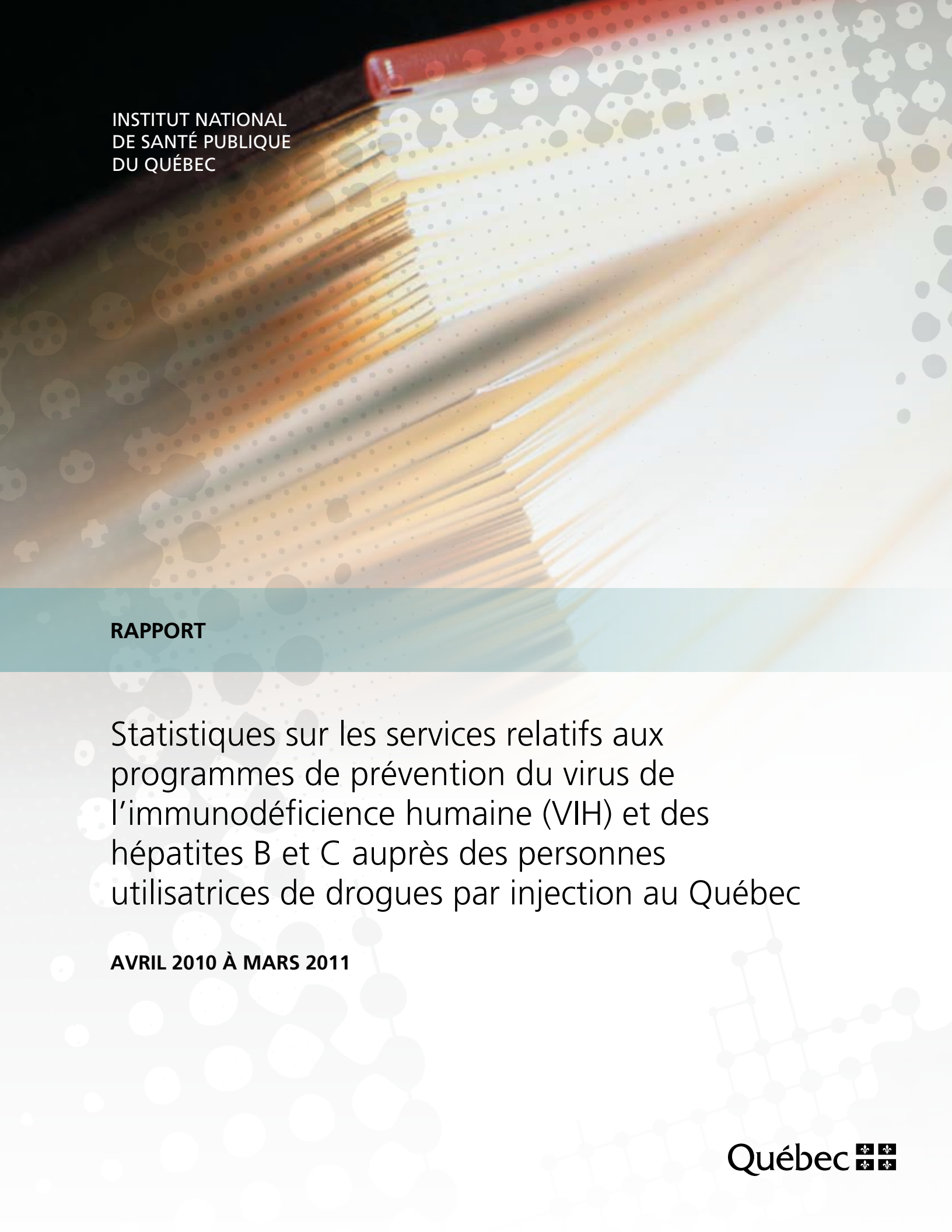




INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

RAPPORT

Statistiques sur les services relatifs aux
programmes de prévention du virus de
l'immunodéficience humaine (VIH) et des
hépatites B et C auprès des personnes
utilisatrices de drogues par injection au Québec

AVRIL 2010 À MARS 2011

AUTEURS

Lina Noël

Dominique Gagnon

Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Richard Cloutier

Service de lutte contre les ITSS, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 4^e TRIMESTRE 2012
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISSN : 1921-9377 (PDF)
ISBN : 978-2-550-66421-5 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2012)

Introduction

La prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) chez les personnes qui utilisent des drogues par injection (UDI) est une préoccupation pour le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS, 2006, 2008, 2009, 2010) ainsi que pour l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1998) et l'Ordre des pharmaciens du Québec (1998). On constate en effet au Québec que 15 % des personnes UDI sont infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et 63 % par le virus de l'hépatite C (VHC). Annuellement, c'est 2,7 personnes UDI sur 100 qui s'infectent par le VIH et 27 pour le VHC (Parent et collab., 2011).

Outre les mesures d'éducation relatives à l'injection à risques réduits¹, l'accès à des services psychosociaux, l'utilisation du condom et le traitement de substitution aux opioïdes et l'utilisation d'approches par les pairs, l'accès au matériel d'injection stérile constitue une stratégie efficace pour diminuer le partage de matériel d'injection entre les personnes UDI.

Ainsi, le Québec compte, depuis la fin des années 1980, sur un réseau de centres d'accès au matériel d'injection stérile (CAMI), qui permet aux personnes UDI de se procurer gratuitement, ou à peu de frais, le matériel d'injection stérile dont elles ont besoin pour réduire certains risques associés à l'usage de drogues par injection. Elles peuvent y rapporter des seringues usagées et bénéficier de conseils de prévention (passer des tests de dépistage des ITSS) et d'autres services psychosociaux et de santé. Ce réseau inclut des organismes communautaires, des établissements du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des pharmacies.

Sur une base volontaire, les CAMI sont invités à colliger des données sur leurs activités entourant l'accès au matériel d'injection. Au moyen d'indicateurs standardisés, l'ensemble des données recueillies sont transmises à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) ce qui permet de suivre l'évolution de la situation. Les organismes communautaires et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux sont nombreux à contribuer à la réalisation du portrait national sur l'accès au matériel d'injection pour les personnes UDI. En

région, de nombreuses pharmacies contribuent à la collecte des données, mais ce n'est pas le cas pour les centres urbains de Montréal et Québec. Pour palier à cette difficulté, les responsables régionaux compilent les demandes de trousse faites par tous les CAMI de leur territoire y compris les pharmacies. Par contre, cet indicateur ne tient pas compte des seringues vendues ou distribuées autrement que par le biais des trousse. Le présent rapport a été réalisé grâce à la collaboration des directions de santé publique qui compilent leurs données régionales et les transmettent à l'INSPQ². La liste des partenaires régionaux est disponible à la fin du présent rapport.

Les centres d'accès au matériel d'injection

Avant 2009, la mise à jour de la liste nationale des CAMI se faisait de façon manuelle par chacune des directions de santé publique. Depuis, elle se fait de façon informatisée et intégrée par les agences de la santé et des services sociaux via le Répertoire des ressources en santé et de services sociaux (RRSS). Le Répertoire est utilisé par Info-Santé pour répondre aux demandes d'information des citoyens quant aux services sociaux et de santé disponibles dans leur localité. Ainsi, les personnes UDI qui souhaitent connaître où se trouve le CAMI le plus près de chez elles peuvent le faire en téléphonant au 8-1-1 (Info-Santé) ou à Info, Drogues, Aide et Référence (région de Montréal : 514 527-2626; ailleurs : 1 800 265-2626).

Les données de la liste nationale des CAMI pour l'année 2011 ont été extraites du RRSS et ont par la suite été transmises aux responsables régionaux pour validation. Trois régions ont apporté des corrections à la baisse sur le nombre de leurs CAMI, plus particulièrement sur le nombre de leurs pharmacies. En 2011, le nombre de CAMI est inférieur à ce qui avait été répertorié en 2010, mais demeure plus élevé que pour l'année 2008 (figure 1). Notons que la baisse observée en 2011 est tributaire de l'ajustement entre un mode de saisie effectué par un professionnel du dossier des ITSS et un mode de saisie par questionnaire auto-administré auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux et des pharmacies. À cet égard, l'année 2010 est probablement peu représentative de la

¹ Divers organismes ont produit des outils à cet effet. Le MSSS rend disponible le dépliant *Chacun son kit, une idée fixe* à l'intention des personnes UDI ainsi qu'un *guide d'accompagnement* à l'utilisation de ce dépliant www.msss.gouv.qc.ca/itss (section documentation/professionnels de la santé).

² Les rapports des années précédentes sont disponibles à : www.inspq.qc.ca/publications ou www.msss.gouv.qc.ca/itss, section publications.

situation des CAMI au Québec, comparativement à l'année 2011.

Pour la période couverte par le rapport 2010-2011, le Québec disposait de 1 165 CAMI, répartis dans 16 régions sociosanitaires (figure 1). Les organismes communautaires (OC) comptent pour 6 % de l'ensemble des CAMI, les établissements du réseau de la santé et

des services sociaux pour 29 % et les pharmacies pour environ 65 %. Parmi les 340 CAMI du réseau de la santé et des services sociaux, on compte 252 points de services en CLSC, 68 en centre hospitalier et 20 répartis dans des établissements comme des cliniques médicales ou des centres de traitement de la dépendance (tableau 1).

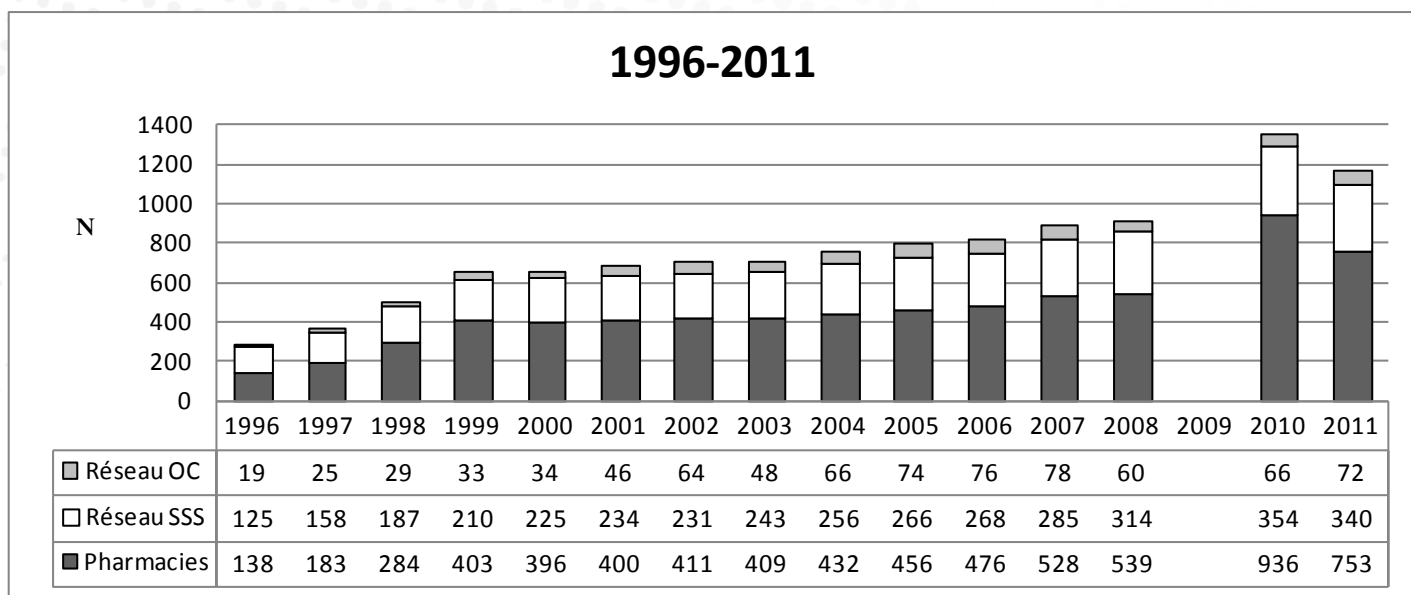


Figure 1 Nombre de centres d'accès au matériel d'injection selon les catégories réseau des organismes communautaires (Réseau OC), réseau des établissements de santé et de services sociaux (Réseau SSS) et pharmacies selon l'année

Tableau 1 Nombre de centres d'accès au matériel d'injection au Québec selon le type d'établissements et la région en 2011

Région	CSSS CLSC	CSSS CH	CSSS autres	Pharmacie	CSP	OCCVM	Total
Bas-Saint-Laurent	20	3	0	48	0	0	71
Saguenay-Lac-Saint-Jean	6	6	1	23	0	8	44
Capitale-Nationale	25	7	4	117	1	5	159
Mauricie et Centre-du-Québec	14	6	0	14	0	8	42
Estrie	19	7	3	46	0	3	78
Montréal	14	0	2	213	4	11	244
Outaouais	17	6	0	24	0	2	49
Abitibi-Témiscamingue	11	6	3	12	0	8	40
Côte-Nord	24	5	0	16	0	1	46
Nord-du-Québec	6	0	0	4	0	0	10
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	18	2	0	19	0	0	39
Chaudière-Appalaches	16	5	0	32	0	0	53
Laval	4	0	1	60	0	5	70
Lanaudière	7	2	0	38	0	3	50
Laurentides	14	5	2	9	0	7	37
Montréal	37	8	4	78	0	6	133
Total	252	68	20	753	5	67	1165

Source des données : <http://www.rnw.rtss.qc.ca/repertoire/> 28 février 2012 /suivi d'une validation auprès des responsables régionaux des programmes de prévention des ITSS auprès des personnes UDI.

L'accès au matériel d'injection

Ce sont 1 319 022 seringues, 754 797 ampoules d'eau et 560 434 *Stéricups*³ distribués par les CAMI qui ont fait l'objet d'une compilation statistique pour l'ensemble du Québec pour la période allant du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2011. Comparativement à la période précédente (Noël et collab., 2011), l'année 2010-2011 est caractérisée par une légère diminution de la quantité de seringues (7 %) et d'ampoules d'eau (5 %) distribuées. La distribution de *Stéricups* a pour sa part connu une augmentation de l'ordre de 10 %. La diminution observée dans la distribution du matériel s'explique en bonne partie par l'absence de trois régions dans la compilation des statistiques de 2010-2011. De plus, la région de l'Outaouais, a été en mesure de fournir seulement une partie des données sur le matériel distribué au cours de la période 2010-2011. Ces quatre

régions ont représenté en moyenne 9,6 % de l'ensemble de la distribution des seringues au cours des 5 dernières années.

Depuis 2008-2009, année où les CAMI avaient enregistré les plus hautes quantités de seringues (1 631 322), d'ampoules d'eau (904 989) et de *Stéricups* (562 036) distribués, le matériel distribué n'a pas dépassé ce sommet. La diminution de 2010-2011 s'observe autant dans les OC (figure 2) que dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (figure 3) hormis dans le cas de la distribution de *Stéricups* dans les OC. Les baisses observées depuis 2008-2009 dans le réseau de la santé et des services sociaux sont de l'ordre de 23 % pour les seringues, de 27 % pour les ampoules d'eau et de 17 % pour les *Stéricups*. Pour l'ensemble des OC, la baisse est de 18 % pour les seringues et de 14 % pour les ampoules d'eau. Seule la distribution de *Stéricups* a connu une hausse de 6 % entre 2008-2009 et 2010-2011.

³ Il convient de noter qu'entre 20 % et 30 % des données sur le matériel distribué ne sont pas comptabilisées dans les statistiques nationales. C'est souvent le cas pour la distribution de trousses distribuées gratuitement ou vendues à bas coût par les pharmaciens.

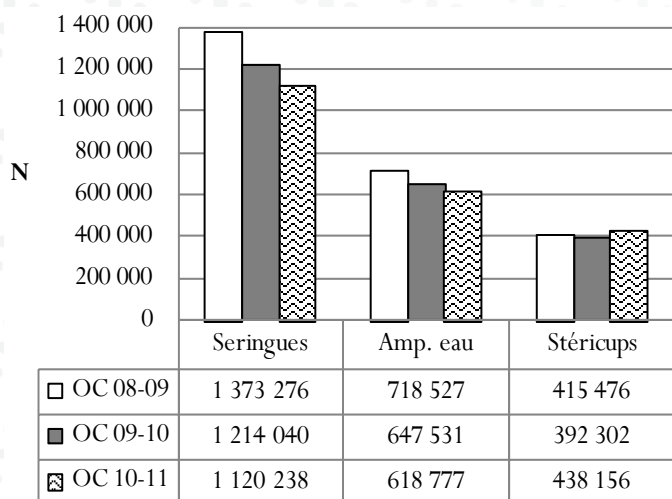


Figure 2 Statistiques sur le matériel d'injection distribué dans les organismes communautaires (OC), avril 2008 à mars 2011

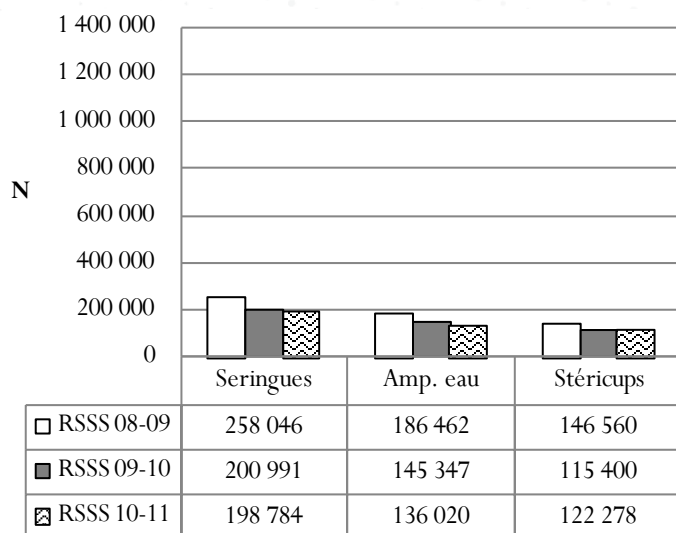


Figure 3 Statistiques sur le matériel d'injection distribué dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), avril 2008 à mars 2011

La distribution de matériel par les organismes communautaires

Tel qu'illustré précédemment par les figures 2 et 3, les OC sont les organismes qui distribuent le plus de matériel d'injection. Les 1 120 238 seringues distribuées par l'ensemble des OC en 2010-2011 représentent 85 % des seringues distribuées et compilées dans la banque de données nationale. Cette proportion est similaire à ce qui avait été distribué et compilé par les OC pour 2008-2009 (84 %) et 2009-2010 (86 %).

La catégorie OC regroupe les centres spécialisés de prévention (CSP) des ITSS auprès des personnes UDI et les organismes communautaires à clientèle et à vocations multiples (OCCVM). Les services offerts dans ces organismes peuvent être dispensés dans un site fixe (OC site) ou dans les milieux de vie par le travail de proximité ou une unité mobile (OC milieu). Les données sur la distribution du matériel de prévention sont présentées selon le type d'accès (OC site et OC milieu) et selon le type d'OC (CSP et OCCVM). Les données pour les unités mobiles (UM) sont aussi présentées séparément à la figure 8.

Pour la période 2010-2011, plus de 80 % de l'ensemble de la distribution du matériel d'injection dans les OC s'est fait dans les **sites fixes** de ces organismes (respectivement 88 % des seringues, 84 % des ampoules d'eau et 81 % des *Stéricups*).

En 2008-2009, 1 226 006 seringues avaient été distribuées dans les sites fixes comparativement à 957 288 seringues en 2009-2010 et 984 697 en 2010-2011 (figure 4). En 2010-2011, ce sont environ 240 000 seringues de moins qu'en 2008-2009 qui ont été distribuées dans les sites fixes des OC. Les ampoules d'eau et les *Stéricups* ont aussi été distribués en moins grande quantité dans les sites fixes des OC.

Les seringues distribuées par le biais des **interventions de milieu** des OC (incluant celles distribuées dans les UM) représentent 12 % de la distribution totale en 2010-2011. On constate toutefois une baisse de 47 % de la distribution par rapport à l'année précédente (même moins de seringues distribuées qu'en 2008-2009) (figure 5). Par rapport à l'année précédente, les quantités d'ampoules d'eau et de *Stéricups* distribués en 2010-2011 ont diminué respectivement de 41 % et 17 %. La distribution d'ampoules d'eau et de *Stéricups* a par contre connu une augmentation par rapport à 2008-2009.

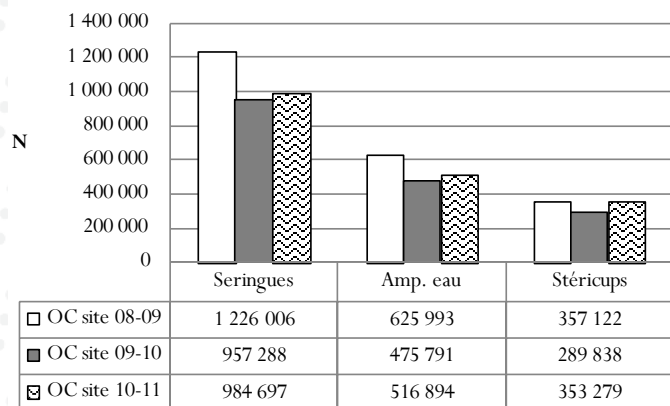


Figure 4 Statistiques sur le matériel d'injection distribué dans les sites fixes des organismes communautaires (OC fixe), avril 2008 à mars 2011

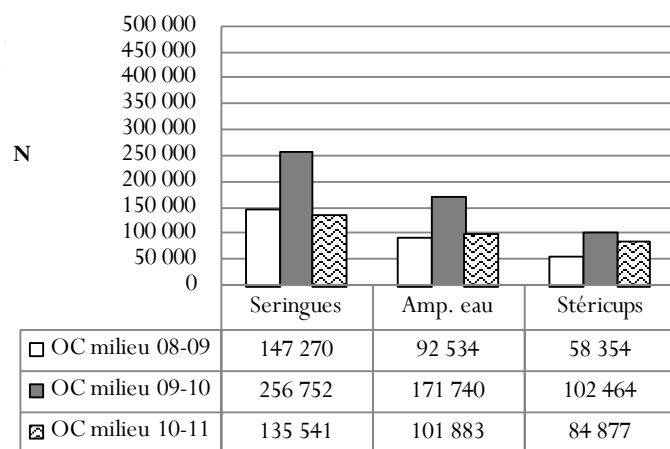


Figure 5 Statistiques sur le matériel d'injection distribué par le biais du travail de milieu des organismes communautaires (OC milieu), avril 2008 à mars 2011

L'analyse suivant les types d'OC, montre que les **CSP** ont distribué près de 66 % de toutes les seringues mises à la disposition des personnes UDI pour la période 2010-2011. Comparativement à la période précédente qui avait connu une baisse du nombre de seringues, d'ampoules d'eau et de *Stéricups* distribués, l'année 2010-2011 est caractérisée par une hausse respective de 5 % des seringues, 10 % des ampoules d'eau et 18 % de *Stéricups* (figure 6). Par rapport à 2008-2009, la situation est légèrement à la baisse pour les seringues (9 %) et les ampoules d'eau (4 %), tandis qu'elle est à la hausse dans le cas des *Stéricups* (8 %).

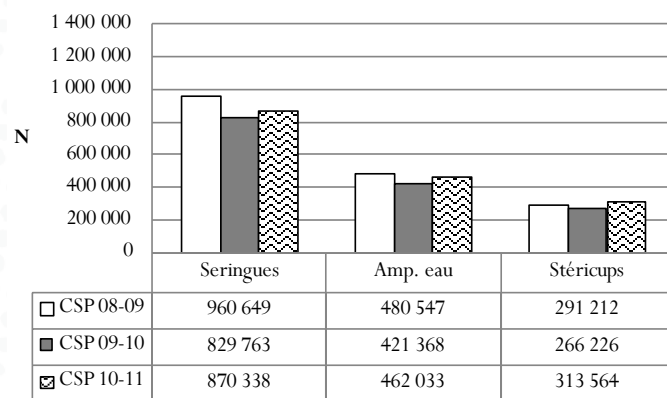


Figure 6 Statistiques sur le matériel d'injection distribué dans les centres spécialisés de prévention (CSP) des ITSS auprès des personnes UDI, avril 2008 à mars 2011

Alors que les CSP enregistrent une augmentation de la distribution du matériel d'injection pour la période 2010-2011, on observe plutôt une baisse de la distribution dans les **OCCVM** par rapport à l'année précédente (figure 7). Cette diminution est de l'ordre de 38 % pour les seringues, de 34 % pour les ampoules d'eau et de 3 % pour les *Stéricups*. Par ailleurs, il faut noter qu'une quantité importante du matériel distribué dans les OCCVM de la région de l'Outaouais n'a pas pu être compilée en 2010-2011, ce qui pourrait expliquer en partie cette baisse. Les OCCVM ont distribué plus de 20 % de l'ensemble des seringues en 2009-2010. Ce pourcentage diminue à 14 % pour la période de 2010-2011. La baisse entamée en 2009-2010 semble donc se poursuivre.

Les **unités mobiles**, qui ont distribué environ 5 % de tout le matériel d'injection pour l'année 2010-2011, ont, elles aussi, enregistré une baisse des quantités de seringues (26 %) et d'ampoules d'eau (16 %) distribuées comparativement à la période précédente (figure 8). La distribution de *Stéricups* a, pour sa part, connue une hausse de 8 % au cours des deux dernières périodes.

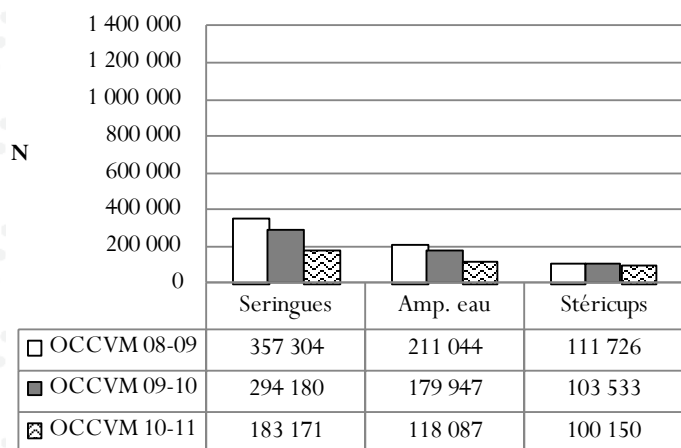


Figure 7 Statistiques sur le matériel d'injection distribué dans les organismes communautaires à clientèles et vocations multiples (OCCVM), avril 2008 à mars 2011

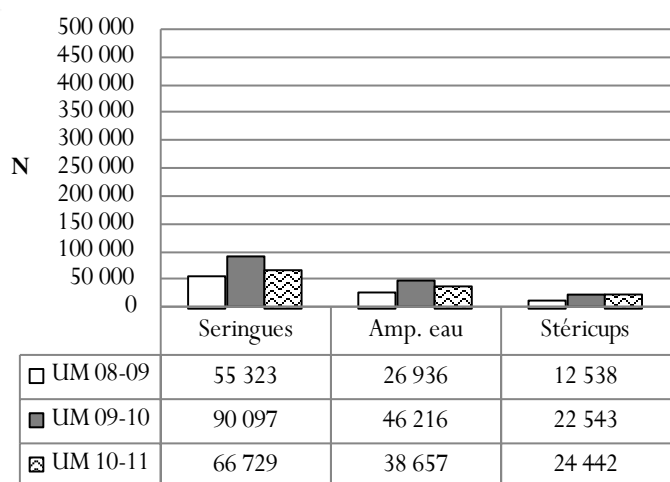


Figure 8 Statistiques sur le matériel d'injection distribué dans les unités mobiles (UM), avril 2008 à mars 2011

La distribution de matériel par les établissements du réseau de la santé

Dans le **réseau de la santé et des services sociaux**, ce sont des CLSC, des centres hospitaliers (CH) et parfois des cliniques médicales et des centres de traitement de la dépendance qui distribuent le matériel d'injection aux personnes UDI. Les pharmacies sont aussi des partenaires importants pour l'accès à du matériel d'injection et elles sont considérées comme des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux dans le calcul de nos statistiques.

En incluant les pharmacies, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ont distribué 198 784 seringues, 136 020 ampoules d'eau et 122 278 *Stéricups* en 2010-2011, soit respectivement 15 %, 18 % et 22 % du matériel d'injection mis à la disposition des personnes UDI dans l'ensemble des CAMI du Québec. La quantité de matériel distribué via les établissements du réseau de la santé et des services sociaux a légèrement diminué comparativement à l'année précédente (baisse de 1 % pour les seringues et de 6 % pour les ampoules d'eau et les *Stéricups*).

Comparativement à l'année 2008-2009, cette diminution est par ailleurs plus marquée, soit de l'ordre de 17 % à 27 % pour le matériel distribué. C'est près de 60 000 seringues en moins qui ont été mises à la disposition des usagers dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux depuis 2008-2009.

Les **CLSC** sont les CAMI à l'intérieur des établissements de la santé et des services sociaux qui distribuent les plus grandes quantités de matériel. En 2010-2011, les CLSC ont distribué entre 11 % et 13 % de l'ensemble du matériel d'injection aux personnes UDI.

Comparativement à l'année 2009-2010, les CLSC ont respectivement enregistré une baisse de 8 %, 20 % et 15 % pour les trois types de matériel distribué aux usagers (figure 9). Il s'agit d'une baisse déjà entamée l'année précédente mais qui se poursuit de façon moins intensive.

Les **centres hospitaliers** des CSSS donnent accès à du matériel d'injection principalement par le biais de leur service d'urgence. En 2011, treize régions sur seize offraient l'accès à du matériel d'injection en CH. Ces CAMI représentent environ 2 % de la distribution de l'ensemble du matériel aux personnes UDI et ils ont la particularité d'être accessibles aux heures où les autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux sont fermés. En 2010-2011, les CH ont distribué 30 % plus de seringues, 37 % plus d'ampoules d'eau et 127 % plus de *Stéricups* qu'à la période 2009-2010 (figure 10).

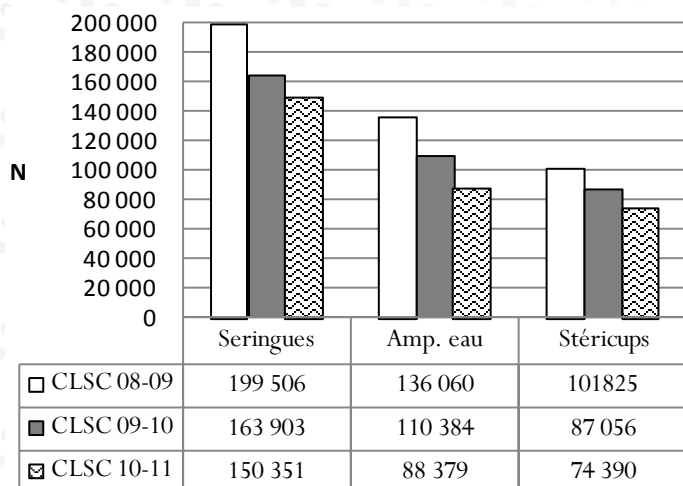


Figure 9 Statistiques sur le matériel d'injection distribué dans les CLSC, avril 2008 à mars 2011

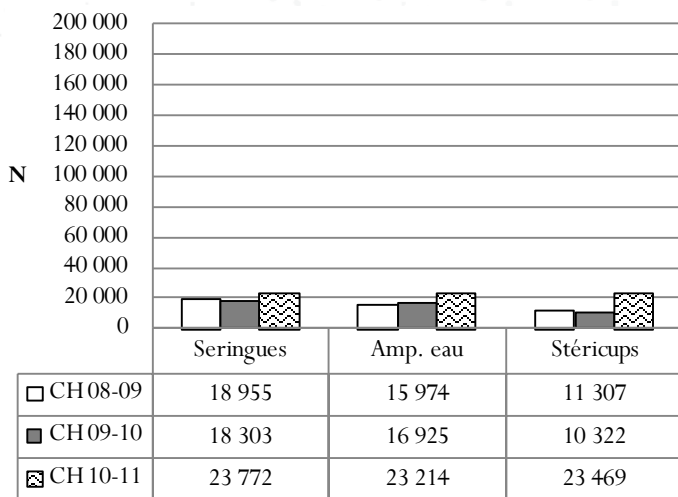


Figure 10 Statistiques sur le matériel d'injection distribué dans les centres hospitaliers (CH), avril 2008 à mars 2011

Les **pharmacies** participant à la collecte des données sur la distribution de matériel d'injection sont des pharmacies qui donnent ou vendent à faible coût des trousse⁴ qui leur ont été remises par les directions de santé publique. Moins de 10 % des pharmacies impliquées dans l'accès au matériel d'injection compilent des statistiques sur le matériel distribué. Ainsi, la majeure

⁴ Les trousse contiennent 4 seringues, 4 ampoules d'eau, 4 Stéricups, des tampons d'alcool, des condoms ainsi qu'un dépliant d'information. Ce matériel est disponible dans un petit sac de plastique opaque qui est distribué gratuitement ou vendu à bas coût.

partie du matériel distribué dans ces CAMI n'entre pas dans les statistiques nationales sur les services aux usagers des programmes de prévention des ITSS destinés aux personnes UDI. Toutefois, les directions de santé publique font une compilation des trousse qu'elles remettent à leurs partenaires pharmaciens. Les responsables régionaux des programmes de prévention auprès des personnes UDI (voir section Responsables régionaux des programmes de prévention des ITSS auprès des personnes UDI) sont donc en mesure de suivre la situation sur leur territoire respectif.

En 2010-2011, le matériel distribué par les pharmacies représentait moins de 5 % du matériel mis à disposition des usagers dans les CAMI. Alors qu'en 2009-2010 les pharmacies avaient enregistré une baisse dans les quantités de matériel mis à la disposition des personnes UDI, en 2010-2011, elles ont enregistré une hausse de 42 % pour les seringues, de 47 % pour les ampoules d'eau et de 47 % pour les Stéricups (figure 11). On constate tout de même une baisse en comparant avec 2008-2009.

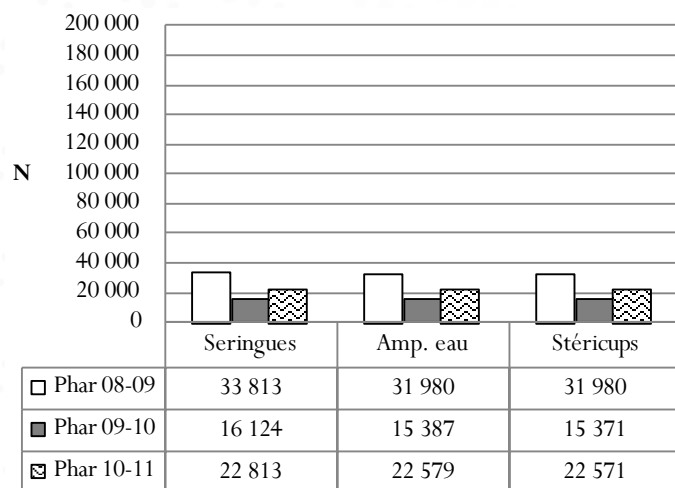


Figure 11 Statistiques sur le matériel d'injection distribué dans les pharmacies (Phar), avril 2008 à mars 2011

Les régions et la distribution de matériel d'injection

Chaque région dispose d'un mécanisme lui permettant de recueillir les données sur la distribution du matériel d'injection aux personnes UDI dans leurs CAMI. Ces informations sont colligées lors de la visite de l'utilisateur dans les sites ou lors de la rencontre des personnes UDI dans les milieux. Ces données sont ensuite transmises au responsable régional en charge du dossier UDI qui en assure l'analyse et la diffusion auprès de ses partenaires. Une fois l'an, les données régionales agrégées par type de CAMI sont transmises à l'INSPQ pour une compilation nationale des statistiques.

Dans les régions où les CAMI sont dispersés au travers d'un réseau de pharmacies et d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux, le recueil des statistiques n'est pas toujours aussi facile à réaliser compte tenu du nombre de partenaires et du nombre de mandats à réaliser par ces organismes partenaires. Comme ces CAMI n'ont pas nécessairement une grande affluence de personnes UDI et qu'il n'y a pas d'intervenants dédiés uniquement à cette tâche, il arrive que la collecte des données soit plus difficile à réaliser. De plus, dans les centres urbains comme Montréal et Québec, les pharmacies qui distribuent du matériel d'injection ne font pas de compilation statistique limitant ainsi le portrait de la situation pour ce type de CAMI. Ces limites doivent être prises en compte dans l'interprétation des données fournies aux tableaux 2, 3 et 4.

Entre 2009-2010 et 2010-2011, huit des douze régions, pour lesquelles l'information complète⁵ était disponible, ont connu une augmentation des quantités de seringues distribuées. Néanmoins, cette période se caractérise par une baisse de la distribution de matériel d'injection pour les régions de la Capitale-Nationale, du Nord-du-Québec, de Laval et de Lanaudière (tableaux 2 et 3). Ces mêmes régions, à l'exclusion de Laval, ont aussi connu une baisse du nombre de visites d'utilisateurs durant cette même période (tableau 2).

L'un des indicateurs utilisés pour le suivi des conditions de mise à disposition du matériel d'injection consiste en la **moyenne de seringues distribuées par visite d'utilisateur**. La moyenne nationale enregistrée depuis 2008-2009 augmente pour chaque période (tableau 4). Depuis la période 2009-2010, la région de Montréal

fournit des données sur le nombre de visites d'utilisateurs avec seringues distribuées, tandis que celles de l'Outaouais et de la Côte-Nord fournissent cette information depuis la période 2010-2011. Grâce à cette information il est possible d'accroître la précision sur le calcul du nombre moyen de seringues distribuées par visite d'utilisateurs. Par exemple, pour la région de Montréal 56 % des visites d'utilisateurs dans les CAMI le sont pour des motifs autres que les seringues. En calculant la moyenne de seringues par visites d'utilisateurs en utilisant seulement les visites effectuées pour se procurer des seringues cette moyenne est de 24,5 pour les CAMI de la région de Montréal.

Alors qu'en 2008-2009 la quantité de seringues distribuées avait augmenté de 7 % comparativement à la période précédente, les deux périodes subséquentes sont caractérisées par des baisses de l'ordre de 13 % et 7 % (tableau 4). Il importe de tenir compte de l'absence de deux régions en 2009-2010 et de trois régions en 2010-2011. Cependant, la baisse du nombre de seringues distribuées dans les CAMI n'est pas uniquement attribuable à l'absence des données de l'Estrie, du Nord-du-Québec, des Laurentides et de la Montérégie au cours des dernières années. À titre indicatif, lorsque l'on établit la contribution moyenne de ces régions en tenant compte de leurs années de participation, il s'avère que la baisse en 2009-2010 est de l'ordre de 12 % et qu'elle n'est plus que de 0,7 % en 2010-2011. Au final, il semble que seule la période 2009-2010 soit réellement caractérisée par une baisse de la distribution de seringues. Aucune explication n'a encore été avancée pour expliquer cette baisse soudaine. Il conviendra de suivre la situation dans les prochaines années.

La baisse de la distribution de seringues ne caractérise pas toutes les régions du Québec. Cependant, la baisse de 20 % (86 694 seringues en moins) en 2009-2010 et de 5 % en 2010-2011 (19 150 seringues en moins) dans la région de la Capitale-Nationale tout comme la baisse de 7 % (54 859 seringues en moins) dans la région de Montréal a un effet plus marqué sur la baisse de la distribution de matériel d'injection compte tenu du grand volume de matériel distribué dans ces deux régions.

Au cours de la période 2010-2011, un peu plus de la moitié des régions ont connu une augmentation du nombre de **visites d'utilisateurs** par rapport à la période précédente. Si le nombre de visites d'utilisateurs avait augmenté en 2009-2010, il a diminué en 2010-2011 (tableau 2).

⁵ La région de l'Outaouais a été en mesure de fournir seulement une partie des données sur le matériel distribué en 2010-2011. Aussi, la baisse observée pour cette région ne peut être interprétée comme une baisse réelle.

Tableau 2 Statistiques sur le nombre de visites d'usagers et de seringues distribuées dans les régions du Québec, avril 2008 à mars 2011

<i>Région</i>	<i>Nombre de visites d'usagers</i>			<i>Nombre de seringues distribuées</i>		
<i>Période</i>	<i>2008-2009</i>	<i>2009-2010</i>	<i>2010-2011</i>	<i>2008-2009</i>	<i>2009-2010</i>	<i>2010-2011</i>
Bas-Saint-Laurent	253	301	499	1 738	2 079	4 208
Saguenay–Lac-Saint-Jean	3 280	3 034	3 622	27 073	28 129	41 491
Capitale-Nationale	28 746	28 166	20 262	432 020	345 326	326 176
Mauricie et Centre-du-Québec	1 725	1 641	1 602	72 939	50 254	57 494
Estrie	1 761	1 911	-----	31 095	21 911	-----
Montréal	64 626	70 041	73 038	824 472	769 613	788 925
Outaouais	1 009	1 168	770*	22 870	21 757	2 313*
Abitibi-Témiscamingue	2 678	1 176	2 574	60 868	26 212	31 348
Côte-Nord	67	227	557	565	1 352	4 719
Nord-du-Québec	-----	47	24	----	292	96
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	63	57	64	650	448	452
Chaudière-Appalaches	781	767	705	12 109	10 084	13 606
Laval	187	176	343	9 273	10 646	4 572
Lanaudière	997	1 095	988	59 248	51 224	43 622
Laurentides	1 887	2 302	-----	61 547	75 704	-----
Montérégie	1 599	-----	-----	14 855	----	-----
TOTAL	109 659	112 109	105 048	1 631 322	1 415 031	1 319 022

Tableau 3 Statistiques sur le nombre de *Stéricups* et d'ampoules d'eau distribués dans les régions du Québec, avril 2008 à mars 2011

<i>Région</i>	<i>Nombre de Stéricups distribués</i>			<i>Nombre d'ampoules d'eau distribuées</i>			
	<i>Période</i>	<i>2008-2009</i>	<i>2009-2010</i>	<i>2010-2011</i>	<i>2008-2009</i>	<i>2009-2010</i>	<i>2010-2011</i>
Bas-Saint-Laurent		1 738	2 076	4 208	1 738	2 076	4 208
Saguenay—Lac-Saint-Jean		26 410	25 989	43 036	26 365	26 510	43 642
Capitale-Nationale		147 508	112 698	105 351	219 078	155 742	147 602
Mauricie et Centre-du-Québec		38 404	17 212	26 432	49 049	29 055	36 982
Estrie		18 246	14 558	----	22 180	16 988	----
Montréal		210 930	237 745	290 134	391 332	398 178	428 503
Outaouais		9 469	11 743	2 124*	14 838	18 563	2 183*
Abitibi-Témiscamingue		60 868	26 212	31 348	60 868	26 212	31 348
Côte-Nord		552	1 350	4 505	552	1 350	4 513
Nord-du-Québec		----	292	96	----	292	96
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine		114	324	284	114	324	284
Chaudière-Appalaches		8 801	7 431	7 379	8 963	8 162	9 171
Laval		3 091	3 309	2 843	5 596	7 393	3 571
Lanaudière		59 248	51 092	42 694	59 248	50 960	42 694
Laurentides		4 893	12 883	----	33 900	51 073	----
Montérégie		10 168	----	----	11 168	----	----
TOTAL		600 440	524 914	560 434	904 989	792 878	754 797

* Données partielles pour l'année 2010-2011.

Tableau 4 Statistiques sur la distribution de seringues dans les régions du Québec, avril 2008 à mars 2011

Région	Nombre moyen de seringues distribuées par visite d'usager			Variation de la distribution de seringues par rapport à la période précédente (%)			
	Période	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Bas-Saint-Laurent		6,9	6,9	8,4	88,9	19,6	102,4
Saguenay–Lac-Saint-Jean		8,3	9,3	11,5	130,8	3,9	47,5
Capitale-Nationale		15,0	12,6	16,1	25,8	-20,1	-5,5
Mauricie et Centre-du-Québec		42,3	30,6	35,9	-8,5	-31,1	14,4
Estrie		17,7	11,5	----	30,2	-29,5	----
Montréal		12,8	25,3	24,5	-5,5	-6,7	2,5
Outaouais		22,7	18,6	5,6	5,4	-4,9	-89,4
Abitibi-Témiscamingue		22,7	22,3	12,2	761,6	-56,9	19,6
Côte-Nord		8,4	6,0	10,1	-91,5	139,3	249,0
Nord-du-Québec		----	6,2	4,0	----	----	-67,1
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine		10,3	7,9	7,1	44,1	-31,1	0,9
Chaudière-Appalaches		15,5	13,1	19,3	193,3	-16,7	34,9
Laval		49,6	60,5	13,3	63,2	14,8	-57,1
Lanaudière		59,4	46,8	44,2	10,7	-13,5	-14,8
Laurentides		32,6	32,9	----	-12,3	23,0	----
Montréal		9,3	----	----	-31,0	----	----
Moyenne		14,9	17,3	18,4	7,1	-13,3	-6,8

La distribution du matériel pour fumer du crack

En 2009-2010, seule les CAMI de la région de Montréal avaient mis du matériel pour fumer du crack à la disposition de leurs usagers. Pour la période 2010-2011, en plus de la région de Montréal, les CAMI des régions de l'Outaouais et de Laval ont également mis ce type de matériel à la disposition de leurs usagers tel que recommandé dans le *Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec* (MSSS, 2010). Cette mesure vise à diminuer les risques de transmission du VHC par l'utilisation de matériel à crack ayant déjà été utilisé par d'autres personnes. Le matériel à crack a été distribué principalement dans les CSP, mais aussi dans les OCCVM et les UM (figure 12).

En 2010-2011, 28 166 tubes de verre, 35 748 tiges de bois, 36 664 embouts de plastique et 200 008 filtres en acier inoxydable ont été distribués par les organismes communautaires des trois régions. De manière générale, pour chaque tube en verre, les usagers utilisent 1,3 tige de bois, 1,3 embout et 7,1 filtres en acier inoxydable. Dans les OCCVM et les unités mobiles, il se distribue respectivement 9,7 filtres et 7,0 filtres par tube de verre (figure 12).

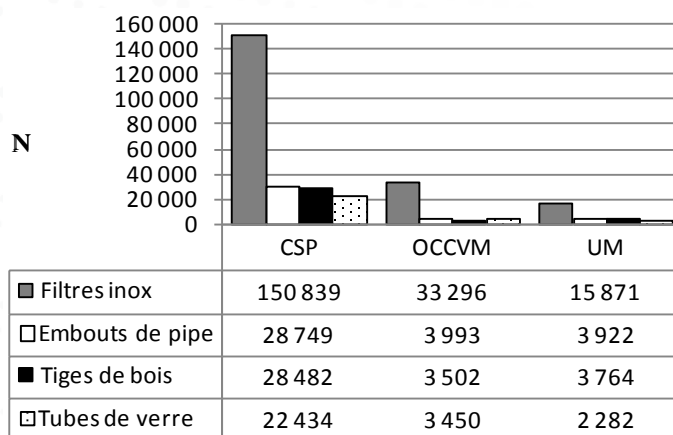


Figure 12 Statistiques sur le matériel pour fumer du crack distribué dans les organismes communautaires, avril 2010 à mars 2011

Services sociaux et de santé offerts dans les CAMI

En termes de services autres que celui lié à l'accès au matériel d'injection, les CAMI ont offert en 2010-2011, des services d'information-éducation (62 %), d'écoute et de soutien psychosocial (32 %), de référence vers d'autres services (2 %), ainsi que des services cliniques ou autres sur place (4 %). Comparativement à l'année précédente, les services sociaux et de santé offerts dans

les CAMI ont connu une hausse de 19 %, et ce, pour l'ensemble des services offerts.

En 2009-2010, les proportions des services offerts étaient similaires, soit 67 % pour l'information-éducation, 30 % pour l'écoute et le soutien psychosocial, 2 % pour les services de référence et 1 % pour les services sur place. En moyenne dans les OC, un service autre que l'accès au matériel d'injection est dispensé pour 96 % des visites d'utilisateurs, ce qui est supérieur à ce qui avait été enregistré lors des deux périodes précédentes (75 % en 2009-2010 et 79 % en 2008-2009). Dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, c'est en moyenne 24 % des visites d'utilisateurs pour lesquelles des services autres sont dispensés, ce qui est comparable aux proportions des deux périodes précédentes.

Pour les OC, les services d'information-éducation et d'écoute et de soutien psychosocial occupent plus de 94 % des consultations, alors que les services de références et les services dispensés sur place sont rapportés dans des proportions inférieures à 5 % (figure 13). Les sites fixes des OCCVM (59,7 %) et le travail de milieu des CSP (46,9 %) se caractérisent par une plus forte proportion de services d'écoute et de soutien que d'information-éducation.

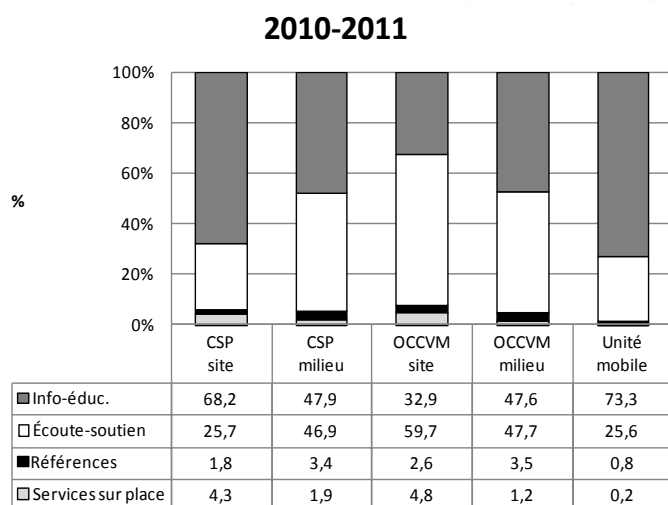


Figure 13 Statistiques sur les services sociaux et de santé offerts dans les organismes communautaires selon le type de CAMI, avril 2010 à mars 2011

Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux offrent majoritairement des services d'information-éducation (81,0 %). Les pharmacies et les hôpitaux participant à la collecte de données rapportent des services offerts sur place (11,8 % et 42,6 % respectivement) et des services de références (17,6 % et 13,0 % respectivement) dans des proportions plus élevées qu'en CLSC (figure 14).

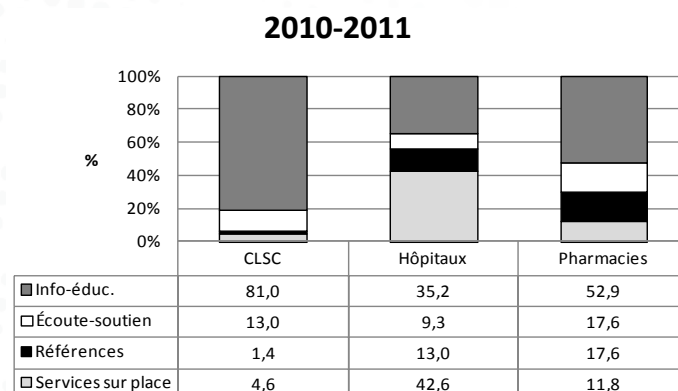


Figure 14 Statistiques sur les services sociaux et de santé offerts dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux selon le type de CAMI, avril 2010 à mars 2011

Caractéristiques des usagers des CAMI

Un total de 105 048 visites d'utilisateurs a été enregistré dans la banque de données provinciale sur les statistiques sur les CAMI pour l'année 2010-2011. Des données concernant le sexe de la personne rencontrée lors de chacun de ces contacts sont disponibles pour 103 400 entrées. Ces informations permettent de constater que la proportion globale de femmes est de 27 % tandis que celle des hommes est de 72 %. Ce nombre est comparable à ce qui avait été enregistré pour la période 2009-2010. Toutefois, ces proportions varient selon les types de CAMI (figures 15 et 16).

Dans les OC, entre 15 % et 40 % des usagers rencontrés sont des femmes. Les activités qui se déroulent dans le cadre des interventions de milieu des CSP rejoignent plus de femmes (40 %), tandis que celles des OCCVM réalisées dans le milieu en rejoignent moins (16 %) (figure 15).

2010-2011

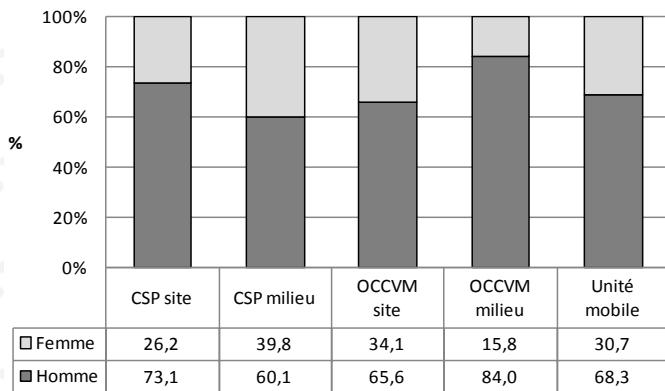


Figure 15 Statistiques sur le sexe des usagers dans les organismes communautaires selon le type de CAMI, avril 2010 à mars 2011

Dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les proportions hommes/femmes sont semblables pour les trois types de CAMI présentés, c'est-à-dire environ 20 % de femmes et 80 % d'hommes (figure 16). Cette proportion est similaire à celle de la période précédente.

2010-2011

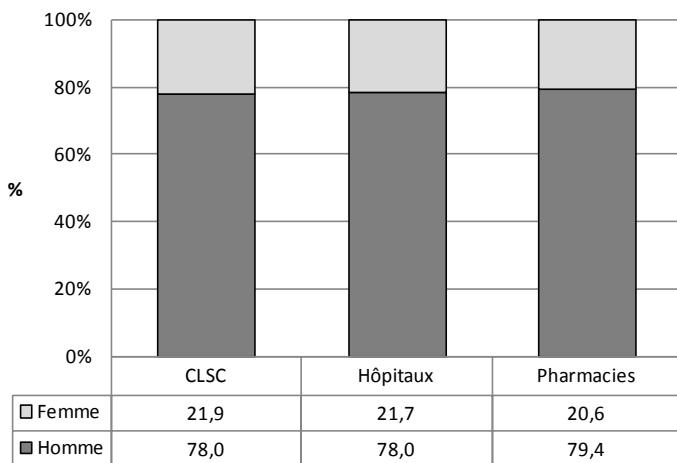


Figure 16 Statistiques sur le sexe des usagers dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux selon le type de CAMI, avril 2010 à mars 2011

Dans les OC, les personnes âgées de 40 ans et plus représentent globalement 44 % des usagers, les 30 à 39 ans 30 % et les 20 à 29 ans 25 %. Les activités de milieu des OCCVM rejoignent les 20 à 29 ans et les 30 à 39 ans dans une proportion plus élevée (figure 17) que les autres types de CAMI du réseau communautaire.

Pour la période 2010-2011, on note que les usagers âgés de moins de 19 ans comptent pour moins de 2 % de la population rejointe, hormis via le travail des unités mobiles qui a permis de rejoindre près de 18 % d'usagers âgés de moins de 19 ans (figure 17). De ceux-ci, moins de 1 % sont âgés de moins de 15 ans.

Dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, la proportion des usagers âgés de 40 ans et plus est plus importante dans les CLSC (53 %) (figure 18). Quant à la proportion des 20 à 29 ans, elle est supérieure dans les pharmacies comparativement à celle des autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

2010-2011

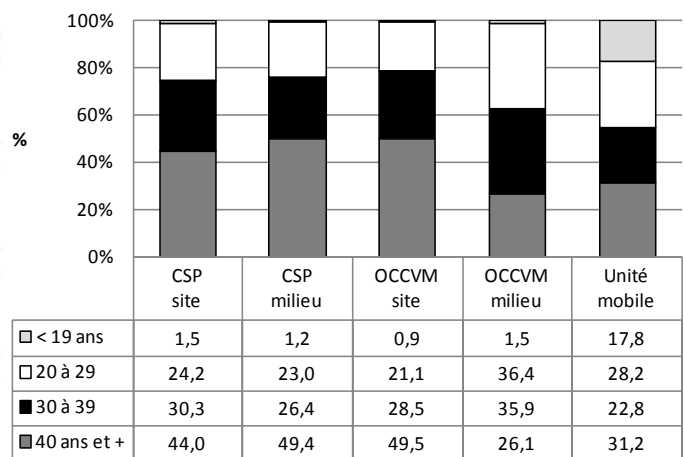


Figure 17 Statistiques sur les groupes d'âge des usagers dans les organismes communautaires selon le type de CAMI, avril 2010 à mars 2011

2010-2011

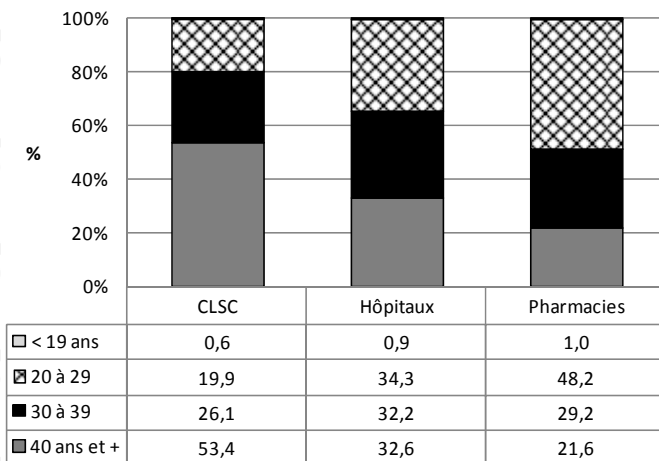


Figure 18 Statistiques sur les groupes d'âge des usagers dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux selon le type de CAMI, avril 2010 à mars 2011

Le matériel commandé par les CAMI

Les directions de santé publiques assurent un suivi sur les commandes de matériel par les CAMI. Les responsables régionaux du dossier en prévention des ITSS auprès des personnes UDI ont accès, ou gèrent elles-mêmes, le dossier des commandes de matériel par les CAMI de leur territoire. Chaque responsable régional évalue la quantité totale de matériel commandée annuellement par les CAMI de son territoire et transmet cette information à l'INSPO (tableau 5). Ces données sont différentes des statistiques obtenues par le biais du monitoring réalisé par les intervenants des CAMI lors des visites d'usagers. Elles servent à compléter le portrait de situation dans le contexte où ce ne sont pas tous les CAMI qui compilent des données sur la distribution de matériel d'injection aux personnes UDI.

Au cours de l'année 2010-2011, 1 867 468 seringues, 1 282 422 ampoules d'eau et 1 031 471 *Stéricups* ont été commandés aux directions de santé publique par les CAMI. Comparativement à l'année précédente, cela représente une diminution de 2 % pour les seringues, une augmentation de 5 % pour les ampoules d'eau et une augmentation de 1 % pour les *Stéricups*. La quantité de trousses mises à la disposition des CAMI a connu une baisse inférieure à 3 %. Il est à propos de souligner que pour la période 2010-2011, les données provenant de trois régions n'ont pu être intégrées à l'analyse, ce qui pourrait expliquer cette légère baisse.

Une analyse de l'évolution des commandes de matériel depuis 2003 montre que les quantités de seringues commandées par les CAMI sont généralement supérieures au nombre de seringues distribuées aux usagers et pour lesquelles les statistiques sont compilées (figure 19). Par ailleurs, la baisse du nombre de seringues distribuées à compter de l'année 2008 s'accompagne également d'une baisse du nombre de seringues commandées par les CAMI.

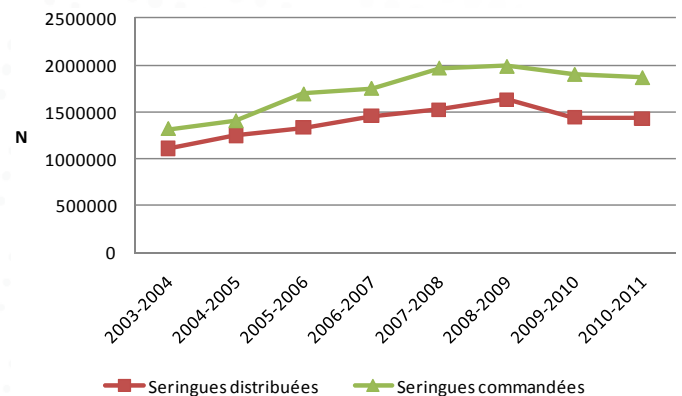


Figure 19 Évolution des quantités de seringues commandées par les CAMI et des quantités de seringues distribuées aux personnes UDI qui ont fait l'objet d'une compilation statistique dans les CAMI, avril 2003 à mars 2011

Tableau 5 Nombre de seringues commandées par les CAMI à leurs directions de santé publique, période 2006-2007 à 2010-2011

<i>Région</i>	<i>2006-2007</i>	<i>2007-2008</i>	<i>2008-2009</i>	<i>2009-2010</i>	<i>2010-2011</i>
<i>Bas-Saint-Laurent</i>	4 880	2 180	----	3 560	7 380
<i>Saguenay–Lac-Saint-Jean</i>	12 791	36 936	44 930	45 740	57 360
<i>Capitale-Nationale</i>	357 109	395 211	449 131	401 448	370 028
<i>Mauricie et Centre-du-Québec</i>	88 820	128 080	80 484	95 240	123 660
<i>Estrie</i>	6 700	16 136	46 860	44 820	50 700
<i>Montréal</i>	1 074 340	1 097 740	1 131 340	1 000 340	995 120
<i>Outaouais</i>	5 476	7 920	320	9 540	----
<i>Abitibi-Témiscamingue</i>	88 540	149 440	107 360	89 520	74 128
<i>Côte-Nord</i>	2800	----	2 240	4 872	7 704
<i>Nord-du-Québec</i>	960	640	----	480	320
<i>Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine</i>	492	160	852	632	776
<i>Chaudière-Appalaches</i>	7 280	7 410	14 960	15 636	19 536
<i>Laval</i>	13 800	5 200	12 500	15 400	8 200
<i>Lanaudière</i>	12 688	54 156	----	58 800	50 540
<i>Laurentides</i>	9 323	7 587	10 249	21 691	----
<i>Montréal</i>	65 823	61 080	86 784	109 456	110 216
TOTAL	1 751 822	1 969 876	1 988 010	1 901 775	1 867 468

Conclusion

Depuis l'année 2009, la mise à jour de la liste des CAMI se fait directement dans le Répertoire des ressources en santé et de services sociaux par les répondants de chacune des régions. Après quelques ajustements entre 2009 et 2010, il est maintenant possible de retracer le nombre de CAMI dans les données du répertoire et de les extraire selon le type. Par ailleurs, la précision de ces données dépend de la vigilance des responsables validateurs régionaux pour la mise à jour des données dans le RRSS (Tremblay, 2011). L'augmentation du nombre de CAMI entre 2010 et 2011 est relativement faible et le nombre de partenaires dans la distribution du matériel d'injection stérile semble stable. Soulignons qu'en 2011, seul le nombre d'organismes communautaires a augmenté pour remonter au niveau de 2007.

Au cours de la période à l'étude, une baisse de la distribution du matériel d'injection a été observée sans que l'on puisse identifier de manière précise les raisons de ce recul. On peut mentionner le fait que la diminution a été observée de manière plus importante dans les organismes communautaires et qu'elle a touché les sites fixes en 2009-2010 alors que les interventions de milieu connaissent une augmentation de la distribution. Par la suite, en 2010-2011, la distribution reprend dans les sites fixes et diminue dans les interventions de milieu. Il convient aussi de noter que les centres-villes de Montréal et de la ville de Québec ont connu des transformations importantes au cours des dernières années. Sachant que l'embourgeoisement des quartiers centraux exerce généralement des pressions sur les populations les plus marginalisées en les repoussant vers d'autres secteurs de la ville, ce phénomène ne serait peut-être pas étranger à la baisse de la demande pour du matériel d'injection dans certains sites. Les consommateurs qui se retrouvent dans des secteurs plus éloignés pourraient diminuer leur fréquentation dans les CSP et les OCCVM localisés dans les centres-villes. Si tel était le cas, il faudra exercer une plus grande vigilance afin d'identifier des nouvelles enclaves de consommation par injection et rejoindre les consommateurs là où ils sont. À cet égard, le travail de proximité est tout à fait désigné pour aider à rétablir les réseaux de consommateurs et les mobiliser pour la prévention des ITSS (Winkelstein, 2010; Strike et collab., 2006; WHO, 1998). Par contre, les données nationales ne permettent pas une analyse fine de la situation dans les régions de Montréal et Québec et, à cet égard, les analyses régionales s'avèrent plus appropriées pour documenter la situation de chacune de ces régions.

L'accès aux seringues doit donc être encore amélioré au Québec. À titre d'exemple, la Colombie-Britannique, une province dont le nombre d'UDI est semblable à celui du Québec (estimé à 23 000 - Rémis et collab., 1999), distribue autour de 5,5 millions de seringues annuellement (De Vasson, 2009), l'Ontario en distribue 3 millions, la région Qu'Appelle de Regina, 2 millions, Saskatoon 1,5 million, l'Alberta 650 000 et l'État de New York, 5 millions (Birkhead et collab., 2007).

Les données de surveillance du réseau SurvUDI/I-TRACK indiquent quant à elles une transformation de la consommation par voie intraveineuse au cours des dernières années. Alors que la proportion de consommateurs d'opioïdes se situait autour de 54 % entre 2003 et 2007, elle est soudainement passée à 65 % en 2008 (Parent et collab., 2011). Cette hausse de l'injection de certains médicaments opioïdes est aussi accompagnée d'une baisse d'environ 4 % de la consommation de cocaïne entre 2007 et 2008.

Ces données de surveillance, recueillies auprès de personnes UDI qui fréquentent les programmes d'accès au matériel d'injection, mettent sur la piste de transformations dans les modes de consommation. Par exemple, la consommation de médicaments opioïdes est un phénomène qui demeure encore mal connu et qu'il faudra documenter (Bruneau et collab., 2012). Il convient donc de rechercher des explications sur le terrain par des approches ethnographiques et, idéalement, de se doter d'un système de surveillance plus large reposant sur plusieurs indicateurs, comme la mortalité par surdoses, les taux d'infection au VIH et au VHC chez les personnes UDI dépistées par le biais des services intégrés de dépistage et de prévention, les admissions en traitement de la dépendance, les prescriptions de médicaments de substitution aux opioïdes, les admissions en centres hospitaliers pour endocardites, etc. (MSSS, 2010).

Malgré le fait que l'incidence du VIH ait baissé de manière significative dans le réseau SurvUDI/I-TRACK entre 1995 et 2007 (Parent et collab., 2011), il convient de noter que l'incidence du VHC demeure élevée (35,6 par 100 PA.) et augmente de manière significative depuis 1998. Cette situation milite en faveur d'actions concertées entre les acteurs au niveau local, régional et supra régional.

Des actions interministérielles entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de la Sécurité publique en vue de favoriser l'adoption de politiques plus favorables à la santé des personnes UDI sont actuellement en cours. Les résultats d'une consultation menée en 2011 auprès de différents acteurs

sur le terrain mettent en évidence une volonté de concertation de tous les partenaires en vue d'harmoniser les interactions entre les activités policières et celles des programmes d'échange de seringues (Noël et collab., 2012).

Au Québec, la présence des programmes d'échange de seringues (les centres spécialisés dans la prévention des ITSS auprès des personnes UDI et certains OCCVM sont nés sous ce vocable et ils sont toujours désignés ainsi par les personnes UDI) est apparue avec l'émergence du VIH au sein des communautés de consommateurs de drogues par injection. Après plus de 20 ans de lutte avec, par et pour les personnes UDI, ils sont devenus des incontournables dans la gamme des services offerts aux personnes toxicomanes qui s'injectent des drogues.

Avec la transformation du réseau de la santé et des services sociaux suite à la réforme de 2003 (MSSS, 2004), le contexte de collaboration entre le réseau de la santé et les organismes communautaires a été modifié (Bilodeau et collab., 2011). Ainsi, pour accomplir les mandats liés à la responsabilité populationnelle, les CSSS doivent innover et établir des collaborations avec tous les organismes de leur territoire qui assurent des soins et des services sociaux à la population. À cet égard, les CSP et les OCCVM, en association avec les CSSS, assurent un rôle dans la prestation de services. L'offre de services aux personnes UDI peut prendre diverses formes telles que des services de dépistage des ITSS, de traitement des infections au VIH et au VHC ou de traitement de la dépendance ou autres problèmes de santé. Les services peuvent être dispensés dans les locaux des CSP et des OCCVM ou être disponibles sur référence ou en accompagnement.

Toutefois, les statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention des ITSS auprès des personnes UDI ne tiennent pas compte de l'ensemble de ces services offerts aux usagers des CAMI. L'estimation du nombre de visiteurs ayant reçu des services autres que l'accès au matériel d'injection est obtenue grâce à la fiche complétée à chaque visite par les usagers, mais elle ne rend pas compte de l'ensemble de la réalité des consultations dans les CAMI en général et encore moins dans les CSP et les OCCVM. Par ailleurs, les données de fréquentation pour les CAMI de la région de Montréal indiquent que moins de 50 % des visites dans les CAMI sont effectuées pour l'accès à du matériel d'injection (communication personnelle Pascale Leclerc). Ces données suggèrent qu'une proportion importante des visites dans les CAMI, le sont pour l'accès à d'autres services que la distribution de matériel.

Une recherche récente a montré que les centres spécialisés de prévention des ITSS auprès des personnes UDI, comme le sont Cactus à Montréal et Point de Repères dans la Capitale-Nationale, offrent beaucoup plus que de l'accès à du matériel d'injection (Bellot et collab., en préparation). Ce sont de véritables centres d'action en réduction des méfaits auprès des usagers de drogues et, à cet égard, il sera nécessaire de reconnaître ce rôle afin de leur permettre de l'exercer de manière optimale.

Après 20 ans de présence auprès des personnes UDI, ces centres ont acquis la crédibilité nécessaire pour mobiliser les membres de la communauté des utilisateurs de drogues et soutenir des actions préventives au regard des ITSS par des pairs UDI au sein de leurs réseaux sociaux. Les études menées ailleurs dans le monde sur les interventions par des pairs UDI (Booth et collab., 2009, 2011; Broadhead et collab., 1998, 2006; Latkin, 1998; Latkin et collab., 2003, 2009; Rietmeijer et collab., 1996; Sergeyev et collab., 1999) montrent des résultats intéressants qui pourraient être mis à profit par les CSP et certains OCCVM au Québec.

Plus près de nous, l'étude menée par Bellot et collaborateurs en 2008 autour du projet PLAISIR de Cactus-Montréal a montré qu'il est possible de mobiliser des personnes UDI pour réaliser des actions de prévention dans le milieu. Cependant, l'implication des personnes UDI et leur contribution à la prévention des ITSS doit être soutenue par la présence d'un intervenant dont le rôle est d'assurer la continuité dans l'intervention et d'alimenter les groupes de pairs UDI pour optimiser la prévention des ITSS, et ce, au delà des projets de recherche subventionnés. Une des grandes difficultés que rencontrent les organismes communautaires dans un tel contexte, c'est d'assurer la pérennité des interventions au-delà des activités de recherche. Il conviendra donc de reconnaître et de consolider ce rôle de soutien et de mobilisation des usagers pour la prévention au sein de ces organisations.

Par ailleurs, l'Association québécoise pour la promotion de la santé des usagers de drogues (AQPSUD) joue un rôle primordial en prévention des ITSS ainsi que pour l'amélioration des conditions de vie des personnes UDI. Cet organisme peut soutenir la collaboration des personnes UDI dans les régions et contribuer aux efforts de promotions de la santé de ces personnes.

Références bibliographiques

- Bellot, C., Chesnay, C., Rivard, J., Raffestin, I. (2008). *Rapport final du projet Plaisirs*. Montréal, 36 p.
- Bilodeau, A., Beauchemin, J., Bourque, D., Galarneau, M. et collab. (2011). *L'intervention en prévention des ITSS à Montréal : potentialités, limites et défis de la collaboration dans le contexte de la création des CSSS - Démarche évaluative en soutien à la mise en œuvre de la Stratégie québécoise de lutte contre le VIH, le VHC et les ITS*. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Montréal, 110 p.
- Birkhead, G.S., Klein, S.J., Candelas, A. et collab. (2007). Integrating multiple programme and policy approaches to hepatitis C prevention and care for injection drug users: A comprehensive approach. *The International Journal of Drug Policy*, 18, 417-425.
- Booth, R. E., Lehman, W. E., Latkin, C. A. et collab. (2011). Individual and network interventions with injection drug users in 5 Ukraine cities. *American journal of public health*, 101(2), 336-343.
- Booth, R. E., Lehman, W. E. K., Latkin, C. A. et collab. (2009). Use of a peer leader intervention model to reduce needle-related risk behaviors among drug injectors in Ukraine. *J of Drug Issues*, 39(3), 607-626.
- Broadhead, R. S., Volkanevsky, V. L., Rydanova T. et collab. (2006). Peer-driven HIV interventions for drug injectors in Russia: First year impact results of a field experiment. *Int J of Drug Policy*, 17, 379-392.
- Broadhead, R. S., Heckathorn, D. D., Weakliem, D. L. et collab. (1998). Harnessing peer networks as an instrument for AIDS prevention: results from a peer-driven intervention. *Public Health Rep*, 113 Suppl 1, 42-57.
- Bruneau, J., Roy, E., Arruda, N. et collab. (2012). The rising prevalence of prescription opioid injection and its association with hepatitis C incidence among street-drug users. *Addiction*, doi :10.1111/j.1360-0443.2012.03803.x.
- De Vasson, P. (2009). BC Centre for Disease Control (communication personnelle).
- Équipe de recherche vers la reconnaissance de l'action communautaire des PES (2012). *Rendre visible l'invisible*. Rapport présenté à l'INSPQ/MSSS dans le cadre de la démarche d'évaluation en soutien à la mise en œuvre de la stratégie québécoise de lutte contre le VIH, le VHC et les ITS. Université de Montréal, Université Laval et INSPQ, 58 p.
- Latkin, C. A. (1998). Outreach in natural settings: the use of peer leaders for HIV prevention among injecting drug users' networks. *Public health reports*, 113 Suppl 1, 151-159.
- Latkin, C. A., Donnell, D., Metzger, D. et collab. (2009). The efficacy of a network intervention to reduce HIV risk behaviors among drug users and risk partners in Chiang Mai, Thailand and Philadelphia, USA. *Social science & medicine*, 68(4), 740-748.
- Latkin, C. A., Sherman, S. et Knowlton, A. (2003). HIV Prevention among drug users: Outcome of a network-oriented peer outreach intervention. *Health Psychol*, 22(4), 332-339.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2003). *Document d'accompagnement à l'utilisation du dépliant Chacun son kit, une idée fixe*.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). *L'intégration des services de santé et des services sociaux*. Ministère de la Santé et des Services sociaux: Québec, 26 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006). *Unis dans l'action. Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008*. 103 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009). *Actions proposées pour la prévention du VIH-sida et de l'hépatite C chez les personnes utilisatrices de drogues*. Montréal : 62 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). *L'épidémie silencieuse. Les infections transmissibles sexuellement et par le sang, Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*. 80 p.

- Noël, L. (2012). *Se connaître, se reconnaître et se concerter pour mieux intervenir auprès des personnes UDI, le cas des PES et des services de police : résultats d'une concertation auprès d'acteurs clés*. Présentation dans le cadre de la 26^e Rencontre nationale des intervenant(e)s en réduction des méfaits liés à l'usage de drogues de l'AITQ, Longueuil, 16 mai 2012.
- Noël, L., Gagnon, D. et Cloutier C. (2011). *Statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention du VIH et des hépatites B et C offerts aux utilisateurs de drogues par injection du Québec, avril 2008 à mars 2010*. Québec, INSPQ, MSSS, 16 p.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (1998). *Prise de position, distribution de matériel d'injection à des fins non thérapeutiques*, 10 décembre 1998.
- Ordre des pharmaciens du Québec. (1998). *Position de l'Ordre des pharmaciens du Québec sur la distribution de matériel d'injection (seringues/aiguilles) à des fins non-thérapeutiques* (révisée février 1998), Informations professionnelles, numéro 94, avril 1998.
- Parent, R., Alary, M., Morissette C., et collab. (2011). *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection – Épidémiologie du VIH de 1995 à 2009 – Épidémiologie du VHC de 2003 à 2009*. Québec, INSPQ, 87 p.
- Remis, R., Leclerc, P., Vandal, A.C., (1999). *La situation du sida et de l'infection au VIH au Québec 1996*, Direction de santé publique de Montréal-Centre pour le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, p. A3-5.
- Rietmeijer, C. A., Kane, M. S., Simons, P. Z. et collab. (1996). Increasing the use of bleach and condoms among injecting drug users in Denver: outcomes of a targeted, community-level HIV prevention program. *AIDS*, 10(3), 291-298.
- Sergeyev, B., Oparina, T., Rumyantseva, T. P. et collab. (1999). HIV prevention in Yaroslavl, Russia: A peer-driven intervention and needle exchange. *J of Drug Issues*, 29(4), 777-804.
- Strike, C., Leonard, L., Millson, M. et collab. (2006). *Les programmes d'échange de seringues en Ontario : recommandations de pratiques exemplaires*. Comité ontarien de coordination de l'échange de seringues, Toronto 292 p.
- Tremblay, M. (2011). *Répertoire des ressources en santé et de services sociaux (RRSS), Document d'information – Guide d'utilisation (P700S) Version 2.6*, SOGIQUE, MSSS, 108 p.
- Winkelstein, E. (2010). *Guide to developing and managing syringe access programs*. Harm Reduction Coalition: New York. 92 p.
- WHO. (1998). *Basic principles for effective prevention of HIV infection among injecting drug users*. Copenhagen. 15 p.

Responsables régionaux des programmes de prévention des ITSS auprès des personnes UDI

Claude Gauthier, Direction de santé publique du Bas-St-Laurent, Rimouski

Marcel Gauthier, Direction de santé publique du Saguenay–Lac-St-Jean, Roberval

Alain Paré, Direction de santé publique de la Capitale-Nationale, Québec

Andrée Côté, Direction de santé publique de la Mauricie et Centre-du-Québec, Trois-Rivières

Johanne Milette, Direction de santé publique de la Mauricie et Centre-du-Québec, Trois-Rivières

Geneviève Petit, Direction de santé publique de l'Estrie, Sherbrooke

Carole Morissette, Direction de santé publique de Montréal, Montréal

Pascale Leclerc, Direction de santé publique de Montréal, Montréal

Jenny Ingrid Lebounga Vouma, Direction de santé publique de Montréal, Montréal

Julie Levesque, Direction de santé publique de l'Outaouais, Gatineau

Danielle Gélinas, Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Rouyn-Noranda

Claire Jalbert, Direction de santé publique de la Côte-Nord

Marcel Brisson, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, Chibougamau

Danielle Haché, Direction de santé publique de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, Gaspé

Louise Poulin, Direction de santé publique de Chaudière-Appalaches, Ste-Marie

Sarah Raymond, Direction de santé publique de Laval, Laval

Carole Marchand-Coutu, Direction de santé publique de Lanaudière, Joliette

Louis Rousseau, Direction de santé publique des Laurentides, St-Jérôme

Andrée Perreault, Direction de santé publique de la Montérégie, Longueuil



Ce logo indique qu'il est possible d'obtenir des seringues stériles dans l'établissement où il est affiché.

