'appuie sur une vision holistique de la personne, considérant ses difficultés, ses ressources, ses valeurs, ses objectifs et ses besoins (Millson et al., 2007; Strike et al., 2013; van Beek, 2007; Villeneuve et al., 2006). Les enjeux liés au genre, à l'orientation sexuelle, à l'appartenance culturelle, aux traumatismes vécus, et à tout élément de l'histoire de vie doivent être pris en compte (Damon et al., 2017; Gibson et al., 2017; Little et Franskoviak, 2010; Milne et al., 2015; Powers et al., 2017; Sorsa et al., 2018). Cette approche exige de reconnaître l'individu comme un être complexe, ne se résumant pas qu'à une seule de ses problématiques (Sorsa et al., 2018). La prise en charge doit se préoccuper simultanément des problématiques somatiques, psychiatriques, psychothérapeutiques, sociales et éducatives, etc. (Damon et al., 2017; Edland-Gryt et Skatvedt, 2013; Lee et al., 2010; Milne et al., 2015).

Promouvoir un environnement sécuritaire

Il apparaît essentiel de proposer un environnement calme, chaleureux, soutenant et respectueux des spécificités individuelles (Anderson et Larke, 2009 ; Evans, 2011 ; Islam, Topp, Conigrave, White et al., 2013 ; Milne et al., 2015 ; Moriarty et al., 2001 ; Norman et al., 2008 ; Sorsa et al., 2018). Promouvoir un tel environnement passe par le fait d'assurer une transparence dans la communication entre intervenants et usagers (Lamanna et al., 2018). Les services décrits dans la littérature se caractérisent ensuite souvent par l'attention apportée au fait de limiter la stigmatisation et la discrimination à l'intérieur des espaces où ont lieu les interventions (van Beek, 2007). Enfin, en plus du relatif anonymat des lieux, la préservation de la confidentialité dans les rencontres est à prioriser (Islam, Topp, Conigrave, White, et al., 2013 ; van Beek, 2007).

Un ancrage dans la réduction des méfaits

Ces services s'intègrent dans une logique de réduction des méfaits (Bardwell et al., 2018 ; Borne et al., 2018 ; Collins et al., 2017 ; Graham et al., 2006 ; Islam, Topp, Conigrave, White et al., 2013 ; Langendam et al., 2001 ; Little et Franskoviak, 2010 ; Mason et al., 2015 ; Millson et al., 2007 ; Milne et al., 2015 ; Moriarty et al., 2001 ; Newman et al., 2013 ; Norman et al., 2008 ; Perreault et al., 2007 ; Powers et al., 2017 ; Stancliff et al., 2012). Dans ce cadre, des interventions visant la réduction et la prévention des méfaits associés aux conduites à risque sont préconisées (par exemple, réduction de la mortalité, amélioration de l'état de santé et des conditions de vie, développement d'un ensemble de compétences psychosociales, réintégration des individus dans leur environnement social, etc.), sans pour autant que l'abstinence de la consommation ne représente un objectif imposé (Evans, 2011 ; van Beek, 2007).

Déconstruire les barrières à l'accès et au maintien en soins

L'intervention à bas seuil d'exigence se caractérise par la volonté de faciliter l'accès aux ressources d'aide (Bardwell et al., 2018 ; Blank et Eisenberg, 2013 ; Carter et al., 2019 ; Christie et al., 2013 ; Damon et al., 2017 ; Milne et al., 2015 ; Schütz et al., 2018 ; Shanley et al., 2003). Plusieurs documents insistent sur le besoin de réduire les obstacles, administratifs ou relatifs à un objectif imposé d'abstinence, intervenant à l'entrée et durant le soin (Evans, 2011 ; Hall et al., 2014 ; Islam, Shanahan et al., 2013 ; Islam, Topp, Conigrave, White, et al., 2013 ; Powers et al., 2017 ; Stancliff et al., 2012). L'intervention doit aussi être pensée comme une manière de créer des liens et de faciliter le contact avec d'autres services (Edland-Gryt et Skatvedt, 2013).

Articuler la prise en charge aux besoins et objectifs de la personne

La littérature souligne la nécessité d'articuler des ressources pour répondre aux besoins des personnes, tout en tenant compte de leurs envies et de leurs objectifs personnels (Hall et al., 2014 ; Lamanna et al., 2018 ; Schütz et al., 2018). Cela peut avoir lieu par l'intégration et la coordination d'équipes interdisciplinaires, aux approches diverses, mais également par

l'inclusion de l'entourage, la famille, les pairs, et la personne elle-même, dans la planification de la prise en charge (Chatterjee et al., 2017; Dubreucq et al., 2012; Gibson et al., 2017; Hay et al., 2017; Lamanna et al., 2018; Lee et al., 2010; Mason et al., 2015; Millson et al., 2007; Milne et al., 2015; Newman et al., 2013; Norman et al., 2008; Sorsa et al., 2018; Villeneuve et al., 2006; Wood et Austin, 2009). S'inscrire dans cette démarche, c'est reconnaître et appuyer l'expertise et l'expérience des personnes (Bardwell et al., 2018; Lamanna et al., 2018). Le processus de planification est itératif, remodelé selon les évolutions dans le contexte de vie, les difficultés et préoccupations des personnes (Sorsa et al., 2018).

Offre de services

Il faut tout d'abord souligner la diversité des interventions à bas seuil d'exigence repérées lors de cette recension. Pour comprendre cette variabilité, il faut se référer au contexte qui accueille les services (par exemple, le réseau public de santé et des services sociaux, un organisme du milieu communautaire), aux objectifs associés, et à la population ciblée. Nous présentons ici les différentes interventions repérées au sein des services à bas seuil d'exigence.

Consommation à moindre risque, troubles liés à l'utilisation des opioïdes et d'autres substances

La littérature met de l'avant l'importance d'offrir un TAO aux personnes présentant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (Chatterjee et al., 2017; Dombrowski et al., 2018; Dubreucq et al., 2012; Fernandez et al., 2006; Gibson et al., 2017; Hall et al., 2014; Little et Franskoviak, 2010; Millson et al., 2007; Milne et al., 2015; Newman et al., 2013; Norman et al., 2008; Perreault et al., 2007; Stancliff et al., 2012; van Beek, 2007; Villeneuve et al., 2006). Plus largement, des services assurant la consommation à moindre risque de toutes substances psychoactives sont souvent proposés (Bardwell et al., 2018; Collins et al., 2017; Evans, 2011; Gibson et al., 2017; Hall et al., 2014; Hay et al., 2017; Islam, Shanahan et al., 2013; Kimber et al., 2008; Langendam et al., 2001; Millson et al., 2007; Milne et al., 2015; Newman et al., 2013; Perreault et al., 2007; Schütz et al., 2018; Shanley et al., 2003; Stancliff et al., 2012; van Beek, 2007; Villeneuve et al., 2006).

Dans ce cadre, les personnes ont accès à du matériel de consommation stérile et des kits de prévention des surdoses. L'accès à des services d'injection supervisée est également noté (Bardwell et al., 2018; Collins et al., 2017; Kerr et al., 2005). Une évaluation et un accompagnement quant à la consommation de substances, quelle que soit la substance considérée, peuvent être proposés (Norman et al., 2008). Dans le cadre de cette prise en charge, les personnes reçoivent une prescription médicamenteuse appropriée et un *counseling* adapté (par exemple, gestion des *cravings* ou de la rechute) (Newman et al., 2013). Enfin, il est nécessaire de pouvoir gérer les situations graves, notamment liées aux intoxications majeures et aux surdoses (Kimber et al., 2008).

Accompagnement social et besoins de base

Ces services sont caractérisés par un soutien concernant l'accès au logement, à la formation, à l'emploi, à la sécurité alimentaire, aux aides sociales, la couverture sociale et maladie ou un support dans les démarches juridiques (Chatterjee et al., 2017; Collins et al., 2017; Evans, 2011; Hall et al., 2014; Islam, Shanahan et al., 2013; Lamanna et al., 2018; Millson et al., 2007; Milne et al., 2015; Perreault et al., 2007; Strike et al., 2013; van Beek, 2007; Villeneuve et al., 2006). La réponse à un ensemble de besoins dits de base est souvent proposée : le soutien à l'alimentation (par exemple, service de repas, offre de denrées) (Collins et al., 2017; Edland-Gryt et Skatvedt, 2013; Evans, 2011; Lee et al., 2010; Sorsa et al., 2018; Strike et al., 2013), un hébergement (Collins et al., 2017; Dombrowski et al., 2018; Edland-Gryt et Skatvedt, 2013; Evans, 2011; Lee et al., 2010; Milne et al., 2015; Schütz et al., 2018), pouvoir se laver et disposer de vêtements propres (Collins et al., 2017; Edland-Gryt et Skatvedt, 2013; Evans, 2011; Sorsa et al., 2018; Strike et al., 2013), ou accéder à des moyens de télécommunications et à Internet (Edland-Gryt et Skatvedt, 2013; Sorsa et al., 2018; Strike et al., 2013). Proposer une aide financière d'urgence, sous la forme d'opportunités de travail rémunéré sans qualification, représente aussi une option (Bardwell et al., 2018; Penn et al., 2016).

Soins de première ligne et spécialisés

Certains programmes offrent du *counseling* portant sur la promotion de la santé (Gibson et al., 2017; Langendam et al., 2001). D'autres vont proposer des services de laboratoire (par exemple, bilans sanguins, urinaires, sérologiques) (Fernandez et al., 2006; Islam, Shanahan et al., 2013; Islam, Topp, Conigrave, White, et al., 2013). Par extension, et au besoin, cela s'accompagne d'un suivi médical de première ligne (Collins et al., 2017; Evans, 2011; Langendam et al., 2001; Mason et al., 2015; Perreault et al., 2007; van Beek, 2007). Plusieurs auteurs soulignent la nécessité d'offrir des soins pour les plaies et les abcès chez les personnes UDI (Islam, Shanahan et al., 2013; Islam, Topp, Conigrave, White et al., 2013; Kimber et al., 2008; van Beek, 2007). Les personnes fréquentant ces services peuvent aussi bénéficier d'un accès facilité à des prescriptions médicamenteuses, incluant la prophylaxie VIH, et à la vaccination (Borne et al., 2018; Millson et al., 2007; van Beek, 2007).

Des actions de promotion de la santé et de prévention autour des pratiques sexuelles sécuritaires, des enjeux de la grossesse et de la contraception sont retrouvées dans plusieurs services (Moriarty et al., 2001; Norman et al., 2008; Penn et al., 2016; Shanley et al., 2003; van Beek, 2007). L'accès à des moyens de contraception et des tests de grossesse est facilité (Gibson et al., 2017). Simultanément, les personnes peuvent bénéficier d'un dépistage, puis d'un suivi, des maladies infectieuses, incluant VIH, VHC, VHB et toute autre infection transmissible sexuellement et par le sang (Borne et al., 2018; Brownrigg et al., 2017; Collins et al., 2017; Dombrowski et al., 2018; Gibson et al., 2017; Hall et al., 2014; Islam, Shanahan et al., 2013; Islam, Topp, Conigrave, White et al., 2013; Mason et al., 2015; Millson et al., 2007; Milne et al., 2015; Moriarty et al., 2001; Newman et al., 2013; Norman et al., 2008; Shanley et al., 2003; Strike et al., 2013; van Beek, 2007; Villeneuve et al., 2006).

Certains services proposent des soins plus spécialisés. Cela peut inclure les aspects nutritionnels et le suivi du diabète (Gibson et al., 2017 ; Milne et al., 2015), les troubles cardiaques et pulmonaires (Gibson et al., 2017), des soins gynécologiques et obstétricaux (Sorsa et al., 2018), les soins dentaires (Milne et al., 2015), ou encore les soins palliatifs (Newman et al., 2013). D'autres programmes offrent une évaluation détaillée des comorbidités en santé mentale (Anderson et Larke, 2009 ; Kimber et al., 2008), et une prise en charge de ces problématiques (Borne et al., 2018 ; Carter et al., 2019 ; Chatterjee et al., 2017 ; Dubreucq et al., 2012 ; Islam, Topp, Conigrave, White et al., 2013 ; Little et Franskoviak, 2010).

Activisme

Finalement, ces services ont pour intérêt le développement d'une activité militante ou de plaidoyer (advocacy) en direction des autorités administratives, économiques et politiques, ainsi qu'auprès de la communauté (Bardwell et al., 2018 ; Gibson et al., 2017 ; Islam, Topp, Conigrave, White et al., 2013). Les actions à cibler peuvent concerner les thématiques de la pauvreté, de la dépendance, des services de santé ou encore des pratiques policières (Bardwell et al., 2018 ; Gibson et al., 2017 ; Islam, Topp, Conigrave, White et al., 2013). Certains usagers ont ainsi la possibilité de communiquer lors de conférences, de rencontres avec les instances politiques locales, sur la question de la défense des droits des personnes, de la lutte contre la pauvreté, ou encore contre la stigmatisation des personnes faisant usage de substances psychoactives (Bardwell et al., 2018).

Organisation des services

Équipes interdisciplinaires

Plusieurs services reposent sur une large équipe interdisciplinaire : médecins généralistes, infirmières cliniciennes ou praticiennes, intervenants psychosociaux, psychiatres, pairs aidants, en plus des gestionnaires, du personnel administratif et de sécurité (Borne et al., 2018 ; Edland-Gryt et Skatvedt, 2013 ; Graham et al., 2006 ; Little et Franskoviak, 2010 ; Mason et al., 2015 ; Milne et al., 2015 ; Schütz et al., 2018 ; van Beek, 2007). D'autres professionnels spécialisés peuvent aussi être intégrés : nutritionnistes, médecins spécialistes en maladies infectieuses, hépatologues, professionnels en soins dentaires, intervenants spécialisés en toxicomanie, en itinérance, conseillers en orientation, ergothérapeutes, etc. Ceux-ci peuvent être employés sur place à temps plein, ou présents lors de plages horaires ciblées. La composition des équipes varie selon les objectifs d'intervention.

Certains services désignent un intervenant pivot, un *case manager*, avec qui l'individu aura le plus de contact (Lamanna et al., 2018 ; Powers et al., 2017). En plus d'assurer le suivi de la personne, celui-ci peut être responsable de l'évaluation des besoins et des objectifs individuels, du bon lien thérapeutique entre l'équipe et la personne, et de la réduction des barrières en traitement (Fernandez et al., 2006 ; Lamanna et al., 2018 ; Wood et Austin, 2009). D'autres modèles misent sur la prise en charge des individus par plusieurs membres de l'équipe,

voire l'équipe entière, afin de partager la charge (*caseload*) de suivi (Fernandez et al., 2006 ; Graham et al., 2006). D'autres services appuient les principes de l'intervention intensive dans la communauté (*Assertive Community Treatment*) où il est recommandé d'avoir un ratio client/intervenant assez bas. Le ratio d'un intervenant pour 10 à 15 clients est proposé (Essock et al., 2006 ; Graham et al., 2006). La communication et le partage d'information entre intervenants revêtent alors une importance capitale (Dombrowski et al., 2018).

Intégration dans un même lieu physique, références et collaborations

Plusieurs organisations centralisent leur offre d'interventions au sein d'un même lieu (Essock et al., 2006 ; Graham et al., 2006 ; Milne et al., 2015 ; van Beek, 2007 ; Wood et Austin, 2009). Néanmoins, compte tenu de la diversité des besoins et des objectifs des personnes, développer des passerelles vers des ressources alliées, et le processus de référencement vers celles-ci, représentent des aspects essentiels à considérer (Borne et al., 2018 ; Brownrigg et al., 2017 ; Dombrowski et al., 2018 ; Essock et al., 2006 ; Hall et al., 2014 ; Islam, Topp, Conigrave, White, et al., 2013 ; Kerr et al., 2005 ; Kimber et al., 2008 ; Lamanna et al., 2018 ; Little et Franskoviak, 2010 ; Millson et al., 2007 ; Norman et al., 2008 ; Shanley et al., 2003 ; Stancliff et al., 2012 ; Strike et al., 2013 ; Villeneuve et al., 2006 ; Wood et Austin, 2009).

Dans certains cas, la ressource à bas seuil d'exigence est située à l'intérieur d'une plus large structure (par exemple, une clinique à l'intérieur d'un plus vaste campus hospitalier) (Dombrowski et al., 2018 ; Moriarty et al., 2001 ; Villeneuve et al., 2006). Cela permet de réagir rapidement et d'adapter facilement le suivi (Essock et al., 2006 ; Gauthier et al., 2018 ; Milne et al., 2015 ; Shanley et al., 2003 ; Wood et Austin, 2009). Ces services misent aussi sur la création de corridors de services intégrant de nombreuses ressources (cliniques sans rendez-vous, lieux de restauration, refuges, groupes de médecine familiale, structures spécialisées et milieux hospitaliers, milieu carcéral, ressources communautaires et milieux de vie, etc.) et le développement de liens avec de nombreux partenaires (groupes de soutien, regroupements activistes, représentants politiques et économiques, services de police, etc.) (Anderson et Larke, 2009 ; Beattie et al., 2016 ; Borne et al., 2018 ; Carter et al., 2019 ; Dombrowski et al., 2018 ; Evans, 2011 ; Kerr et al., 2005 ; Kimber et al., 2008 ; Lamanna et al., 2018 ; Mason et al., 2015 ; Powers et al., 2017 ; Stancliff et al., 2012 ; Wood et Austin, 2009).

Les liens vers les ressources alliées doivent être envisagés en amont des prises en charge et entretenus au fil du temps (Anderson et Larke, 2009 ; Borne et al., 2018 ; Islam, Shanahan et al., 2013 ; Islam, Topp, Conigrave, White et al., 2013). Différentes modalités d'accompagnement peuvent être considérées : prendre rendez-vous pour la personne, l'accompagner physiquement aux ressources, la contacter à intervalles réguliers afin d'assurer le suivi de la référence (Anderson et Larke, 2009 ; Borne et al., 2018 ; Brownrigg et al., 2017 ; Islam, Shanahan et al., 2013 ; Islam, Topp, Conigrave, White et al., 2013). L'apport d'un intervenant pivot s'avère significatif pour arrimer les services aux objectifs et aux besoins individuels (Anderson et Larke, 2009).

Mobilité des équipes

Les services à bas seuil d'exigence se caractérisent par la présence des intervenants dans l'espace communautaire (Borne et al., 2018; Lamanna et al., 2018; Langendam et al., 2001; Little et Franskoviak, 2010; Newman et al., 2013; Norman et al., 2008; van Beek, 2007). Cela se traduit par le fait de chercher les personnes là où elles se trouvent et de les emmener vers la ressource appropriée (Beattie et al., 2016; Islam, Topp, Conigrave, White et al., 2013), mais aussi par l'utilisation d'un véhicule automobile équipé pour l'intervention permettant de se rendre dans les différents quartiers d'une ville (Borne et al., 2018; Gibson et al., 2017; Hall et al., 2014; Langendam et al., 2001). Les équipes peuvent être appelées à intervenir dans les structures partenaires pour répondre aux besoins urgents, suivre et orienter les usagers, tout en renforçant les liens entre les services (Anderson et Larke, 2009; Carter et al., 2019; Chatterjee et al., 2017; Powers et al., 2017).

Structure de service adaptée et flexible

Les services à bas seuil d'exigence doivent être facilement accessibles, par exemple par le biais de la marche ou des transports en commun (Evans, 2011; Kimber et al., 2008; Lamanna et al., 2018; Mason et al., 2015; Powers et al., 2017; Stancliff et al., 2012). En termes de localisation géographique, il apparaît pertinent de cibler les environnements (urbains ou non) où les personnes présentent davantage de difficultés à rejoindre les services (Milne et al., 2015; Sorsa et al., 2018). De nombreuses ressources sont conçues pour être ouvertes en continu (Edland-Gryt et Skatvedt, 2013; Evans, 2011; Gibson et al., 2017; Graham et al., 2006). À défaut, les plages horaires sont adaptées au mode de vie des personnes à qui les services s'adressent (Kerr et al., 2005). Les soins sont souvent offerts sans rendez-vous (Brownrigg et al., 2017; Dombrowski et al., 2018; Gibson et al., 2017; Graham et al., 2006; Lamanna et al., 2018). Sur le plan administratif, l'accueil n'est pas conditionné par le fait de posséder une preuve d'identité ou des documents d'assurance (Brownrigg et al., 2017; Graham et al., 2006), ni même d'être référé (Christie et al., 2013; Milne et al., 2015). Certains services sont gratuits, ou à prix très abordables, avec un remboursement rapide des frais engendrés (Graham et al., 2006; Langendam et al., 2001).

Ensuite, la consommation de substances psychoactives ne constitue pas un motif d'interruption du soin (Christie et al., 2013; Evans, 2011; Mason et al., 2015; Perreault et al., 2007; Strike et al., 2013). Il reste important d'assurer une surveillance dans le cadre du TAO afin d'éviter les usages détournés ou le trafic (Strike et al., 2013). Les équipes doivent s'attendre à être confrontées aux absences ou aux présences irrégulières des personnes utilisant ces services. Aucun aspect du suivi n'est présenté comme étant absolument obligatoire, et le règlement interne, s'il existe, est peu restrictif (Christie et al., 2013). La seule situation où une interruption de suivi est envisagée serait en cas d'agressivité marquée et de violence, quand la sécurité immédiate des autres usagers ou du personnel est menacée. Dans ce cas, il faut explorer les solutions pour éviter la sortie totale du soin (Christie et al., 2013; Strike et al., 2013). S'il y avait interruption de la prise en charge, il conviendrait de faciliter le retour vers le soin (Langendam et al., 2001).

Discussion

L'objectif de cette recension était de mieux saisir les caractéristiques des programmes à bas seuil d'exigence rejoignant les personnes en situation de précarité, notamment celles faisant usage des opioïdes. Nos questions de recherche portaient sur la philosophie d'intervention, l'offre de service et l'organisation de ces derniers. Nous allons maintenant revenir sur les différents constats soulignés et leur implication au sein du contexte québécois.

Des adaptations à multiples niveaux pour promouvoir des soins accessibles, globaux et respectueux des personnes

Les données de cette recension démontrent l'importance de pleinement considérer les spécificités de la personne dans la structuration de l'offre de soins. Sur le plan organisationnel, il s'agit de répondre de manière appropriée à la diversité des besoins, des attentes, ou encore des objectifs de la personne. Sur le plan interpersonnel, il est essentiel de bâtir des liens authentiques et respectueux. Certaines modifications de la prise en charge prennent alors une signification toute particulière, comme l'adaptation du langage à utiliser et la prise en considération des traumatismes vécus (*trauma-informed care*) (Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA), 2014). Adapter le langage, tant à l'oral que dans les documents associés aux soins, aux caractéristiques des usagers paraît être une étape importante dans un contexte où la littératie en santé demeure une problématique pour une partie de la population (Bernèche et al., 2012; Nanhou et Desrosiers, 2019). Ensuite, la prise en considération des traumatismes permet d'appréhender davantage la personne dans sa globalité, et de s'inscrire dans le respect de son intégrité (Damon et al., 2017; Little et Franskoviak, 2010; Milne et al., 2015; Powers et al., 2017; Sorsa et al., 2018).

L'ancrage dans une approche holistique vient également mettre en relief la formation des intervenants. Cette démarche nécessite en effet que ces derniers disposent de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être permettant de proposer un accompagnement interdisciplinaire adéquat. Cet objectif apparaît toutefois encore délicat à atteindre, car il nécessite de faire appel à des domaines d'intervention qui évoluent encore trop en silos, notamment du fait de l'organisation actuelle du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Enfin, promouvoir cette approche holistique revient aussi à redéfinir les cibles de performance considérées au sein de ce réseau. Proposer une prise en charge globale, répondant pleinement aux besoins, aux souhaits et aux objectifs des personnes, s'avère souvent coûteux en temps. Or, cela constituerait un élément en mesure de nuire à l'évaluation de la performance des structures selon les critères actuellement en place.

Enfin, l'individualisation des soins peut être limitée par les normes de pratiques proposées par les organismes régulateurs des professions, notamment médicales et paramédicales. Par exemple, dans le contexte d'un TAO, les conditions de vie d'une personne pourraient nécessiter qu'il lui soit offert des doses à emporter plus tôt que ce qui est habituellement prescrit

par ce cadre normatif. Ce conflit entre le jugement clinique des équipes d'intervenants et les normes de pratique vient limiter l'adaptation des soins aux réalités vécues par les personnes, tout en accroissant le ressenti par celles-ci d'un sentiment de contrôle exercé par les professionnels de santé sur leur vie.

Le bas seuil d'exigence, un partenariat centré sur la personne

En lien avec cette conceptualisation holistique de l'accompagnement, la prise en charge s'articule donc autour de la personne. Elle doit notamment miser sur les forces, tout en tenant compte des faiblesses et des objectifs de cette dernière. À cet égard, cette approche vient rappeler les principes de l'approche patient-partenaire mise de l'avant au Québec. Ces derniers portent notamment sur le partage des savoirs entre les intervenants et les usagers pour aboutir à la co-construction d'un accompagnement personnalisé (Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), 2019; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018). En parallèle, le fait d'accorder une place importante aux objectifs propres à la personne doit faire réfléchir sur la notion de réussite en traitement. Le succès peut en effet être vu très différemment selon les personnes. Par exemple, en lien avec la consommation de substances psychoactives, certaines viseront l'abstinence, une régulation de leurs conduites de consommation, ou encore une amélioration de leurs conditions de vie, leur santé, etc.

Par extension, l'arrimage entre les objectifs de la personne et les valeurs propres au sein de l'équipe d'intervenants peut être complexe à obtenir. Cela doit pousser à la réflexion quant aux éléments clés faisant partie intégrante de la posture d'accompagnant. De plus, il est envisageable que le rôle de certains intervenants évolue, a fortiori dans le contexte, par exemple, de la crise des surdoses liées aux opioïdes sévissant au Canada. Le médecin passe d'une position de soignant à celle d'accompagnateur de l'usager, dans l'atteinte de ses objectifs et la gestion des risques auxquels il pourra être exposé. En soi, cette évolution dans la posture médicale représente un éloignement vis-à-vis du « paternalisme » médical souvent dénoncé par les personnes (Harris et McElrath, 2012; Poliquin et al., 2018).

Intégration, mobilité et travail de proximité

Nous évoquons enfin le caractère fondamental de l'intégration de multiples ressources dans la réponse à offrir aux personnes. Ici, le modèle du *one stop shop* représente une avenue pertinente, car il implique de regrouper un ensemble varié de ressources au sein d'une même structure, d'un même emplacement géographique, avec de nombreux bénéfices pour les usagers (van Beek, 2007; Wood et Austin, 2009). Plus largement, il faut repenser la structure des services au Québec en faveur de l'intégration. L'organisation actuelle est en effet encore trop compartimentée selon des problématiques précises, et ne favorise donc pas le développement de liens de collaboration entre ressources. Pour autant, le déploiement d'un tel modèle à l'échelle du réseau de la santé et des services sociaux s'accompagne de défis. Parmi ceux-ci se pose par exemple celui de pouvoir préserver la capacité des équipes à garder un pouvoir décisionnel minimal considérant leurs spécificités locales.

Il semble également important que ces services puissent être offerts au sein de la communauté, directement là où se trouve leur population cible. Cela contribuera à réduire les barrières à l'accès aux soins. La faisabilité de cette modalité dans un contexte non urbain reste toutefois à évaluer. En effet, une densité de population moins importante, un degré d'équipement en services et ressources plus faible, mais également de plus grandes distances à parcourir, représentent des défis spécifiques qu'il faut prendre en compte. Il reste à concevoir comment proposer une organisation des soins pertinente considérant les spécificités des différentes régions du Québec.

Limites

Ce travail comporte des limites. Tout d'abord, les populations étudiées dans les différentes études ne représentent vraisemblablement pas la diversité des personnes en situation de précarité et faisant usage des opioïdes. Ensuite, si notre démarche emprunte quelques caractéristiques d'une recension systématique (par exemple, l'élaboration d'une stratégie de recherche, l'utilisation de critères d'inclusion), il s'agit avant tout d'une démarche d'analyse narrative assez large sur un sujet donné de la littérature, dans une optique très descriptive qui limite alors sa capacité à couvrir de manière exhaustive toutes les données existantes sur cette thématique.

Conclusion

Cette recension de la littérature constitue un avancement dans la définition précise de ce que sont les services à bas seuil d'exigence. Les caractéristiques des services ici identifiées représentent en effet une base sur laquelle s'appuyer pour réfléchir plus largement à l'amélioration des services sociaux et de santé qui sont destinés aux personnes en situation de précarité et utilisant des substances psychoactives, dont les opioïdes. Qui plus est, en mettant l'accent sur un accueil et un accompagnement fondé sur le non-jugement, la flexibilité, l'autonomisation et l'autodétermination des personnes, les services à bas seuils d'exigence apparaissent comme une transposition concrète de la philosophie de la réduction des méfaits dans le domaine de l'intervention.

Ce travail justifie néanmoins de porter un regard critique sur le terme de bas seuil d'exigence en lui-même. En effet, il serait peut-être intéressant de supprimer ce qualificatif au profit de l'idée d'une plus grande adaptabilité des programmes de soins en santé, quelle que soit leur population cible. Cliver les services entre ceux au format « bas seuil d'exigence » versus des services « réguliers » revient alors à distinguer différentes populations, à créer une nouvelle compartimentation des soins, au risque de stigmatiser certaines personnes encore davantage. Force est de constater que les valeurs et l'organisation des services actuellement dits à bas seuil d'exigence pourraient globalement bénéficier à l'intégralité des services sociaux et de santé, et ce, dans l'intérêt de toutes les personnes en besoin de soins.

Références

- Anderson, J. E. et Larke, S. C. (2009). Navigating the mental health and addictions maze: a community-based pilot project of a new role in primary mental health care. *Mental Health in Family Medicine*, 6(1), 15-19.
- Bansback, N., Guh, D., Oviedo-Joekes, E., Brissette, S., Harrison, S., Janmohamed, A., Krausz, M., MacDonald, S., Marsh, D. C., Schechter, M. T. et Anis, A. H. (2018). Cost-effectiveness of hydromorphone for severe opioid use disorder: Findings from the SALOME randomized clinical trial. *Addiction*, 113(7), 1264-1273. <https://doi.org/10.1111/add.14171>
- Bardwell, G., Anderson, S., Richardson, L., Bird, L., Lampkin, H., Small, W. et McNeil, R. (2018). The perspectives of structurally vulnerable people who use drugs on volunteer stipends and work experiences provided through a drug user organization: Opportunities and limitations. *The International Journal on Drug Policy*, 55, 40-46. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.02.004>
- Beattie, A., Marques, E. M. R., Barber, M., Greenwood, R., Ingram, J., Ayres, R., Neale, J., Rees, A., Coleman, B. et Hickman, M. (2016). Script In A Day intervention for individuals who are injecting opioids: A feasibility randomized control trial. *Journal of Public Health*, 38(4), 712-721. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv161>
- Bernèche, F., Traoré, I. et Perron, B. (2012). *Littérature en santé : Compétences, groupes cibles et facteurs favorables*. Institut de la statistique du Québec. <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201202-35.pdf>
- Blank, M. et Eisenberg, M. (2013). Tailored treatment for HIV+ persons with mental illness: The intervention cascade. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 63(1), S44-S48. <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e318293067b>
- Borne, D., Tryon, J., Rajabiun, S., Fox, J., de Groot, A. et Gunhouse-Vigil, K. (2018). Mobile multidisciplinary HIV medical care for hard-to-reach individuals experiencing homelessness in San Francisco. *American Journal of Public Health*, 108, S528-S530.
- Braun, V. et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis In psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brisson, P. (2011). *Les personnes qui utilisent des drogues par injection (UDI)* – Informations complémentaires*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/itss/fiche-udi.pdf>
- Brownrigg, B., Taylor, D., Phan, F., Sandstra, I., Stimpson, R., Barrios, R., Lester, R. et Ogilvie, G. (2017). Improving linkage to HIV care at low-threshold sti/hiv testing sites: an evaluation of the immediate staging pilot project in Vancouver, British Columbia. *Canadian Journal of Public Health*, 108(1), e79-e84. <https://doi.org/10.17269/cjph.108.5753>
- Carter, J., Zevin, B. et Lum, P. J. (2019). Low barrier buprenorphine treatment for persons experiencing homelessness and injecting heroin in San Francisco. *Addiction Science & Clinical Practice*, 14(1), 20-20. <https://doi.org/10.1186/s13722-019-0149-1>

Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Ste-Marie, G. et Chartrand, É. (2018). *L'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux au Québec*. Portrait de la situation. École de santé publique et Institut de recherche en santé publique, Université de Montréal. [http://www.irspum.umontreal.ca/Portals/0/Atlas_accessibilite%CC%81\(reduit\).pdf](http://www.irspum.umontreal.ca/Portals/0/Atlas_accessibilite%CC%81(reduit).pdf)

Chatterjee, A., Obando, A., Strickland, E., Nestler, A., Harrington-Levey, R., Williams, T. et LaCoursiere-Zuccherro, T. (2017). Shelter-based opioid treatment: increasing access to addiction treatment in a family shelter. *American Journal of Public Health*, 107(7), 1092-1094. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.303786>

Christie, T. K. S., Murugesan, A., Manzer, D., O'Shaughnessey, M. V. et Webster, D. (2013). Evaluation of a low-threshold/high-tolerance methadone maintenance treatment clinic in Saint John, New Brunswick, Canada: one year retention rate and illicit drug use. *Journal of Addiction*, 2013, 753409. <https://doi.org/10.1155/2013/753409>

Clausen, T., Anchersen, K. et Waal, H. (2008). Mortality prior to, during and after Opioid Maintenance Treatment (OMT): a national prospective cross-registry study. *Drug and Alcohol Dependence*, 94(1-3), 151-157. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.11.003>

Collins, A. B., Parashar, S., Hogg, R. S., Fernando, S., Worthington, C., McDougall, P., Turje, R. B. et McNeil, R. (2017). Integrated HIV care and service engagement among people living with HIV who use drugs in a setting with a community-wide treatment as prevention initiative : a qualitative study in Vancouver, Canada. *Journal of the International AIDS Society*, 20(1), 21407. <https://doi.org/10.7448/IAS.20.1.21407>

Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. (2020). *Rapport national : Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes au Canada (de janvier 2016 à décembre 2019)*. Agence de la santé publique du Canada. <https://sante-infobase.canada.ca/lab-de-donnees/surveillance-nationale-opioides-mortalite.html#citation>

Damon, W., Small, W., Anderson, S., Maher, L., Wood, E., Kerr, T. et McNeil, R. (2017). «Crisis» and «Everyday» initiators: a qualitative study of coercion and agency in the context of methadone maintenance treatment initiation. *Drug and Alcohol Review*, 36(2), 253-260. <https://doi.org/10.1111/dar.12411>

Dassieu, L. (2013). Les seuils de la substitution : Regard sociologique sur l'accès aux traitements de substitution aux opiacés. *Psychotropes*, 19(3-4), 149-172. <https://doi.org/10.3917/psyt.193.0149>

Dombrowski, J. C., Ramchandani, M., Dhanireddy, S., Harrington, R. D., Moore, A. et Golden, M. R. (2018). The Max Clinic: medical care designed to engage the hardest-to-reach persons living with HIV in Seattle and King County, Washington. *AIDS Patient Care and STDs*, 32(4), 149-156. <https://doi.org/10.1089/apc.2017.0313>

Dubreucq, S., Chanut, F. et Jutras-Aswad, D. (2012). Traitement intégré de la comorbidité toxicomanie et santé mentale chez les populations urbaines : La situation montréalaise. *Santé mentale au Québec*, 37(1), 31. <https://doi.org/10.7202/1012642ar>

- Edland-Gryt, M. et Skatvedt, A. H. (2013). Thresholds in a low-threshold setting: an empirical study of barriers in a centre for people with drug problems and mental health disorders. *The International Journal on Drug Policy*, 24(3), 257-264. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2012.08.002>
- Essock, S. M., Mueser, K. T., Drake, R. E., Covell, N. H., McHugo, G. J., Frisman, L. K., Kontos, N. J., Jackson, C. T., Townsend, F. et Swain, K. (2006). Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders. *Psychiatric Services*, 57(2), 12.
- Evans, J. (2011). Exploring The (bio)political dimensions of voluntarism and care in the city: the case of a 'low barrier' emergency shelter. *Health & Place*, 17(1), 24-32. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.05.001>
- Fernandez, J., McNeill, C., Haskew, M. et Orr, T. (2006). Low threshold: a future model for drug service provision? an evaluation of the model used in South Islington drug services. *Journal of Research in Nursing*, 11(1), 42-46. <https://doi.org/10.1177/1744987106059581>
- Gauthier, G., Eibl, J. K. et Marsh, D. C. (2018). Improved treatment-retention for patients receiving methadone dosing within the clinic providing physician and other health services (onsite) versus dosing at community (offsite) pharmacies. *Drug and Alcohol Dependence*, 191, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.04.029>
- Gibson, B. A., Morano, J. P., Walton, M. R., Marcus, R., Zelenev, A., Bruce, R. D. et Altice, F. L. (2017). Innovative program delivery and determinants of frequent visitation to a mobile medical clinic in an urban setting. *Journal of Health Care for the Poor & Underserved*, 28(2), 643-662. <https://doi.org/10.1353/hpu.2017.0065>
- Government of New-Brunswick. (2005). *Methadone maintenance treatment guidelines for New Brunswick addiction services*. https://www.gnb.ca/0378/pdf/methadone_guidelines-e.pdf
- Gowing, L., Farrell, M. F., Bornemann, R., Sullivan, L. E. et Ali, R. (2011). Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd004145.pub4>
- Graham, H. L., Copello, A., Birchwood, M., Orford, J., McGovern, D., Mueser, K. T., Clutterbuck, D. R., Godfrey, E., Maslin, J., Day, E. et Tobin, D. (2006). A preliminary evaluation of integrated treatment for co-existing substance use and severe mental health problems: impact on teams and service users. *Journal of Mental Health*, 15(5), 577-591. <https://doi.org/10.1080/09638230600902633>
- Gryczynski, J., Mitchell, S. G., Jaffe, J. H., O'Grady, K. E., Olsen, Y. K. et Schwartz, R. P. (2014). Leaving buprenorphine treatment: patients' reasons for cessation of care. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(3), 356-361. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.10.004>
- Hall, G., Neighbors, C. J., Iheoma, J., Dauber, S., Adams, M., Culleton, R., Muench, F., Borys, S., McDonald, R. et Morgenstern, J. (2014). Mobile opioid agonist treatment and public funding expands treatment for disenfranchised opioid-dependent individuals. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(4), 511-515. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.11.002>
- Harris, J. et McElrath, K. (2012). Methadone as social control: institutionalized stigma and the prospect of recovery. *Qualitative Health Research*, 22(6), 810-824. <https://doi.org/10.1177/1049732311432718>

Hawker, S., Payne, S., Kerr, C., Hardey, M. et Powell, J. (2002). Appraising the evidence: reviewing disparate data systematically. *Qualitative Health Research*, 12(9), 1284-1299.

<https://doi.org/10.1177/1049732302238251>

Hay, B., Henderson, C., Maltby, J. et Canales, J. J. (2017). Influence of peer-based needle exchange programs on mental health status in people who inject drugs: a nationwide New Zealand study. *Frontiers in Psychiatry*, 7.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00211>

Health Canada. (2002). *Best practices—methadone maintenance treatment*.

<https://www.publicsafety.gc.ca/lbrr/archives/cn2493-eng.pdf>

Hyppolite, S.-R., Lauzier, S., Lefrançois, C., Manceau, L. M., Blain, S., Bouchard, S., Goyer, M.-E., Amar, M., Bérubé, A., Despons, S., Frappier, P., Leclerc, S., Michaud, A.-M., Robert, M., Rodrigue, M., Shink, N., Vermette, S., Castel, J., Boissy, F., ... d'Avignon, G. (2019). *Favoriser l'accès et la qualité des services offerts aux personnes marginalisées—Volet 2 : Étude descriptive et comparative de trois initiatives québécoises qui visent à offrir des soins et des services de santé de proximité aux personnes marginalisées*. Réseau de connaissance en services et soins de santé intégrés de première ligne au Québec (Réseau-1).

<http://reseau1quebec.ca/wp-content/uploads/2018/02/Hyppolite-Dupere-Rapport-VF-2019-01-25.pdf>

Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). (2019, 27 septembre).

La prise de décision partagée : Une approche gagnante. <https://www.inesss.qc.ca/outils-cliniques/outils-cliniques/soutenir-la-prise-de-decision-partagee.html>

Islam, M., Shanahan, M., Topp, L., Conigrave, K. M., White, A. et Day, C. A. (2013). The cost of providing primary health-care services from a needle and syringe program: a case study. *Drug and Alcohol Review*, 32(3), 312-319. <https://doi.org/10.1111/dar.12019>

Islam, M., Topp, L., Conigrave, K. M. et Day, C. A. (2013). Defining a service for people who use drugs as 'low-threshold': what should be the criteria? *The International Journal on Drug Policy*, 24(3), 220-222. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.03.005>

Islam, M., Topp, L., Conigrave, K. M., White, A., Haber, P. S. et Day, C. A. (2013). Are primary health care centres that target injecting drug users attracting and serving the clients they are designed for? A case study from Sydney, Australia. *The International Journal on Drug Policy*, 24(4), 326-332.

<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2012.06.002>

Kerr, T., Oleson, M., Tyndall, M. W., Montaner, J. et Wood, E. (2005). A description of a peer-run supervised injection site for injection drug users. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 82(2), 267-275. <https://doi.org/10.1093/jurban/jti050>

Kimber, J., Mattick, R. P., Kaldor, J., van Beek, I., Gilmour, S. et Rance, J. A. (2008). Process and predictors of drug treatment referral and referral uptake at the Sydney medically supervised injecting centre. *Drug and Alcohol Review*, 27(6), 602-612. <https://doi.org/10.1080/09595230801995668>

Kourounis, G., Richards, B. D. W., Kyprianou, E., Symeonidou, E., Malliori, M.-M. et Samartzis, L. (2016). Opioid substitution therapy: lowering the treatment thresholds. *Drug and Alcohol Dependence*, 161, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.12.021>

- Lamanna, D., Stergiopoulos, V., Durbin, J., O'Campo, P., Poremski, D. et Tepper, J. (2018). Promoting continuity of care for homeless adults with unmet health needs: the role of brief interventions. *Health & Social Care in the Community*, 26(1), 56-64. <https://doi.org/10.1111/hsc.12461>
- Langendam, M. W., van Brussel, G. H. A. et Coutinho, R. A. (2001). The impact of harm-reduction-based methadone treatment on mortality among heroin users. *American Journal of Public Health*, 91(5), 774-780. <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.5.774>
- Leclerc, P., Roy, É., Morissette, C., Alary, M., Parent, R. et Blouin, K. (2019). *Surveillance des maladies infectieuses chez les Utilisateurs de Drogues par Injection—Le réseau SurvUDI : Épidémiologie du VIH 1995-2017—Épidémiologie du VHC 2003-2017*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2516_surveillance_maladies_infectieuses_utilisateurs_drogue_injection.pdf
- Lee, S., Castella, A. de, Freidin, J., Kennedy, A., Kroschel, J., Humphrey, C., Kerr, R., Hollows, A., Wilkins, S. et Kulkarni, J. (2010). Mental health care on the streets: an integrated approach. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(6), 505-512.
- Little, J. et Franskoviak, P. (2010). So glad you came! Harm reduction therapy in community settings. *Journal of Clinical Psychology*, 66(2), 175-188. <https://doi.org/10.1002/jclp.20673>
- Mason, K., Dodd, Z., Sockalingam, S., Altenberg, J., Meaney, C., Millson, P. et Powis, J. (2015). Beyond viral response: a prospective evaluation of a community-based, multi-disciplinary, peer-driven model of HCV treatment and support. *The International Journal on Drug Policy*, 26(10), 1007-1013. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.04.012>
- Millson, P., Challacombe, L., Villeneuve, P. J., Strike, C. J., Fischer, B., Myers, T., Shore, R. et Hopkins, S. (2007). Reduction in injection-related HIV risk after 6 months in a low-threshold methadone treatment program. *AIDS Education and Prevention*, 19(2), 124-136. <https://doi.org/10.1521/aeap.2007.19.2.124>
- Milne, R., Price, M., Wallace, B., Drost, A., Haigh-Gidora, I., Nezil, F. A. et Fraser, C. (2015). From principles to practice: description of a novel equity-based HCV primary care treatment model for PWID. *The International Journal on Drug Policy*, 26(10), 1020-1027. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.07.009>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (s. d.). *Usagers ayant reçu des services de réadaptation dans le cadre d'un traitement de substitution entre le 1^{er} avril 2012 et le 31 mars 2018* [document inédit]. Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux. Gouvernement du Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-727-01W.pdf>
- Ministry of Health of New Zealand. (2014). *New Zealand practice guidelines for opioid substitution treatment*. <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/nz-practice-guidelines-opioid-substitution-treatment-apr14-v2.pdf>

Moriarty, H., Kemp, R. et Robinson, G. (2001). Hepatitis services at an injecting drug user outreach clinic. *The New Zealand Medical Journal*, 114(1128), 105-106.

Nanhou, V. et Desrosiers, H. (2019). *Portrait statistique des adultes de 18 à 65 ans sans diplôme d'études secondaires au Québec. Résultats du Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes (PEICA) 2012*. Institut de la statistique du Québec. <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/education/alphabetisation-litteratie/peica-portrait-adultes-sans-diplome-etudes-secondaires.pdf>

Newman, A. I., Beckstead, S., Beking, D., Finch, S., Knorr, T., Lynch, C., MacKenzie, M., Mayer, D., Melles, B. et Shore, R. (2013). Treatment of chronic hepatitis c infection among current and former injection drug users within a multidisciplinary treatment model at a community health centre. *Canadian Journal of Gastroenterology*, 27(4), 217-223.

Norman, J., Walsh, N. M., Mugavin, J., Stoové, M. A., Kelsall, J., Austin, K. et Lintzeris, N. (2008). The acceptability and feasibility of peer worker support role in community-based HCV treatment for injecting drug users. *Harm Reduction Journal*, 5(1), 8. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-5-8>

Organisation mondiale de la santé. (2009a). *Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la Santé*. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf.

Organisation mondiale de la santé. (2009b). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. https://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). Chapitre 11 – L'analyse thématique. *Dans L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (p. 231-314). Armand Colin. <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045-p-231.htm>

Penn, R. A., Strike, C. et Mukkath, S. (2016). Building recovery capital through peer harm reduction work. *Drugs and Alcohol Today*, 16(1), 84-94. <https://doi.org/10.1108/DAT-08-2015-0039>

Perreault, M., Héroux, M.-C., White, N. D., Lauzon, P., Mercier, C. et Rousseau, M. (2007). Rétention en traitement et évolution de la clientèle d'un programme montréalais de substitution à la méthadone à exigences peu élevées. *Canadian Journal Of Public Health*, 98(1), 33-36. <https://doi.org/10.1007/BF03405382>

Poliquin, H. (2017). Penser et percevoir autrement les personnes qui font usage de drogues par injection. *Drogues, santé et société*, 16(2), 104-124. <https://doi.org/10.7202/1041855ar>

Poliquin, H., Dassieu, L., Perreault, M. et Bertrand, K. (2018). Le traitement de la dépendance aux opioïdes vu par des personnes qui font activement usage de drogues par injection à Montréal. *Psychotropes*, 24(3), 111-134. <https://doi.org/10.3917/psyt.243.0111>

Powers, C., Comfort, M., Lopez, A. M., Kral, A. H., Murdoch, O. et Lorvick, J. (2017). Addressing structural barriers to HIV care among triply diagnosed adults: project Bridge Oakland. *Health & Social Work*, 42(2), e53-e61. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlx013>

- Santé Canada. (2001). « Certaines circonstances ». *Équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées*. http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/sc-hc/H39-618-2002-fra.pdf
- Schütz, A., Moser, S., Schwanke, C., Schubert, R., Luhn, J., Gutic, E., Lang, T., Schleicher, M., Haltmayer, H. et Gschwantler, M. (2018). Directly observed therapy of chronic hepatitis c with ledipasvir/sofosbuvir in people who inject drugs at risk of nonadherence to direct-acting antivirals. *Journal of Viral Hepatitis*, 25(7), 870-873. <https://doi.org/10.1111/jvh.12857>
- Shanley, J., Richardson, A. M. et Sherval, J. (2003). Evaluation of a pilot low threshold methadone programme. *Journal of Substance Use*, 8(4), 271-278. <https://doi.org/10.1080/14659890310001636747>
- Shemilt, M., Langlois, É., Dubé, M.-A., Gagné, M., Perron, P.-A. et Dubé, P.-A. (2017). *Décès attribuables aux intoxications par opioïdes au Québec, 2000 à 2012 - mise à jour 2013-2016*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2298_deces_attribuables_opioides.pdf
- Sorsa, M. A., Kiikkala, I. et Åstedt-Kurki, P. (2018). Engagement in help-seeking of dual diagnosed mothers at a low-threshold service: grasping life through co-created opportunities. *Advances in Dual Diagnosis*, 11(2), 88-100. <https://doi.org/10.1108/ADD-11-2017-0025>
- Stancliff, S., Joseph, H., Fong, C., Furst, T., Comer, S. D. et Roux, P. (2012). Opioid maintenance treatment as a harm reduction tool for opioid-dependent individuals in New York City: the need to expand access to buprenorphine/naloxone in marginalized populations. *Journal of Addictive Diseases*, 31(3), 278-287. <https://doi.org/10.1080/10550887.2012.694603>
- Strike, C., Millson, M., Hopkins, S. et Smith, C. (2013). What is low threshold methadone maintenance treatment? *The International Journal on Drug Policy*, 24(6), e51-56. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.05.005>
- Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA). (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach*. <https://store.samhsa.gov/product/SAMHSA-s-Concept-of-Trauma-and-Guidance-for-a-Trauma-Informed-Approach/SMA14-4884.html>
- Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA). (2015). *Federal guidelines for opioid treatment programs*. <https://store.samhsa.gov/product/Federal-Guidelines-for-Opioid-Treatment-Programs/PEP15-FEDGUIDEOTP>
- Taha, S., Santé Canada et Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2018). *Pratiques exemplaires dans le continuum des soins pour le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes*. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. http://publications.gc.ca/collections/collection_2018/sc-hc/H17-4-2018-fra.pdf
- van Beek, I. (2007). Case study: accessible primary health care--a foundation to improve health outcomes for people who inject drugs. *The International Journal on Drug Policy*, 18(4), 329-332. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2006.11.005>

L'approche à bas seuil d'exigence. De quoi parle-t-on ?

Villeneuve, P. J., Challacombe, L., Strike, C. J., Myers, T., Fischer, B., Shore, R., Hopkins, S. et Millson, P. E. (2006). Change in health related quality of life of opiate users in low-threshold methadone programs. *Journal of Substance Use*, 11(2), 137-149. <https://doi.org/10.1080/14659890500256945>

Wood, S. et Austin, S. (2009). Building bridges in Bridgeport for HIV-positive substance abusers. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 8(1), 20-34. <https://doi.org/10.1080/15381500902736129>