

Matériel d'injection et d'inhalation pour prévenir la transmission du VIH et des hépatites B et C chez les personnes qui utilisent des drogues par injection au Québec : avril 2015 à mars 2016

Septembre 2017

Mesure préventive

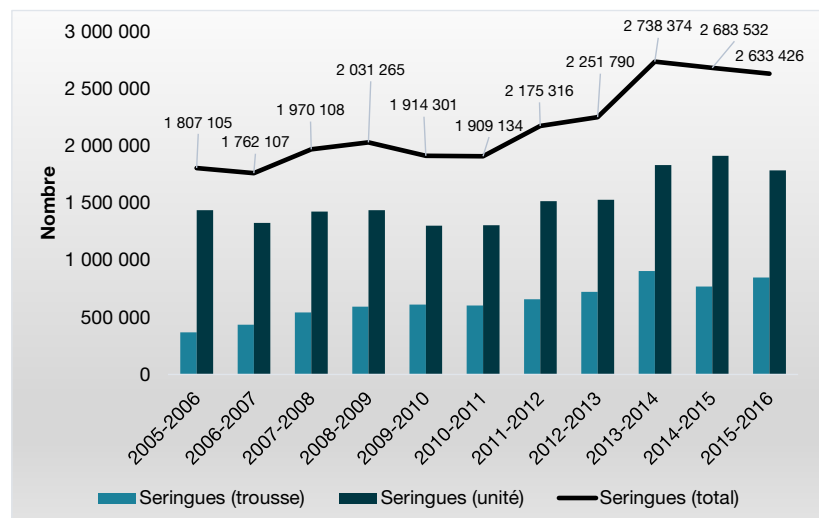
La distribution de matériel d'injection stérile pour prévenir la transmission du VIH et des hépatites B et C chez les personnes qui utilisent des drogues par injection (UDI) est une stratégie de santé publique reconnue efficace. Elle fait partie de l'offre de services de santé publique décrite dans le *Programme national de santé publique 2015-2025* (MSSS, 2015) et appuyée par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ, 1998) et l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ, 1998).

Ce rapport présente les quantités de matériel d'injection et d'inhalation qui sont remises par les directions de santé publique (DSP) aux centres d'accès au matériel d'injection (CAMI). Les CAMI participant à ce programme de prévention sont des organismes communautaires (OC), des pharmacies, des CLSC, des centres hospitaliers (CH), des cliniques, des groupes de médecine familiale, ainsi que des centres de réadaptation en dépendance.

Accès au matériel d'injection sécuritaire

Les statistiques sur l'approvisionnement en matériel d'injection sont compilées par les professionnels en infections transmissibles sexuellement et par le sang des DSP de chaque région du Québec. Elles sont disponibles de la période 2005-2006 à 2015-2016. Le matériel d'injection est disponible à l'unité ou en trousse. Les trousse contiennent 4 seringues, 4 tampons d'alcool, 4 ampoules d'eau, 4 Stericups^{MD} (un contenant de chauffage, un filtre et un tampon sec), des condoms ainsi qu'un dépliant d'information. La quantité de seringues remises aux CAMI par les DSP a atteint un sommet en 2013-2014, soit environ 2 millions, pour diminuer légèrement par la suite. À noter que trois régions n'ont pas transmis de données en 2015-2016 ce qui pourrait représenter 20 000 seringues pour l'ensemble de ces régions.

Figure 1 Évolution de la remise de seringues par les DSP aux CAMI du Québec de 2005-2006 à 2015-2016



La figure 2 indique que parmi l'ensemble des CAMI, c'est dans des organismes communautaires que les plus grandes quantités de seringues ont été remises par les DSP, soit 66 % en 2015-2016. Viennent ensuite les pharmacies (17 %), les CLSC (11 %), les urgences de centre hospitalier (2 %) et d'autres types de CAMI (4 %).

+ Plus de 2 6 millions seringues ont été remises au CAMI du Québec en 2015-2016 pour prévenir le VIH et les hépatites B et C.

Au cours des trois dernières périodes, de 29 % à 33 % des seringues remises aux CAMI l'ont été par des trousse. Elles ont été principalement remises à des pharmacies et à des établissements du réseau de la santé et des services sociaux (figure 3).

Figure 2 Seringues remises par les DSP selon les types de CAMI, depuis 2013-2014

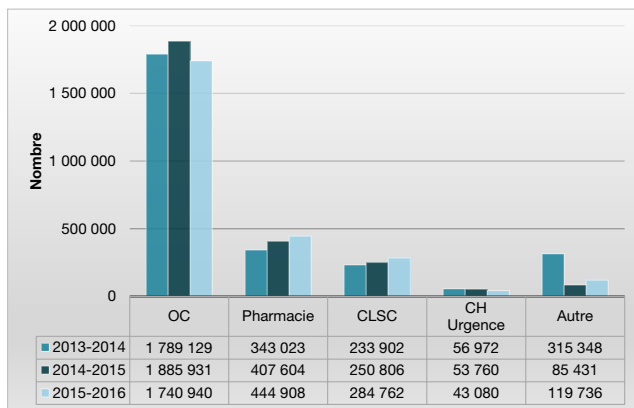
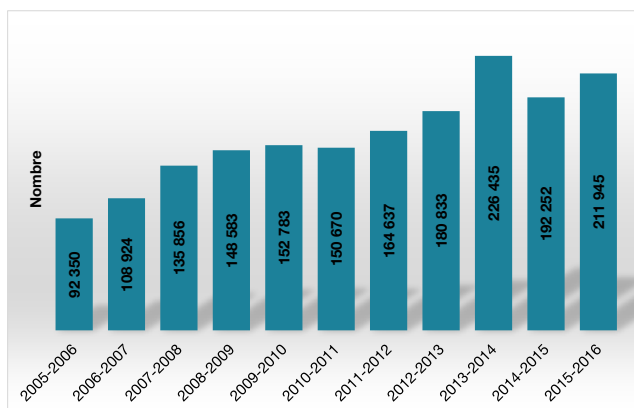


Figure 3 Nombre de trousse remis par les DSP aux CAMI depuis 2005-2006



En 2015-2016, 52 % des trousse ont été remises par les DSP à des pharmacies, 24 % à des OC, 18 % à des CLSC, 5 % à des centres hospitaliers et 1 % à d'autres types de CAMI (des cliniques, des GMF ou des CRD entre autre). La quantité de trousse remises aux CAMI a légèrement baissé comparé à 2013-2014. Les raisons de cette baisse, après plusieurs périodes de croissance, ne sont toutefois pas bien documentées. Il est important de souligner que cette baisse est surtout observée dans les OC et dans la catégorie « autre ». Un changement de pratique comme le remplacement de la distribution de trousse par la distribution de matériel à l'unité pourrait, en partie, expliquer cette baisse pour les OC.

Au fil des périodes, les quantités d'ampoules d'eau et de Stericup^{MD} ont suivi l'augmentation des quantités de seringues remises par les DSP aux CAMI sans toutefois les équaler (tableau 1). Cependant, le ratio ampoule d'eau/seringues est passé de cinq ampoules d'eau pour dix seringues, en 2005-2006, à sept ampoules d'eau pour dix seringues en 2015-2016. Des observations similaires sont faites pour les Stericup^{MD} dont les ratios sont respectivement passés de trois pour dix à six pour dix durant la même période.

Tableau 1 Évolution de la remise de seringues, d'ampoules d'eau et de Stericup^{MD} par les DSP aux CAMI du Québec depuis 2005-2006

	Total des seringues	Total des ampoules d'eau	Total des Stericup ^{MD}
2005 - 2006	1 807 105	929 243	595 499
2006 - 2007	1 762 107	1 107 943	723 277
2007 - 2008	1 970 108	1 222 911	891 675
2008 - 2009	2 031 265	1 223 192	1 056 137
2009 - 2010	1 914 301	1 219 380	1 016 871
2010 - 2011	1 909 134	1 296 701	1 041 493
2011 - 2012	2 175 316	1 410 810	1 160 730
2012 - 2013	2 251 790	1 521 732	1 190 632
2013 - 2014	2 738 374	1 887 692	1 562 205
2014 - 2015	2 683 532	1 665 301	1 352 930
2015 - 2016	2 633 426	1 826 309	1 547 289

Matériel d'injection remis par les DSP selon les régions

La distribution de matériel d'injection qui se fait sous forme de trousse ou à l'unité est mesurée pour chacune des régions du Québec (figure 4 et 5). En 2015-2016, 13 régions sur 16 ont partagé avec l'INSPQ leurs données sur les seringues remises aux CAMI. La région de Montréal représente 51 % des seringues remises au Québec en 2015-2016.

En 2015-2016, la distribution sous forme de trousse se fait dans 12 des 13 régions (figure 5). Les Laurentides ont été la seule région à ne pas distribuer de trousse durant cette période. La trousse représente un outil idéal pour les interventions dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et pour les pharmacies. Aussi, dans les régions où la population d'utilisateurs est dispersée sur un grand territoire, comme la Montérégie par exemple, l'accès à du matériel d'injection dans plusieurs points de service est un atout important pour la prévention.

Figure 4 Seringues remises par les DSP aux CAMI selon les régions, 2015-2016

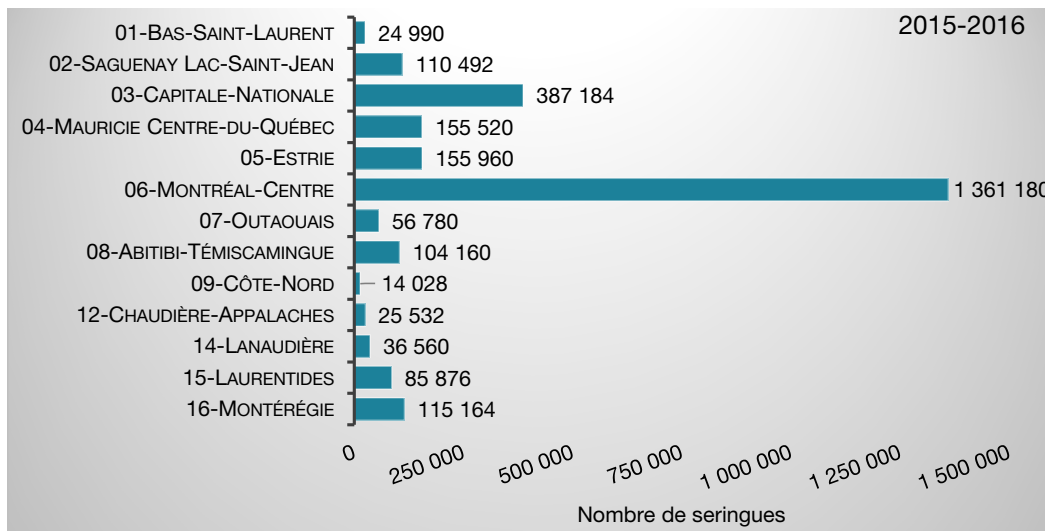
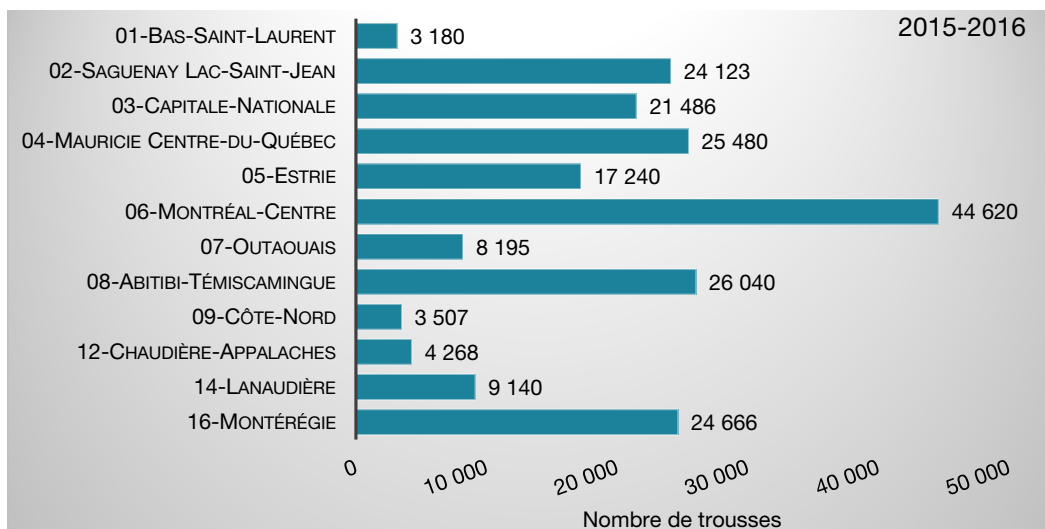


Figure 5 Trousses remises par les DSP aux CAMI selon les régions, 2015-2016



Le matériel d'inhalation

L'inhalation de crack¹ présente des risques pour la transmission du VIH et des hépatites B et C en raison des blessures que s'infligent les personnes lorsqu'elles fument cette substance qui est généralement chauffée dans un tube de verre. Pour prévenir ces risques il convient de ne pas partager le matériel à crack déjà utilisé. Le Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes de réduction des méfaits au Canada (Strike et collaborateurs, 2013) recommande la distribution du matériel suivant pour la consommation de crack :

- un tube fait de verre borosilicaté (Pyrex), pour servir de pipe, vu la forte résistance de ce matériau à la chaleur et l'absence de revêtement toxique;
- un embout, à placer à une extrémité d'une pipe, pour protéger les lèvres contre la chaleur et les rebords écaillés ou craquelés;
- des bâtons poussoirs, pour ajuster la position de la grille dans la pipe; et
- des grilles fabriquées d'acier ou de laiton, pour empêcher que des copeaux chauds ou fondants soient inhalés.

En 2015-2016, 130 460 embouts de pipe, 120 714 tubes de verre ainsi que des grilles de laiton (818 530) et des bâtons poussoir (48 742) ont été remis aux CAMI pour être distribués aux usagers de crack du Québec (figure 6).

En 2015-2016, la remise, par les DSP aux CAMI, de matériel pour fumer le crack a été rapportée par huit régions du Québec (tableau 2) Les régions de Montréal, de l'Outaouais et de l'Estrie ont remis la majeure partie du matériel à crack aux CAMI.

Figure 6 Matériel d'inhalation pour le crack remis par huit DSP aux CAMI en 2015-2016

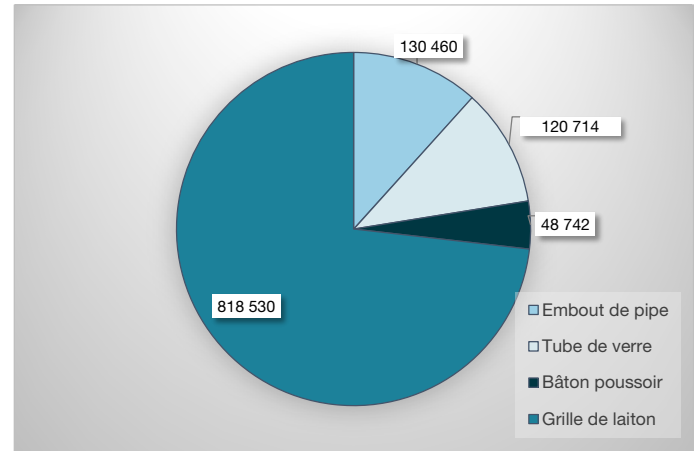


Tableau 2 Matériel d'inhalation pour le crack remis par huit DSP aux CAMI en 2015-2016

	Embout de pipe	Tube verre	Bâton poussoir	Grille de laiton
Bas-Saint-Laurent	60	30	30	150
Estrie	25 700	4 000	4 900	52 400
Montréal-Centre	92 700	103 900	41 000	672 000
Outaouais	6 000	9 400	1 500	88 000
Côte-Nord	0	35	30	190
Chaudière-Appalaches	200	110	95	450
Lanaudière	50	25	25	125
Laurentides	5 750	3 214	1 162	5 215
Total	130 460	120 714	48 742	818 530

¹ Le crack est fabriqué à partir de cocaïne en poudre qui est transformée en roche à cristaux. En chauffant ces roches à une température élevée elles fondent et libèrent une vapeur qui est inhalée à l'aide d'une pipe à crack. <http://www.catie.ca/fr/pdm/automne-2014/distribution-materiel-plus-securitaire-fumer-crack-cocaine-lignes-directrices-exhau#bios> consulté le 2 octobre 2017.

Conclusion

L'accès au matériel d'injection stérile contribue à limiter la transmission des infections au VIH chez les personnes UDI. La remise de matériel d'injection et d'inhalation aux CAMI qui en font la demande à leur DSP est un bon indicateur permettant de suivre la situation dans les différentes régions du Québec. Les organismes communautaires sont des points de distribution importants avec plus des deux tiers du matériel d'injection reçu des DSP. Les pharmacies et les CLSC viennent, pour leur part, compléter cet accès.

La distribution de plus de 2,6 millions de seringues annuellement est un bon indicateur de l'efficacité du programme de prévention auprès des personnes UDI. Par contre, l'accès au matériel d'inhalation est encore sous-optimal et il devrait être étendu à l'ensemble des régions.

Depuis l'implantation des CAMI à la fin des années 1980, les types de substances consommées et injectées ont varié et de nouvelles tendances s'observent au fil des ans. Grâce au réseau de surveillance SurvUDI (Leclerc et collaborateurs, 2016), il est possible de suivre l'évolution de la situation et d'adapter les mesures de prévention. Ainsi, la préoccupation des dernières années se porte sur les risques accrus de surdoses associés à l'injection de médicaments opioïdes. L'accès au matériel d'injection adapté à cette situation est en vigueur depuis le début d'octobre 2017.

Références

- Leclerc P, Roy É, Morissette C, Alary M, Parent R, Blouin K. (2016) *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogues par injection - Épidémiologie du VIH de 1995 à 2014 et Épidémiologie du VHC de 2003 à 2014*. Québec : Institut national de santé publique du Québec; 2016 p. 143.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015) *Programme national de santé publique 2015-2025*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux; 2015. 88 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.
- Strike, C., S. Hopkins, et al. (2013). *Best practice recommendations for Canadian Harm Reduction Programs that provide service to people who use drugs and are at risk for HIV, HCV, and other harms: Part 1*. Toronto, Working group on best practice for harm reduction programs in Canada: 128.
- Strike C, Gohil H et Watson TM. (2014) *La distribution de matériel plus sécuritaire pour fumer le crack (cocaïne) : lignes directrices exhaustives pour des pratiques exemplaires*
<http://www.catie.ca/fr/pdm/automne-2014/distribution-materiel-plus-securitaire-fumer-crack-cocaine-lignes-directrices-exhau#bios>
/consulté le 2 octobre 2017.

Matériel d'injection et d'inhalation pour prévenir la transmission du VIH et des hépatites B et C chez les personnes qui utilisent des drogues par injection au Québec : avril 2015 à mars 2016

Liste des professionnel ITSS-UDI des directions de santé publique régionales

Claude Gauthier, DSP du Bas-St-Laurent
Marcel Gauthier, DSP du Saguenay–Lac-Saint-Jean
Nathanaëlle Thériault, DSP de la Capitale-Nationale
Andrée Côté, DSP de la Mauricie et Centre-du-Québec
Dany Dorval, DSP de la Mauricie et Centre-du-Québec
Geneviève Petit, DSP de l'Estrie
Maude Gagnon, DSP de l'Estrie
Carole Morissette, DSP de Montréal
Pascale Leclerc, DSP de Montréal
Julie Levesque, DSP de l'Outaouais
Marie-Michèle Grenier, DSP de l'Abitibi-Témiscamingue
Hélène Chouinard, DSP de la Côte-Nord
Gabryelle Gagnon, DSP de la Baie-James
Christine Minville, DSP de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine
Joanne Eymard, DSP de Chaudière-Appalaches
Lalie Bélanger-Dion, DSP de Laval
François Tremblay, DSP de Lanaudière
Geneviève Perreault, DSP des Laurentides
Andrée Perreault, DSP de la Montérégie
Faye Legresley, DSP du Nunavik
Patrice Larivée, DSP Terres crie de la Baie James

AUTEURS

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

Richard Cloutier, agent de recherche et de planification sociosanitaire
Direction de la prévention et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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 2017
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-80102-3 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2017)

N° de publication : 2332