

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 2007 À MARS 2008

AUTEURS

Lina Noël

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

Richard Cloutier

Service de lutte aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

ASSISTANCE TECHNIQUE ET SECRÉTARIAT

Isabelle Petillot

Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique 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 2009
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISSN : 1920-8081 (VERSION IMPRIMÉE)
ISSN : 1921-9377 (PDF)
ISBN : 978-2-550-57694-5 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-57695-2 (PDF)

Introduction

Les centres d'accès au matériel d'injection (CAMI), mis en place au Québec à la fin des années 1980, sont des lieux où les personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI) peuvent se rendre pour obtenir du matériel d'injection stérile (seringues stériles, contenants de chauffage/dissolution et filtres (*Stéricup*), ampoules d'eau et tampons). Ils peuvent aussi y remettre leurs seringues usagées et obtenir des conseils de prévention ainsi que d'autres services psychosociaux. Ce sont des organismes communautaires spécialisés dans la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) auprès des UDI ou avec des clientèles et des vocations multiples, des établissements du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des pharmacies.

Les statistiques compilées par les responsables des CAMI permettent d'établir un portrait des interventions réalisées sur une période de 12 mois et de suivre l'évolution de la situation au fil des ans grâce à des indicateurs standardisés (les rapports des années précédentes sont disponibles au www.msss.gouv.qc.ca/itss, section documentation). Le présent rapport fournit une analyse des statistiques pour la période allant d'avril 2007 à mars 2008. Il a été réalisé grâce à la collaboration de nombreux partenaires provenant des directions de santé publique (liste à la page 11) et des CAMI du Québec.

Les centres d'accès au matériel d'injection

En décembre 2008, on comptait 913 CAMI, répartis dans 16 régions (Figure 1), soit une augmentation de 6 % par rapport à l'année précédente. Les organismes communautaires (OC), représentent 7 % des CAMI, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux 34 % et les pharmacies 59 %.

Chacune des régions du Québec a ses particularités quant à la composition de son réseau de partenaires dans la mise à disposition du matériel d'injection stérile pour les personnes UDI. Dans certaines régions, ce sont des OC qui distribuent majoritairement le matériel alors que pour d'autres régions, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux sont les principaux lieux d'approvisionnement pour les personnes UDI.

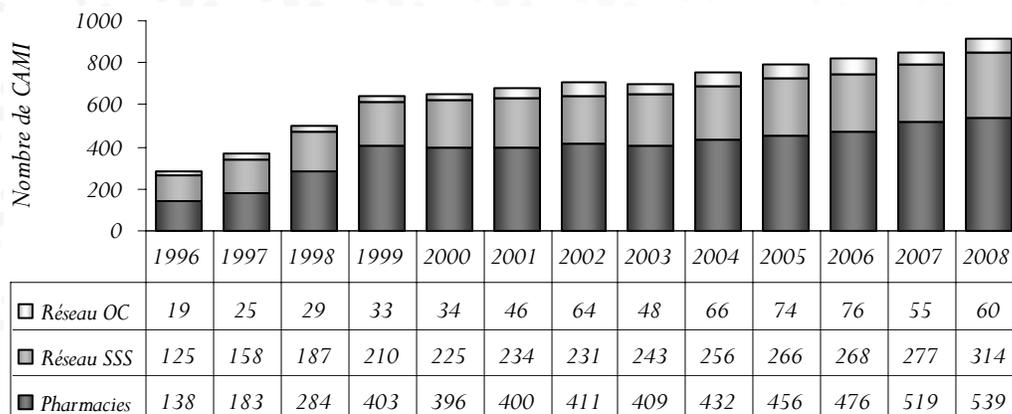
Une analyse de la distribution du matériel d'injection transmise par les CAMI qui colligent des statistiques, montre que pour la période 2007-2008, cinq régions ont distribué la majorité de leurs seringues par le biais d'OC. Ce sont les régions de Québec (100 %), de Laval (99 %), de Montréal (89 %), des Laurentides (89 %) et de l'Outaouais (87 %). La Mauricie et Centre-du-Québec (54 %) et l'Abitibi-Témiscamingue (45 %), ont aussi eu une forte participation de la part de leurs partenaires communautaires en 2007-2008.

Pour les régions de l'Estrie, de la Côte-Nord et de Chaudière-Appalaches, la cueillette des données montre que 100 % des seringues ont été distribuées par des CLSC ou des urgences d'hôpitaux au cours de cette période. Il faut noter qu'en Estrie les données provenant des OC n'avaient pu être transmises pour la période à l'étude.

Les pharmacies sont impliquées dans la distribution de 89 % des seringues dans le Nord-du-Québec, 69 % dans le Bas-Saint-Laurent et 67 % en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Les régions de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Montérégie, de Lanaudière, du Saguenay-Lac-Saint-Jean et de la Mauricie et Centre-du-Québec comptent sur une multiplicité de partenaires et les statistiques sur le matériel d'injection distribué proviennent de tous les types de CAMI.

Figure 1 Nombre de centres d'accès au matériel d'injection selon le type de centre d'accès et selon l'année, Québec 1996-2008

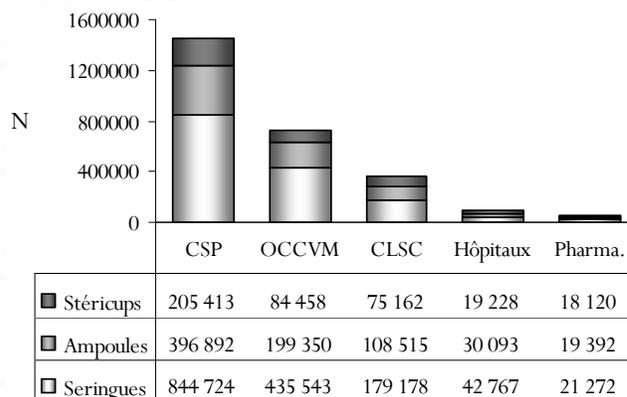


L'accès au matériel d'injection

Les statistiques demandées aux CAMI portent sur le matériel distribué aux personnes UDI et sur certains services d'aide et de référence vers les services du réseau de la santé et des services sociaux. Dans le cadre du Programme national de santé publique (MSSS, 2008), on recommande trois types de matériel à être distribués gratuitement pour prévenir la transmission du VIH et des hépatites B et C soit des seringues, des contenants de chauffage et de dilution (*Stéricups*) et des ampoules d'eau stérile. Pour la période 2007-2008, **1 525 411 seringues, 404 268 *Stéricups* et 756 129 ampoules d'eau¹** distribuées ont fait l'objet d'une compilation statistique pour l'ensemble du Québec.

Les **organismes communautaires** (centres spécialisés de prévention (CSP) des ITSS auprès des personnes UDI et des organismes communautaires à clientèle et à vocation multiple (OCCVM) demeurent des lieux de prévention privilégiés par les personnes UDI, car c'est là que s'y distribue principalement le matériel d'injection (Figure 2). Les OC peuvent offrir leurs services dans un site fixe, dans les milieux de vie des personnes UDI ou en unités mobiles.

Figure 2 Statistiques sur le matériel d'injection distribué par les centres d'accès au matériel d'injection selon le type d'organisme ou d'établissement², 2007-2008



¹ Il convient de noter qu'entre 20 % et 30 % des données sur le matériel distribué ne sont pas comptabilisées dans les statistiques provinciales. C'est souvent le cas pour la distribution de troussees par les pharmaciens (4 seringues, 4 *Stéricups* et 4 ampoules d'eau).

² La catégorie autre établissement, dont la quantité de matériel est inférieure à 2 000, n'apparaît pas dans ce graphique. Dans cette catégorie autre, 1 927 seringues, 1 887 ampoules d'eau et 1 887 *Stéricups* ont été distribués.

Les 1 280 267 seringues distribuées par les OC en 2007-2008 (844 724 en CSP et 435 543 en OCCVM) représentent 80 % de toutes les seringues distribuées. De ce nombre, 66 % proviennent des CSP et 33 % des OCCVM. Les OC ont distribué 596 242 ampoules d'eau (396 892 par les CSP et 199 350 par les OCCVM) et 289 871 *Stéricups* (205 413 par les CSP et 84 458 par les OCCVM). Il est intéressant de mentionner que, comparativement à la période précédente, la distribution du matériel d'injection autre que les seringues, par le biais des OC, a augmenté de 22 % pour les *Stéricups* et de 15 % pour les ampoules d'eau (Noël et collab., 2008).

Pour la période à l'étude, plus de 80 % de la distribution de matériel d'injection s'est fait dans les sites fixes des OC (Tableau 1). Le matériel distribué par le biais des interventions de milieu et des unités mobiles représente entre 15 % et 20 % de la distribution du matériel d'injection en 2007-2008³.

Tableau 1 Statistiques sur la distribution du matériel d'injection dans les organismes communautaires selon le type et le lieu de distribution, avril 2007 à mars 2008

	Seringues	Ampoules d'eau	Stéricups
CSP	844 724	396 892	205 413
Sites fixes	(66 %)	(66 %)	(71 %)
OCCVM	261 422	111 709	27 839
Sites fixes	(20 %)	(19 %)	(9 %)
OCCVM	116 185	65 321	48 348
milieu	(10 %)	(11 %)	(17 %)
OCCVM	57 936	22 320	8 271
Unité mobile	(4 %)	(4 %)	(3 %)
Total	1 280 267 (100 %)	596 242 (100 %)	289 871 (100 %)

Les **établissements du réseau de la santé et des services sociaux** (incluant les pharmacies), ont distribué 245 144 seringues⁴, dont la majorité par le biais des CLSC (Figure 2) ce qui représente 16 % de l'ensemble des seringues mis à la disposition des personnes UDI (75 162 dans des CLSC, 19 228 dans des hôpitaux et 18 120 dans des pharmacies).

La quantité de seringues distribuées dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux a légèrement diminué par rapport à l'année précédente (baisse de 12 %) alors que les quantités d'ampoules d'eau (hausse de 25 %) et de *Stéricups* (hausse de 30 %) ont augmenté. Les pharmacies ont distribué plus de seringues, plus d'ampoules d'eau et plus de *Stéricups* en 2007-2008 qu'au cours de la période précédente. Les hôpitaux pour leur part, ont doublé leur distribution d'ampoules d'eau et de *Stéricups* tandis que les CLSC ont plutôt diminué les quantités de seringues et d'ampoules d'eau comparativement à 2006-2007.

Moyenne de seringues par visite d'utilisateur

La **moyenne de seringues distribuées par visite d'utilisateur** fournit des indications sur la distribution du matériel d'injection et les variations régionales. En 2007-2008, la moyenne nationale est de **14,5** seringues distribuées par visite d'utilisateur (Tableau 2), soit près de deux seringues de plus qu'à la période précédente (Noël et collab., 2008).

Au cours de la période étudiée, le nombre moyen de seringues distribuées par visite d'utilisateur dans les régions de Laval, de la Côte-Nord, de la Mauricie et Centre-du-Québec, des Laurentides, de l'Estrie et de l'Outaouais était supérieur à la moyenne nationale. Les régions du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay-Lac-Saint-Jean, du Nord-du-Québec et de Chaudière-Appalaches se situent à plus de deux seringues sous la moyenne nationale. Notons que dans les régions semi-urbaines, ces fluctuations sont très aléatoires et semblent refléter des patrons de la demande de la part des usagers plutôt qu'une politique des CAMI sur la quantité de seringues à remettre aux personnes UDI. À titre d'exemple, la région du Bas-Saint-Laurent est passée d'une moyenne de 41 seringues par visite d'usagers en 2006-2007 à 5,2 en 2007-2008. Cette situation s'explique par un déplacement des personnes qui demandaient ce service et non par un refus de distribuer le matériel.

Nombre de visites d'usagers

Au cours de la période 2007-2008, seules les régions de l'Estrie (19 %), de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (50 %), de Laval (41 %) et des Laurentides (3 %) ont enregistré une augmentation du nombre de visites d'usagers par rapport à la période précédente. Toutes les autres régions ont reçu moins de visites d'usagers en 2007-2008 comparativement à 2006-2007.

³ À noter que les CSP n'ont pas fourni de données sur la distribution de matériel d'injection par le biais du travail de proximité (hors site fixe) pour la période à l'étude. Seuls les OCCVM ont transmis des données sur les activités hors site.

⁴ Ce nombre inclut le matériel distribué dans un établissement autre.

Tableau 2 Statistiques sur la distribution des seringues dans les régions du Québec, avril 2007 à mars 2008

Région	Nombre de visites d'usagers (VU)	Nombre de seringues distribuées	Nombre d'ampoules d'eau distribuées	Nombre de Stéricups distribués	Nombre moyen de seringues par visite d'usager
Bas-Saint-Laurent	176	920	912	912	5,2
Saguenay–Lac-Saint Jean	1 337	11 732	11 412	11 412	8,8
Québec	26 819	343 451	165 141	113 262	12,8
Mauricie et Centre-du-Québec	2 939	79 753	54 416	48 000	27,1
Estrie*	1 052	23 892	9 982	7 025	22,7
Montréal	64 072	872 567	380 200	162 382	13,6
Outaouais	994	21 698	10 913	7 327	21,8
Abitibi-Témiscamingue	839	8 996	8 996	8 996	10,7
Côte-Nord	137	6 666	6 256	6 256	48,7
Nord-du-Québec	36	252	252	252	7,0
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	38	451	128	128	11,9
Chaudière-Appalaches	559	4 129	3 272	3 243	7,4
Laval	294	5 684	3 604	1 747	19,3
Lanaudière	982	53 516	51 524	50 252	54,5
Laurentides	2 936	70 165	27 582	4 735	23,9
Montérégie	1 876	21 539	21 539	21 539	11,5
TOTAL	105 086	1 525 411	756 129	404 268	14,5

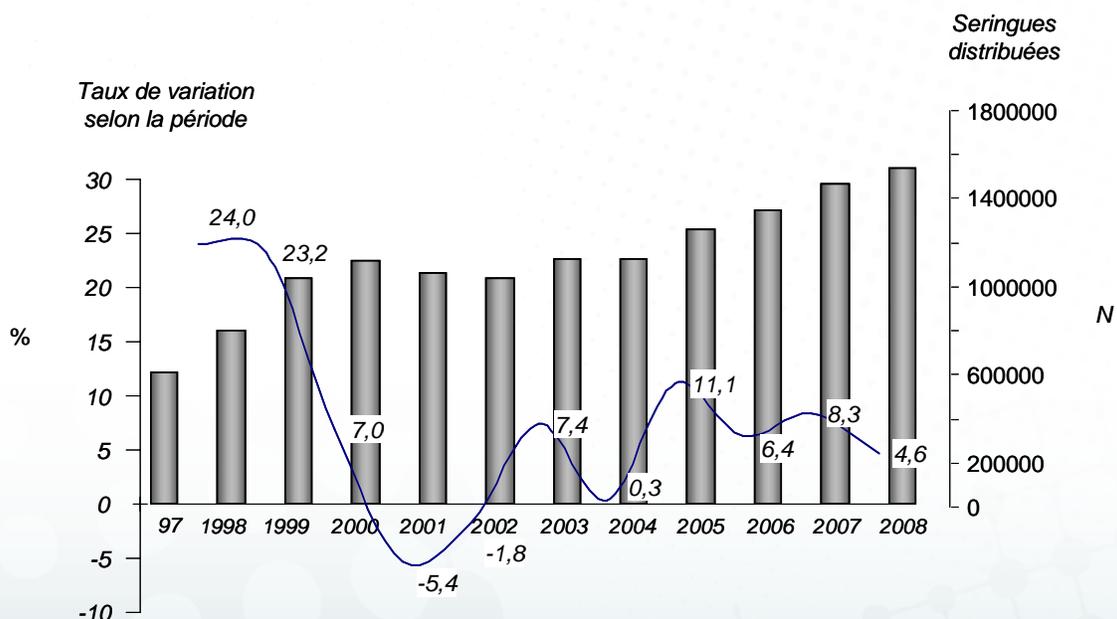
* Pour la période à l'étude, les données provenant des organismes communautaires de la région de l'Estrie n'ont pu être intégrées dans les analyses.

Évolution de l'accès au matériel d'injection

nombre de seringues distribuées demeure en hausse tandis que le taux d'accroissement ne dépasse pas 10 %. Par contre la distribution des ampoules d'eau (21 %) et des *Stéricups* (18 %), continue d'augmenter.

Entre 1997 et 2000, les hausses annuelles dans la quantité de seringues distribuées étaient supérieures à 20 % (Figure 3). Au cours des trois dernières années, le

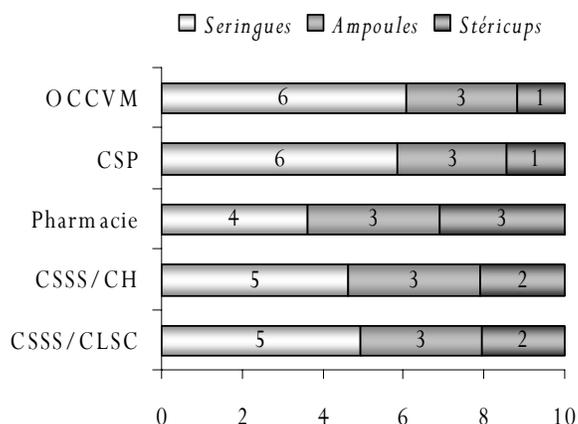
Figure 3 Taux de variation annuel du nombre de seringues distribuées entre 1996 et 2008



En 2007-2008, la proportion seringues/ampoules d'eau/*Stéricups* distribuées est estimée à cinq seringues, pour trois ampoules d'eau et deux *Stéricups*. Dans les CSP et les OCCVM cette proportion est de 6/3/1 tandis qu'elle est de 5/3/2 dans les CSSS (CLSC et CH) et de 4/3/3 dans les pharmacies (Figure 4). Soulignons que dans les pharmacies et les CSSS, le matériel est distribué principalement sous forme de trousse contenant 4 seringues, 4 ampoules d'eau et 4 *Stéricups* alors qu'il est distribué à l'unité dans les OC. Dans ces derniers, les quantités pour chaque matériel distribué dépendent de la demande des usagers.

Somme toute, les personnes UDI utilisent en moyenne un seul *Stéricup* pour 6 nouvelles seringues et une ampoule d'eau servirait au minimum pour deux seringues. Cette pratique de partage du matériel d'injection autre que la seringue présente tout de même des risques malgré l'amélioration observée. Il est donc recommandé de poursuivre les efforts en vue de sensibiliser les personnes UDI à l'importance d'utiliser l'ensemble du matériel mis à leur disposition en vue de prévenir la transmission du VIH et des hépatites B et C.

Figure 4 Proportion (sur 10) de matériel d'injection distribué (seringues, ampoules d'eau et *Stéricups*) selon le type de CAMI, 2007-2008



Services sociaux et de santé offerts dans les CAMI

Dans la gamme des services autres que l'accès au matériel d'injection offerts par l'ensemble des CAMI, l'information-éducation (62 %), l'écoute et le soutien psychosocial (34 %), les références vers d'autres services (3 %), et les services cliniques ou autres dispensés sur place (< 1 %) sont les principales données transmises vers la banque provinciale pour analyse.

Globalement, dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, c'est en moyenne 24 % des visites d'usagers qui reçoivent au moins un autre service que l'accès au matériel d'injection stérile alors que cette proportion est de 93 % dans les organismes communautaires.

Les services d'information-éducation, d'écoute et de soutien psychosocial occupent plus de 90 % des consultations dans les OC (Figure 5). Les services de référence (entre 1 % dans les unités mobiles et 6 % par le biais des interventions de proximité des OCCVM) et les services dispensés sur place sont aussi très peu rapportés dans les OC. Ces statistiques laissent voir un sous-développement des services aux personnes UDI dans les CSP compte tenu de leur capacité à rejoindre les personnes les plus marginalisées. Il convient par ailleurs de se questionner sur la possibilité d'une sous-déclaration de ces activités dans le cadre des statistiques sur les CAMI.

Dans les CAMI du réseau de la santé et des services sociaux, les pharmacies et les CLSC offrent principalement des services d'information-éducation et d'écoute et soutien psychosocial (Figure 6). Les hôpitaux et les autres types de CAMI indiquent une proportion importante d'écoute et de soutien psychosocial qui dépasse celle rapportée par les CLSC. Les services offerts sur place représentent 9 % des services dans les hôpitaux et 3 % en CLSC. Cette proportion, même si elle est supérieure à ce qui est offert dans les OC demeure très faible compte tenu des problèmes de santé que présente cette clientèle particulière.

Figure 5 Statistiques sur les services sociaux et de santé offerts dans les organismes communautaires, 2007-2008

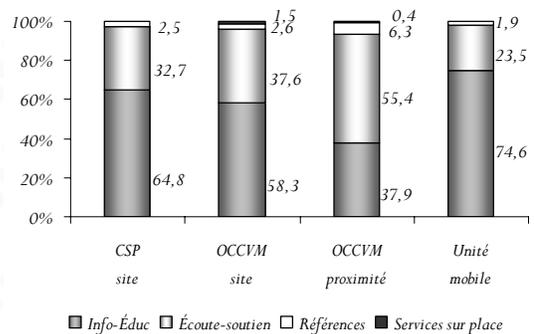
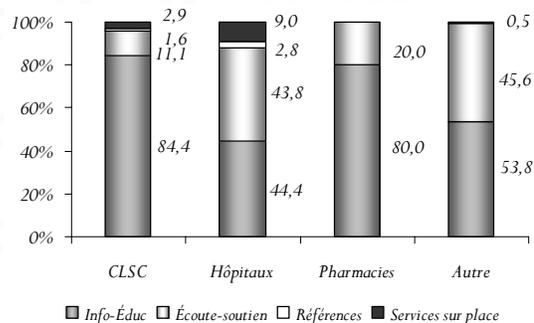


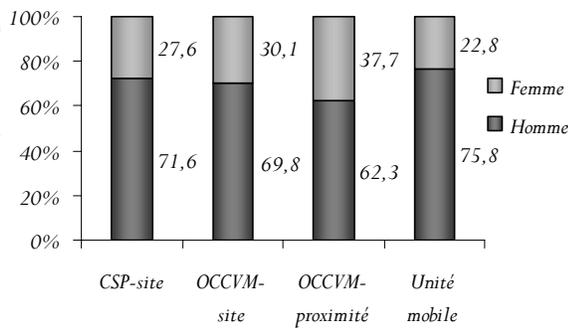
Figure 6 Statistiques sur les services sociaux et de santé offerts dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, 2007-2008



Caractéristiques des usagers des CAMI

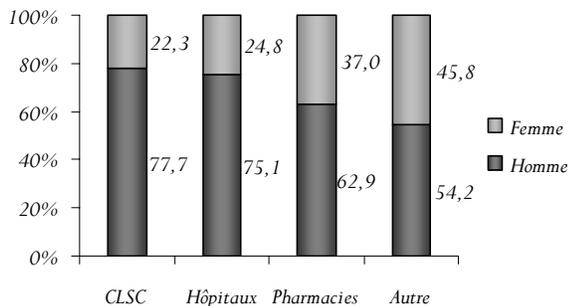
Depuis l'implantation des programmes de prévention des ITSS auprès des personnes UDI, la proportion d'hommes par rapport aux femmes dans les CAMI est demeurée la même soit une femme pour trois hommes. Pour les **organismes communautaires** entre 28 % et 38 % des usagers sont des femmes sauf les unités mobiles où la proportion est inférieure à 25 % (Figure 7).

Figure 7 Statistiques sur le sexe des usagers selon le type d'organisme communautaire, 2007-2008



Dans les **établissements du réseau de la santé et des services sociaux**, les CLSC et les urgences des hôpitaux rapportent une plus faible proportion de femmes que les pharmacies et les autres types de CAMI (Figure 8).

Figure 8 Statistiques sur le sexe des usagers selon le type d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux, 2007-2008

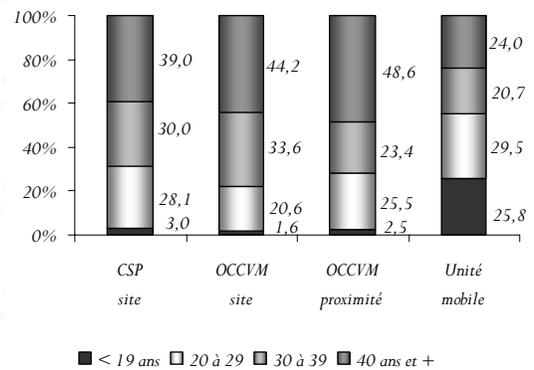


Tout comme le sexe, l'âge permet de suivre l'évolution des profils d'usagers dans les CAMI. Pour la période à l'étude, on note très peu d'usagers de moins de 19 ans (moyenne 4 %) pour la majorité des OC (Figure 9). Par

contre, 26 % des usagers des unités mobiles sont des jeunes de moins de 19 ans

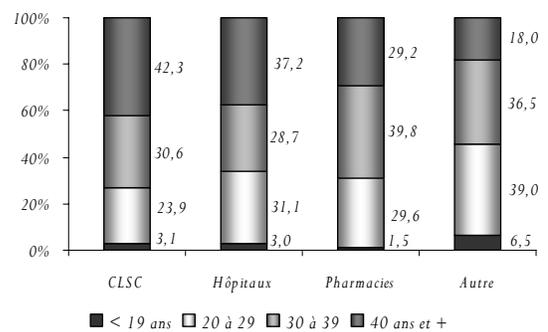
Dans l'ensemble des **organismes communautaires**, les personnes de 40 ans et plus représentent 39 % des usagers, les 30 à 39 ans, 29 % et les 20 à 29 ans, 27 %. Les OCCVM rejoignent plus de personnes de 40 ans et plus que les CSP et les unités mobiles. Les usagers de 20 à 30 ans sont davantage rejoints par les unités mobiles (30 %) et les CSP (28 %) dans des proportions légèrement supérieures aux OCCVM.

Figure 9 Statistiques sur les groupes d'âge des usagers selon le type d'organisme communautaire, 2007-2008



Dans les **établissements du réseau de la santé et des services sociaux**, la proportion des usagers de 40 ans et plus est plus importante dans les CLSC (42 %) et les hôpitaux (37 %) que dans les pharmacies (29 %) (Figure 10). La proportion des 30 à 39 ans est aussi supérieure dans les pharmacies que dans les autres établissements du réseau de la santé et de services sociaux.

Figure 10 Statistiques sur les groupes d'âge des usagers selon le type d'établissement du réseau de la santé et des services sociaux, 2007-2008



La mise en circulation du matériel dans les CAMI

Une progression dans la demande par les CAMI pour obtenir du matériel à distribuer aux personnes UDI a été observée dans la majorité des régions du Québec (Tableau 3). Le nombre de seringues mises en circulation est passé de 1 403 037 en 2004-2005 à 1 964 676 en 2007-2008 ce qui représente une augmentation moyenne de 12 % par année depuis 2004-2005.

Au cours de 2007-2008, 1 204 979 ampoules d'eau et 882 743 *Stéricups* ont été fournis aux CAMI soit une augmentation de 64 % et 59 % respectivement par

rapport à la période précédente. La quantité de troussees mises à la disposition des CAMI a aussi constamment augmenté entre les périodes 2004-2005 et 2007-2008.

Les régions du Bas-Saint-Laurent (77 %), du Saguenay–Lac-Saint-Jean (92 %), de Québec (43 %), de la Mauricie et Centre-du-Québec (59 %), de l'Estrie (35 %), de l'Outaouais (65 %), de l'Abitibi-Témiscamingue (80 %), du Nord-du-Québec (72 %), de Laval (36 %) de

Lanaudière (59 %) et des Laurentides (50 %) ont toutes enregistré des augmentations supérieures à la moyenne. Pour certaines régions, l'augmentation du nombre de seringues mises en circulation se compte en dizaines de milliers sur leur territoire.

Tableau 3 Évolution de la mise à disposition des seringues dans les CAMI du Québec, selon les régions, période 2004-2005 à 2007-2008

Région	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
Bas-Saint-Laurent	2 945	2 475	4 640	2 180
Saguenay–Lac-Saint-Jean	5 008	7 500	25 371	36 936
Québec	282 512	339 343	357 109	395 211
Mauricie et Centre-du-Québec	51 932	99 640	88 820	128 080
Estrie		20 260	57 971	55 178
Montréal	938 720	1 084 680	1 074 340	1 097 740
Outaouais	4 574	4 280	5 476	7 920
Abitibi-Témiscamingue	37 896	61 200	88 540	149 440
Côte-Nord	1 600	2 040	2800	
Nord-du-Québec	580	580		640
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	592	172	492	160
Chaudière-Appalaches	6 144	8 278	7 280	7 410
Laval	6 000	12 300	13 800	
Lanaudière	0	22 200	15 008	54 156
Laurentides	3 769	34 947	9 323	7 587
Montérégie	60 765		65 823	61 080
TOTAL	1 403 037	1 699 895	1 813 993	1 964 676

Conclusion

L'accès à du matériel d'injection stérile pour limiter la transmission du VIH est une mesure reconnue par l'Organisation mondiale de la Santé (Wodak et collab., 2004). Les programmes développés dans de nombreux pays au cours des 20 dernières années n'ont pas entraîné de conséquences négatives en termes d'augmentation du nombre de consommateurs qui s'initient à l'injection ou d'accroissement de la fréquence de l'injection de drogues illicites. Ces programmes sont efficaces pour réduire les comportements à risque chez les personnes qui font usage de drogues par injection et lorsqu'ils sont jumelés à d'autres services comme le dépistage des ITSS, la vaccination contre les hépatites et les traitements de substitution, ils favorisent l'entrée en traitement de la dépendance et l'accès à des services de santé (Jones et collab., 2008). Le National Institute of Health and Clinical Excellence d'Angleterre (NIHCE, 2009) recommande qu'une meilleure évaluation des besoins en matériel d'injection pour les personnes UDI soit faite par les intervenants, que l'accès à du matériel d'injection stérile soit disponible dans des sites diversifiés et avec des mesures efficaces de récupération du matériel souillé. Le NIHCE recommande aussi une meilleure coordination des services offerts aux personnes UDI (ITSS, dépendance et services de santé) et une offre améliorée de services de santé pour ces personnes.

Au Québec, le réseau des CAMI est particulièrement efficace par sa présence dans toutes les régions et dans des sites diversifiés. À cela s'ajoute le réseau SIRSAU (Système intégré de récupération des seringues et des aiguilles usagées) assurant la récupération du matériel souillé dans l'ensemble du Québec pour tout usager de seringues et d'objets tranchants (<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/seringues.php>). De plus, au cours des deux dernières années des efforts en vue d'assurer une meilleure coordination des ressources en ITSS et en dépendance au sujet de l'usage de drogues par injection ont été amorcés. Par contre, l'offre de services de santé de base dans des centres dédiés aux personnes UDI n'est pas encore très développée comparativement à des programmes similaires ailleurs dans le monde. Au Québec, l'amélioration de l'accès aux services de santé de base près des milieux de vie des personnes UDI représente un défi de taille qu'il conviendra de relever au cours des prochaines années.

Sur le plan de l'accès au matériel d'injection stérile, il faut rappeler que la cocaïne est la principale drogue injectée au Québec et, à cet égard, la quantité de matériel distribué est loin du niveau de couverture optimal recommandé par le NIHCE. Chez les usagers qui rapportent utiliser le matériel d'injection autre que les seringues au moins la moitié du temps, l'utilisation du *Stéricup*/filtre et de l'ampoule d'eau est rapportée dans des proportions de 23 % et de 75 % respectivement (Morissette et collab., 2007). Ces derniers concluent qu'un des défis avec les injecteurs de cocaïne sera d'influencer la norme vers l'utilisation adéquate et constante du matériel d'injection en misant davantage sur le rôle des personnes UDI pour disséminer le matériel et son utilisation dans leurs réseaux. Il convient donc d'améliorer nos connaissances sur les besoins en matériel d'injection pour les personnes UDI.

Les données du réseau québécois de surveillance SurvUDI indiquent que les personnes UDI empruntent moins de seringues qu'avant (de 43,4 % en 1995 à 21,4 % en 2006) (Parent et collab., 2008). Bien que les résultats des études sur les comportements des personnes UDI soient difficilement comparables d'un pays à l'autre, un certain nombre d'études convergent dans le sens d'une diminution de ce comportement à risque (Balthasar et collab., 2007; Sears et collab., 2001; Singer et collab., 1997). Par ailleurs, la proportion des personnes UDI du Québec qui rapportent encore l'utilisation de seringues déjà utilisées par une autre personne est plus élevée que celle observée à Vancouver (McKnight et collab., 2007; Sholtz et collab., 2007) et Chicago (Huo et collab., 2007) où cette proportion ne dépasse pas 10 %.

Parmi les facteurs favorisant l'adoption de comportements sécuritaires, la couverture maximale des besoins des usagers en matériel d'injection (Bluthenthal et collab., 2007), la fréquentation des programmes de distribution de seringues (Sears et collab., 2001) et la présence d'un service d'injection supervisée (Sholtz et collab., 2007) sont parmi les principaux aspects à considérer pour optimiser les efforts de prévention.

Par ailleurs, certains CAMI distribuent depuis quelques années du matériel d'inhalation, cette pratique est à poursuivre et à consolider. Il apparaît judicieux de recueillir des données à ce sujet pour les prochains rapports.

Références bibliographiques

- Balthasar H., et collab. (2007) Bulletin 45/07 - Office fédéral de la santé publique. Berne, Suisse, Département fédéral de l'intérieur DFI : 798-815.
- Bluthenthal RN., et collab. (2007) Higher syringe coverage is associated with lower odds of HIV risk and does not increase unsafe syringe disposal among syringe exchange program clients. *Drug Alcohol Depend*, 89 (2-3): 214-22.
- Huo D., Ouellet LJ. (2007) Needle exchange and injection-related risk behaviors in Chicago: a longitudinal study. *AIDS*, 45(1): 108-14.
- Jones L., et collab. (2008) *A review of the effectiveness and cost-effectiveness of needle and syringe programmes for injecting drugs users*. Liverpool, Centre for Public Health: 180.
- McKnight I., et collab. (2007) Factors associated with public injecting among users of Vancouver's supervised injection facility. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 33(2): 319-25.
- Morissette C., et collab. (2007) Minimal uptake of sterile drug preparation equipment in a predominantly cocaine injecting population: Implications for HIV and hepatitis C prevention. *Int Jour of Drug Policy*, 18(3): 204-212.
- MSSS (2008) *Programme national de santé publique 2003-2012 mise à jour 2008*. INSPQ, MSSS, 103 p.
- NIHCE (2009) *Needle and syringe programmes: providing people who inject drugs with injecting equipment*. London, National Institute for Health and Clinical Excellence: 49 p.
- Noël L., et collab. (2008) *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 2006 à mars 2007*. Québec, INSPQ, MSSS, 12 p.
- Parent R., et collab. (2008) *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection - Épidémiologie du VIH de 1995 à 2007 - Épidémiologie du VHC de 2003 à 2007*. Québec, INSPQ, 71 p.
- Sears C., et collab. (2001) Investigation of a secondary syringe exchange program for homeless young adult injection drug users in San Francisco, California, U.S.A. *AIDS*, 27(2): 193-201.
- Singer M., et collab. (1997) Changing the environment of AIDS risk: findings on syringe exchange and pharmacy sales of syringes in Hartford, CT. *Med Anthropol*, 18(1): 107-30.
- Stoltz J., et collab. (2007) Changes in injecting practices associated with the use of a medically supervised safer injection facility. *J Public Health*, 29(1): 35-9.
- Wodak, A. and A. Cooney (2004) *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users - Evidence for action technical papers*. Geneva, World Health Organization: 61 p.

Responsables régionaux des programmes d'échange de seringues au Québec

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

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

Anne Maheu, 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

Louiselle Rioux, Direction de santé publique de l'Outaouais, Gatineau

Pauline Clermont, 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 des 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, Beauceville

Alexandre St-Denis, 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.



EXPERTISE
CONSEIL



INFORMATION



FORMATION

www.inspq.qc.ca



RECHERCHE
ÉVALUATION
ET INNOVATION



COLLABORATION
INTERNATIONALE



LABORATOIRES
ET DÉPISTAGE

Institut national
de santé publique

Québec

