

INFO-TOXICO

Domrémy-de-la-Mauricie / Centre-du-Québec
AVRIL 2013 Vol. 25 N° 1

Toxicomanie et itinérance : Un modèle d'intervention intégrée

Jean-Marc Ménard & Michel Simard

Une définition de l'itinérance

« L'itinérance décrit la situation d'un individu ou d'une famille qui n'a pas de logement stable, permanent et adéquat, ou qui n'a pas de possibilité ou la capacité immédiate de s'en procurer un. C'est le résultat d'obstacles systémiques et sociétaux, d'un manque de logements abordables et adéquats, et/ou de défis financiers, mentaux, cognitifs, de comportement ou physiques qu'éprouvent l'individu ou la famille, et de racisme et de discrimination. La plupart des gens ne choisissent pas d'être un sans-abri et l'expérience est généralement négative, stressante et pénible. L'itinérance décrit une variété de situations d'hébergement et de refuges, allant d'individus sans abri à un extrême, aux personnes logées de façon non sûre à l'autre extrême... Notons que pour bon nombre de personnes, l'itinérance n'est pas un état statique, mais plutôt une expérience fluide dans laquelle les circonstances et options de logement peuvent varier et changer de façon dramatique et fréquemment. Le problème de l'itinérance et de l'exclusion liée au logement est le manque de la société à assurer que des systèmes, un financement et un soutien adéquats sont en place de telle sorte que les individus, même en situation de crise, aient accès à un logement... » (Citation du Canadian Homelessness Research Network, 2012; p.1)

Un phénomène de rupture sociale

Cette définition récente met en perspective une multitude de situations associées à l'itinérance. Elle souligne les différents facteurs systémiques, propres à nos sociétés et nos communautés, impliqués dans la production de l'itinérance et de la désaffiliation sociale. Au-delà des caractéristiques propres à chaque personne itinérante, cette définition situe le début de l'itinérance à la jonction d'une rupture entre des individus vulnérables, en situation de grande précarité, et une communauté dont la réponse, au plan des systèmes, des finances et du soutien, peut difficilement trouver écho chez ces personnes. Le Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013 du gouvernement du Québec, tout comme plusieurs auteurs qui se sont intéressés à l'itinérance, aborde ce phénomène sous l'angle d'un processus de désaffiliation ou de rupture sociale qui s'échelonne sur plusieurs années. L'itinérance est un « ...processus qui se traduit par une multiplication de ruptures, d'impasses et de difficultés propices à la dégradation des liens sociaux et dont l'aboutissement est la rue... » (Ruest & Faulkner, 2009; p.15) La désaffiliation fait

référence à l'isolement social, à la dégradation du réseau de soutien social à partir duquel les individus arrivent à se maintenir en relation avec la société (Breakey, 1987). Alors que l'efficacité des traitements pour différentes problématiques est associée à la qualité du soutien social, l'absence de ce soutien et la rupture de ces liens joueraient un rôle important dans les difficultés d'engagement des personnes itinérantes dans un processus de rétablissement.

La relation entre la toxicomanie et l'itinérance

La prévalence des problèmes de consommation chez les personnes itinérantes ou à risque d'itinérance est élevée. Aux États-Unis, la dépendance à l'alcool a été estimée à 38% chez les personnes sans-abris alors que 26% d'entre elles abusent de drogues (SAMSHA, 2003). Chevalier et Fournier rapportaient en 1998 que 46% des personnes qui font appel aux ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal et Québec présentent une problématique de consommation d'alcool ou de drogues. Chez les jeunes de la rue, la majorité présenterait une consommation problématique d'alcool. Un jeune sur deux aurait fait usage de drogues injectables (UDI) et nombreux sont ceux atteints du VIH et de l'hépatite C (voir MSSS, 2008). La relation entre les problématiques de consommation et le phénomène de l'itinérance est complexe. La toxicomanie est perçue par plusieurs comme une cause importante de l'itinérance. Les problèmes de consommation sont souvent au cœur des ruptures familiales et relationnelles et des pertes d'emploi. Chez les personnes qui ont un revenu précaire, l'apparition ou l'amplification d'une problématique de consommation entraîne plus facilement la perte d'un logement stable. Certaines études réalisées auprès de personnes sans-abris ont révélé que les deux tiers d'entre elles ciblaient leur propre consommation d'alcool ou de drogue comme étant l'une des principales raisons associées au fait d'être devenues itinérantes (Didenko and Pankratz, 2007). De la même façon, nombreux sont ceux qui identifient les problèmes de consommation chez les personnes itinérantes comme une conséquence de leur condition de vie précaire. Elles ont recours à la consommation comme mode de survie, pour se soulager momentanément des nombreux problèmes avec lesquels elles ont à composer quotidiennement, dont souvent des troubles mentaux non soignés. Cependant, cette consommation amplifie leurs difficultés et réduit leurs chances de quitter la rue, de retrouver un logement stable ou un emploi.

CENTRES DE SERVICES

BÉCANCOUR	819 298-2144	PLESSISVILLE	819 362-6301
DRUMMONDVILLE	819 475-0242	SHAWINIGAN	819 536-0004
LA TUQUE	819 523-6113	STE-GENEVIÈVE-DE-BATISCAN	418 362-2728
LOUISEVILLE	819 228-2731	SAINT-TITE	418 365-7555
NICOLET	819 293-2071	TROIS-RIVIÈRES	819 374-4744
VICTORIAVILLE	819 752-5668	TROIS-RIVIÈRES (Hébergement) (secteur Pointe-du-Lac)	819 377-2441

CENTRE
DE RÉADAPTATION
EN DÉPENDANCE
DOMRÉMY-DE-LA-MAURICIE
CENTRE-DU-QUÉBEC

Vous trouverez tous les numéros de l'Info-Toxico sur notre site Internet : www.domremymcq.ca

Vous aimeriez réagir à cet article, vous pouvez nous écrire à l'adresse Internet suivante : domremymcq@sss.gouv.qc.ca

Le traitement de la toxicomanie chez les itinérants

Alors qu'il est parfois difficile pour une personne bien entourée de résoudre une problématique en dépendance, cette tâche s'avère encore plus ardue pour les personnes sans-abris qui sont isolées, essentiellement préoccupées par leur survie au quotidien, méfiantes à l'endroit des institutions avec lesquelles elles ont bien souvent rompu tout lien depuis longtemps. Elles présentent fréquemment de nombreux problèmes simultanés, tant au plan de la santé physique, de la santé mentale, de la justice, du logement, etc. Elles présentent à la fois les plus grands besoins et les plus grandes difficultés pour accéder à l'aide requise. Les obstacles à leur engagement en traitement sont nombreux et tributaires à la fois de leur isolement, de leur méfiance à l'endroit des institutions, de leur mobilité constante et des exigences propres aux différents systèmes de soins. Selon Roy et ses collègues (2006), les personnes itinérantes seraient parmi les populations les moins bien desservies en raison de l'organisation et de l'emplacement des services, des critères d'accès, des règles de fonctionnement, de la multiplicité de leurs besoins ainsi que des difficultés associées à l'arrimage et à la continuité de ces services. Le traitement de la toxicomanie chez ces personnes a peu d'impact s'il ne tient pas compte de l'ensemble des problématiques présentes et s'il ne s'articule pas autour d'un accès et d'un soutien au logement, permettant de stabiliser leurs conditions de vie et de préserver un minimum d'acquis réalisés en cours de traitement. Alors que certains exigent que le problème de toxicomanie soit résolu avant de travailler l'accès au logement, des études ont souligné que le traitement en toxicomanie ne favorise pas en soi l'accès au logement stable pour ces personnes (Palepu, 2010). À l'inverse, l'accès à un logement stable, bien que la personne puisse toujours être aux prises avec une problématique de consommation, a permis à plusieurs de quitter l'itinérance et de réduire de façon marquée leur consommation de substance (Milby et al. 2005).

L'équipe itinérance de Trois-Rivières

L'augmentation continue des personnes en situation de rupture sociale à Trois-Rivières au cours des dernières années et la difficulté à rejoindre efficacement cette population ont conduit deux partenaires du réseau communautaire (Le Havre - hébergement d'urgence et Point de rue - travailleurs de rue) et deux partenaires du réseau de la santé et des services sociaux (CSSSTR - santé mentale et urgence et le CRD Domrémy MCQ - dépendance) à mettre en place une équipe multidisciplinaire et interorganisationnelle, composée de quatre intervenants, pour rejoindre cette clientèle et faciliter son accès aux services. Cette équipe vise à améliorer l'accessibilité et la continuité des services en créant des passerelles entre l'équipe itinérance et les autres services du réseau communautaire, du réseau de la santé et des services sociaux et du réseau de la sécurité publique. Elle vise à créer les conditions requises pour soutenir l'affiliation des personnes en situation de rupture sociale avec les réseaux de soutien existants. Elle cherche à freiner le développement de la judiciarisation de cette clientèle et à faciliter son accès et son maintien en logement. Elle met de l'avant un modèle d'intervention novateur en regroupant au sein d'une même équipe des intervenants en provenance d'établissements et d'organismes différents. Ces intervenants, de par leur profession, leur formation et leur appartenance institutionnelle ou communautaire différentes, ont pour fonction de mieux rejoindre la clientèle cible et de faciliter leur intégration dans les différents réseaux de soutien et de services.

La genèse d'une idée novatrice

L'origine de cette équipe est issue des difficultés rencontrées par les intervenants du centre d'hébergement d'urgence d'accéder aux services de désintoxication du centre de réadaptation en dépendance (CRD) pour leur clientèle la plus désaffiliée. Au-delà de ces problèmes d'accès, la complexité des situations associées aux personnes en position de rupture sociale fut soulignée lors d'une rencontre entre les directeurs du Havre et du CRD Domrémy MCQ. Des démarches furent entreprises pour réunir les partenaires les

plus concernés par cette situation (CSSSTR, CHRTR, Point de rue, Centre Le Havre, CRD Domrémy MCQ), afin d'aborder la réalité de la rupture sociale à Trois-Rivières. Étaient ainsi réunis autour de la table, les établissements publics responsables de l'offre de service en santé mentale et dépendance sur le territoire, ainsi que les organismes communautaires responsables de l'offre de service dédiée aux personnes en situation de rupture sociale. Assez rapidement, certains constats furent dégagés : la rupture sociale est un phénomène croissant depuis plus de vingt ans. Les situations associées à ce phénomène sont complexes et touchent une population hétérogène. Une partie importante de cette population souffre de problèmes graves de santé mentale, de problèmes de santé physique et de dépendances. Même si leur offre de service n'est pas dédiée à cette population, la croissance de la désaffiliation et des situations de rupture sociale est de plus en plus présente et visible au sein des différents établissements concernés. Toutefois, l'effort pour gérer la complexité de ces situations dans le cadre d'un établissement aboutit la plupart du temps à un échec et, dans le meilleur des cas, au renvoi de la personne vers un organisme communautaire. Ce phénomène n'est pas exceptionnel mais systémique. Il n'est pas dû à une défaillance du système ou à une faute professionnelle – ce qui ne veut pas dire que cela n'arrive pas –, mais au fonctionnement « normal » du système. Finalement, aucun organisme ou établissement ne peut assurer seul la prise en charge de cette population.

L'émergence d'un nouveau paradigme d'intervention

Au cours des discussions, l'idée est venue de créer une équipe commune de suivi dédiée à la population en situation de rupture sociale sur le territoire de Trois-Rivières. Cette idée a rapidement fait consensus autour de la table. Pour aller à l'essentiel, trois repères se sont avérés décisifs et, sans le savoir, nous ont fait passer dans un autre paradigme d'organisation de service et d'approche auprès de cette population particulièrement fragile et vulnérable. Le premier est le déplacement des critères de définition de la clientèle cible vers les paramètres d'une situation commune, soit l'impasse de la rupture sociale, au lieu des caractéristiques individuelles habituellement utilisées (problème de santé mentale, de dépendance, d'itinérance, etc.). Cette balise nous fait sortir du cloisonnement inhérent aux programmes clientèles traditionnelles, en les intégrant à l'intérieur de paramètres qui transcendent les caractéristiques propres à chaque programme. Le second repère est la création d'une structure interorganisationnelle au niveau de la gouvernance et de l'équipe. Cette balise nous conduit dans un cadre de gestion de la complexité où les principaux acteurs de la santé directement concernés sont présents, tant au niveau de la gouvernance que de l'intervention. Le troisième est le double mandat donné à l'équipe : rejoindre et assurer le suivi de la clientèle cible d'une part et, d'autre part, développer la collaboration entre les organisations et la coordination des services lorsque nécessaire. Ce double mandat s'est avéré très important puisque le suivi de cette clientèle exige la collaboration de plusieurs organisations et la coordination des services, mais aussi parce que la collaboration et la coordination de ceux-ci ne peuvent être improvisées. Elles doivent être soutenues clairement et fortement. L'expérience nous l'a montré : c'est la partie du mandat la plus exigeante et difficile à réaliser, mais sans laquelle le suivi reste enlisé dans l'impasse de la rupture sociale. Ces trois balises ont guidé le développement et la mise en œuvre du projet. Elles ont fait sortir chacun des partenaires de leur zone de confort respective. Elles leur ont permis le développement d'une offre de service intégrée, adaptée à la complexité des situations de rupture et respectueuse des missions et mandats propres à chaque organisation.

Le projet a démarré le 1^{er} octobre 2010. Cette fois, ce sont les intervenants qui se sont retrouvés autour d'une même table, chacun avec sa formation, son approche et la culture de son organisation d'origine : le travailleur de rue avec l'intervenante sociale du CSSS, l'infirmier du CRD Domrémy avec l'intervenant de l'hébergement d'urgence. La question de l'approche et du lien d'appartenance s'est imposée rapidement : est-ce que le travailleur de rue conserve sa pratique de travail de rue ? Est-ce que l'intervenante sociale conserve son approche

d'établissement et est-ce qu'elle continue à remplir les dossiers de l'établissement ? Bref, est-ce que chacun conserve son identité et sa pratique d'origine ? Il nous est apparu qu'une telle approche ne pouvait être viable, mais que nous ne pouvions non plus rompre les liens d'affiliation avec les milieux d'origine et faire fi de l'expertise particulière de chacun des intervenants. Nous avons cherché une voie entre les deux, qui intègre l'expertise de chacun et met en valeur son affiliation d'origine, mais dans le cadre d'une identité et d'une approche spécifiques à l'équipe. C'est ce sur quoi nous avons centré nos efforts au cours de la première année. Voici, très brièvement encore une fois, les principales balises de cette approche. D'abord la question de l'appartenance. Les membres demeurent administrativement liés à leur organisation d'origine, mais la supervision clinique relève de l'équipe. Toutefois, ils doivent maintenir un lien de rattachement clinique avec leur organisation. Progressivement, une identité distincte de l'identité d'origine s'est développée, sans rupture avec l'appartenance première.

La mise en place d'une approche adaptée

Est venue ensuite la question de l'approche. Pour le dire simplement et en simplifiant beaucoup, on peut dire que l'approche se situe quelque part entre la pratique du travail de rue et le suivi des équipes spécialisées en réadaptation psychosociale. Nous avons cherché à définir les paramètres de cette zone d'intersection, carrefour de plusieurs approches, qui peuvent se compléter, mais qui souvent s'opposent et s'excluent mutuellement. Nous en retenons trois, qui sont particulièrement importants : l'accompagnement comme paradigme, le souci d'organisation de l'intervention, le déploiement dans la collaboration avec les autres équipes sur le territoire. L'accompagnement comme paradigme d'intervention distingue l'intervention de l'équipe itinérance des interventions organisées à l'intérieur du paradigme de traitement. L'accompagnement comme paradigme d'intervention renvoie à un ensemble de principes et de valeurs. Au cœur de ces principes et valeurs se situe la relation avec l'autre comme personne, c'est-à-dire comme capacité d'être. La visée première de la relation n'est pas le traitement, mais le soutien de la capacité d'être de la personne (Rapp 1998). L'intention n'est pas que la personne change, mais de contribuer le mieux possible à l'amélioration de sa sécurité et de son bien-être. Ce que nous constatons avec étonnement et bonheur, c'est que l'amélioration de la sécurité et du bien-être des personnes a un impact sur leur motivation à changer. D'autre part, et dans le contexte de la rupture sociale, c'est très important, l'intervention ne perd pas son sens lorsque la personne refuse les traitements qui lui sont offerts ou qu'elle n'arrive pas à se libérer, malgré ceux-ci, d'une dépendance et de symptômes qui entravent gravement sa capacité d'être. Il ne s'agit pas ici uniquement de réduction des méfaits, mais de soutien et de contribution à la sécurité et au bien-être

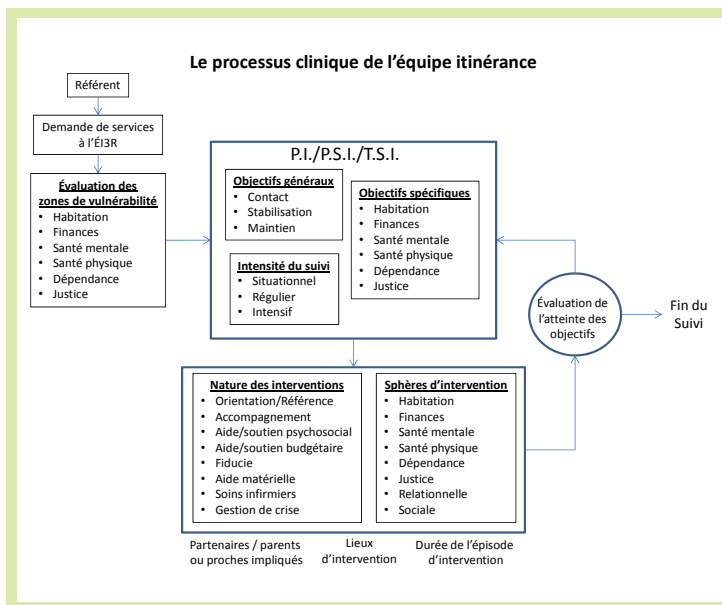
de quelqu'un, dont la santé et la condition générale se détériorent très sérieusement. Le souci de l'organisation distingue l'intervention de l'équipe itinérance de la pratique du travail de rue. Les suivis sont structurés, ils ont un cadre, des objectifs et des résultats à atteindre. Les intervenants doivent tenir à jour des dossiers informatisés accessibles aux membres de l'équipe. Les suivis sont révisés en équipe régulièrement. Le déploiement dans la collaboration avec les autres équipes sur le territoire distingue certainement l'intervention de l'équipe de la plupart des pratiques. Le déploiement dans la collaboration signifie que l'arrimage avec les autres équipes fait partie du mandat de l'équipe et des cibles de l'intervention. Le lien avec les partenaires n'est pas un moyen, mais une finalité de l'intervention. Il est au cœur de la pratique.

L'évaluation d'implantation de l'équipe itinérance

Une évaluation d'implantation de cette équipe a été réalisée pour documenter son processus d'implantation, son fonctionnement, la clientèle rejointe durant ses deux premières années d'existence (octobre 2010 à octobre 2012), la nature des interventions réalisées auprès de celle-ci, l'opinion et la satisfaction des usagers à l'égard des services reçus, ainsi que l'opinion et la satisfaction des partenaires quant à l'apport de cette équipe auprès des usagers et des partenaires.

Au cours de ses deux premières années de fonctionnement, l'équipe a reçu 210 demandes de services formelles en provenance de plus de 20 partenaires différents, dont près de 50% provenaient des services d'hébergement d'urgence du centre Le Havre. Au total, 184 personnes ont été suivies par l'équipe, dont 77% sont des hommes, 15% sont de jeunes adultes (18-30 ans) et 28% ont plus de 50 ans. 70% des personnes évaluées présentent des problèmes marqués dans 3 sphères différentes et plus. Parmi celles-ci, les problèmes de santé mentale, l'habitation et les problèmes de toxicomanie sont les plus prégnants. Aussi, plus de 80% des personnes suivies par l'équipe avaient déjà utilisé les services d'hébergement d'urgence à 5,5 reprises en moyenne. Après 2 ans d'existence, 83% des personnes suivies par l'équipe le sont toujours. La durée moyenne des suivis est de 14 mois actuellement. Pour chaque individu, un ou des plans d'intervention (P.I.) sont formulés. Dans 41% des cas, un plan de services individualisé (P.S.I.) impliquant différents partenaires (CH, CSSS, Domrémy, curatelle, etc.) est formulé. 26% des P.I./P.S.I. s'actualisent à travers un suivi intensif, plutôt que régulier ou ponctuel, où plusieurs membres de l'équipe suivent simultanément la personne au cours d'une même semaine pour favoriser la stabilisation de sa condition. 69% des PI/PSI visent des cibles spécifiques en lien avec l'habitation (35%), la santé physique et mentale (54%), les finances (31%) et la judiciarisation (21%). 46% des interventions impliquent un partenaire, un parent ou un proche de la personne suivie par l'équipe. Les interventions requièrent une présence au domicile de l'utilisateur dans 41% des cas ou auprès d'un partenaire dans 63% des cas. Les interventions correspondent à de l'aide et du soutien psychosocial dans 53% des cas, à des orientations ou références vers des partenaires dans 49% des situations et à de l'accompagnement dans 30% des cas. 60% des personnes suivies par l'équipe n'ont pas eu recours aux services d'hébergement d'urgence depuis le début de ce suivi.

Du point de vue des usagers interviewés (n=20), tous ont le sentiment d'avoir progressé face à leurs objectifs et considèrent que l'équipe facilite l'accès et la continuité des services. L'équipe aide la grande majorité des répondants à réduire les hébergements d'urgence et à trouver un lieu de résidence pouvant répondre à leurs besoins. Les 3/4 des répondants considèrent que leur suivi avec l'équipe contribue à réduire leurs problèmes de justice, de consommation et les visites en centre hospitalier. Parmi 25 dimensions évaluées, la « participation à la vie sociale » est la dimension qui s'est « beaucoup améliorée » pour le plus grand nombre de répondants, suivie de près par l'amélioration de la confiance en soi, la stabilité résidentielle puis le moral et l'humeur. La relation des répondants avec les autres services et partenaires s'est révélée « mieux » et « beaucoup mieux » qu'avant le début du suivi pour 89% d'entre



eux. De façon globale, la satisfaction des répondants à l'égard des services de l'équipe est élevée et se situe en moyenne à 92%.

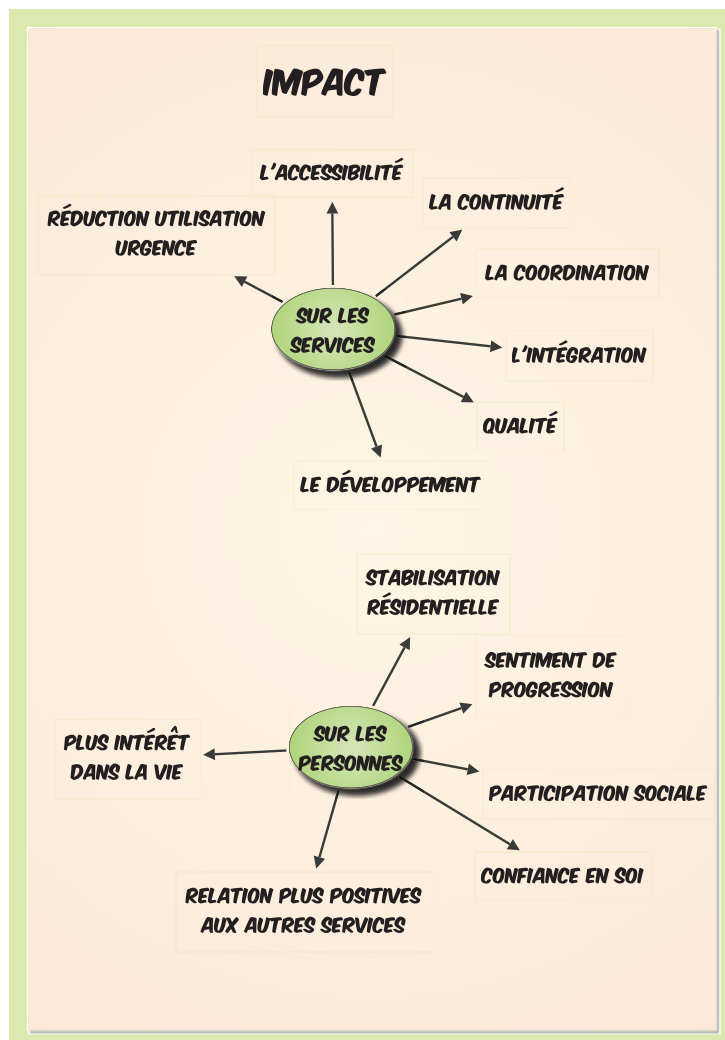
Du point de vue des 21 partenaires consultés, l'équipe facilite l'accès et la continuité entre les différents services en démystifiant leur fonctionnement auprès des usagers, en sensibilisant les partenaires à la réalité de l'itinérance et en soutenant ces derniers dans l'intégration des personnes en rupture sociale au sein de leurs services. Au contact de l'équipe, les partenaires observent des changements dans leur propre pratique : certains ont ajusté leur offre de service, ont simplifié certaines formalités, ont développé plus de souplesse, une plus grande tolérance face à cette clientèle et se sont rendus davantage disponibles pour elle. Ils observent chez la clientèle suivie par l'équipe, une plus grande assiduité à leurs rendez-vous, une meilleure compréhension de leur processus clinique, une meilleure observance des traitements, moins de passage à l'urgence, un plus grand délai entre les récidives, une plus grande stabilité résidentielle, une amélioration globale de leur qualité de vie. Ils soulignent les avantages propres à l'approche de proximité et à la composition multidisciplinaire et multiorganisationnelle de l'équipe. Le croisement des propos rapportés par les intervenants et gestionnaires de l'équipe, par les partenaires et par les usagers eux-mêmes, met en évidence l'impact systémique de cette équipe sur les personnes rejointes et les services. Plusieurs soulignent la nécessité de déployer des efforts additionnels. Ces deux axes d'intervention complémentaires, auprès des usagers et des partenaires, apparaissent indissociables et au cœur des résultats obtenus dans le cadre de ce projet. Des efforts ont été investis dans la création et l'humanisation des rapports et des liens entre les organisations, les structures, les professions et les intervenants. C'est en développant une conscience aiguë de la fragilité de nos liens et de la nécessité de les nourrir au quotidien que nous sommes à même de mieux comprendre les processus de désaffiliation sociale et les conditions requises pour rétablir ces liens.

Jean-Marc Ménard

Coordonnateur des services professionnels
CRD Domrémy MCQ

Michel Simard

Directeur général, Centre Le Havre



RÉFÉRENCES

- Breakey, WR. (1987) Treating the homeless. *Alcohol Health and Research World*. Spring: 42-90.
- Canadian Homelessness Research Network (2012) *Définition canadienne de l'itinérance*. Homeless Hub: www.homelesshub.ca/CHRNhomelessdefinition/
- Didenko, E. and Pankratz, N. 2007. "Substance Use: Pathways to homelessness? Or a way of adapting to street life?" *Visions: BC's Mental Health and Addictions Journal*, 4(1), 9-10 <http://www.heretohelp.bc.ca/>.
- Ménard, J.M. & L'Espérance, N. (2012) L'évaluation d'implantation de l'équipe itinérance de Trois-Rivières. <http://www.domremymcq.ca/fichiers/Documents/evaluation-projet-itinerance-dec-2012.pdf>
- Milby, J., Schumacher, J. et al. (2005) To House or Not to House: Effects of Providing Housing to Homeless Substance Abusers in Treatment. *American Journal of Public Health*, 95, 7,
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). *L'itinérance au Québec, cadre de référence*. Gouvernement du Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Palepu, A., Marshall, B.D.L., Lai, C., Wood, E., Kerr, T (2010) Addiction treatment and stable housing among a cohort of injection drug users. *PLoS ONE* 5(7): e11697. doi:10.1371/journal.pone.0011697
- Rapp, C.A., 1998, *The strengths model : case management with people suffering from severe and persistent mental illness*, Oxford University Press, New York.
- Roy, S., Morin, D., Lemétayer, F., & Grimard, C. (2006). *Itinérance et accès aux services : problèmes et enjeux*. Montréal : Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale.
- Ruest, R., & Faulkner, R. (2009). *Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013*. Gouvernement du Québec.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration.(2003). *Homelessness – Provision of mental health and substance abuse services*. <http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/homelessness/>.
- Zerger, S.(2002) *Substance abuse treatment : What works for homeless people? A review of the literature*. <http://homeless.samhsa.gov/ResourceFiles/bqmqhxpj.pdf>