



information



formation



recherche



coopération
internationale

USAGE DE DROGUES PAR INJECTION ET INTERVENTIONS VISANT À RÉDUIRE LA TRANSMISSION DU VIH ET DU VHC

REVUE SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE ET VALIDATION EMPIRIQUE

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

USAGE DE DROGUES PAR INJECTION
ET INTERVENTIONS VISANT À RÉDUIRE LA
TRANSMISSION DU VIH ET DU VHC

REVUE SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE ET VALIDATION EMPIRIQUE

DIRECTION DES RISQUES BIOLOGIQUES, ENVIRONNEMENTAUX ET ORGANISATIONNELS

MARS 2007

AUTEURS

Lina Noël, Institut national de santé publique du Québec
Julie Laforest, Institut national de santé publique du Québec
Pier-Raymond Allard, Institut national de santé publique du Québec

SOUS LA COORDINATION DE :

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Lina Noël, Institut national de santé publique du Québec
Pier-Raymond Allard, Institut national de santé publique du Québec
Marc Dionne, Institut national de santé publique du Québec
Monique Imbleau, Institut national de santé publique du Québec

ÉVALUATRICE EXTERNE

Professeure Françoise Côté, Ph.D., École des sciences infirmières, Université Laval, Québec

AVEC LA COLLABORATION DE :

PROFESSIONNEL DE RECHERCHE

Richard Bradet, Unité de recherche en santé publique du CRCHUL-CHUQ

COMITÉ DE SUIVI DE LA DÉMARCHE DE RECHERCHE

Richard Cloutier, Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang
ministère de la Santé et des Services sociaux
Lise Guérard, Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang
ministère de la Santé et des Services sociaux
Marie-Nicole Hébert, Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang
ministère de la Santé et des Services sociaux

TECHNICIENNE DE RECHERCHE

Josiane Rivard, Unité de recherche en santé publique du CRCHUL-CHUQ

SECRÉTARIAT,

Marie-France Richard, Institut national de santé publique du Québec
Isabelle Petillot, Institut national de santé publique du Québec

Ce rapport a été commandé et financé par le Service de lutte aux ITSS du 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.

CONCEPTION GRAPHIQUE
MARIE PIER ROY

DÉPÔT LÉGAL – 2^e TRIMESTRE 2007
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN 13 : 978-2-550-49822-3 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN 13 : 978-2-550-49823-0 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2007)

GROUPE D'EXPERTS-CONSEILS

Alex D. Berthelot, Collectif d'intervention par les pairs, Montréal
Alba Buffo, Pact de rue, Montréal
Patricia Caron, Projet d'intervention en prostitution de Québec, Québec
Suzanne Cyr, IRIS-Estrie, Sherbrooke
Isabelle Desbiens, MIELS-QUÉBEC, Québec
Lorraine Dion, Les Œuvres de la Maison Dauphine, Québec
Manon Faber, Centre de santé et des services sociaux de Rouyn-Noranda, Rouyn-Noranda
Shannon Franssen, Plein Milieu, Montréal
Mario Fréchette, MIELS-QUÉBEC, Québec
Ian Gagnon, Squat Basse-Ville, Québec
Mario Gagnon, Point de Repères, Québec
Rachel Guyon, Centre Jean-Patrice Chiasson, Sherbrooke
Maryline Hudon, Collectif d'intervention par les pairs, Montréal
Sylvain Kirouac, Unité d'intervention mobile l'Anonyme, Montréal
Emmanuelle Lafortune, Point de Repères, Québec
Ugo Lavigne, Arrimage Jeunesse, Rouyn-Noranda
Martin Lebel, Collectif d'intervention par les pairs, Montréal
Natacha Loïselle, Collectif d'intervention par les pairs, Montréal
Luc Morin, Dopamine, Montréal
Thierry Pinet, Centre régional de prévention ITSS, Sherbrooke
Clémence Richard, Collectif d'intervention par les pairs, Montréal
Julie Roy, Arrimage Jeunesse, Rouyn-Noranda
Pamélie Sabra-Bourmet, Collectif d'intervention par les pairs, Montréal
Steve Théberge, Point de Repères, Québec
Sandra Villemure, Point de Repères, Québec

LES PERSONNES QUI ONT COLLABORÉ À LA RÉALISATION DES ACTIVITÉS DE TERRAIN

Mario Gagnon, Point de Repères, Québec
Nancy Laplante, Centre Sida Amitié, St-Jérôme
Sabrina Lemeltier, Plein Milieu, Montréal
Julie Roy, Arrimage Jeunesse, Rouyn-Noranda
Mariane Tonnelier, CACTUS, Québec
Josée Talbot, Centre Sida Amitié, St-Jérôme
Sandra Villemure, Point de Repères, Québec

LES ORGANISMES OU PERSONNES QUI ONT COLLABORÉ À LA COLLECTE DES DONNÉES SUR LES INTERVENTIONS

Bureau régional d'Action-sida, BRAS, Hull
Centre ASPA, Montréal
Centre femmes aux 3A, Québec
CIPTO, Hull
Coalition sherbrookoise du travail de rue, Sherbrooke
Dianova, Montréal
ÉMISS-ère, Montérégie
GEIPSI, Montréal
IRIS-Estrie
Les Œuvres de la Maison Dauphine, Québec
Le Refuge La Piaule, Drummondville
Point de Repères, Québec
Sida-Vie, Laval
Stella, l'amie de Maimie, Montréal

Réal Lortie, Agence de santé publique du Canada – Région de Québec

Toutes les personnes qui fréquentent les programmes de prévention qui ont participé aux groupes de discussion ont apporté une contribution inestimable. Nous tenons à les remercier sincèrement et souhaitons qu'ils se sentent autant interpellés par les activités de prévention à développer qu'ils ne l'ont été à nous conseiller.

RÉSUMÉ

L'usage de drogues par injection compte parmi les principaux facteurs de risque dans la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et du virus de l'hépatite C (VHC). Des actions préventives ont été mises en œuvre et soutenues par la stratégie de lutte aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) du Service de lutte aux ITSS du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). Cette stratégie fait périodiquement l'objet d'une évaluation en vue d'ajuster les pratiques aux situations qui évoluent dans le temps. Le but du présent rapport est de fournir des informations sur la base de données factuelles et de résultats probants afin de guider la réflexion sur les aspects entourant la prévention du VIH et du VHC chez les personnes faisant usage de drogues par injection.

Au plan méthodologique, la recherche s'organise autour de trois objectifs. Objectif 1 - une revue systématique de littérature québécoise entourant les personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI) et l'analyse transversale des données de recherches sur le profil des consommateurs et sur les facteurs de risque pour les infections à VIH et à VHC et pour le partage du matériel d'injection; Objectif 2 - une revue systématique de la littérature sur les interventions en prévention auprès des clientèles UDI d'ici et d'ailleurs dans le monde, doublée d'une analyse transversale de ces interventions; Objectif 3 - une validation empirique des données issues de la revue de la littérature auprès des personnes concernées par la prévention du VIH et du VHC.

Les données factuelles et les résultats probants issus des deux revues de littérature (études québécoises auprès de personnes UDI et interventions en prévention) ont été organisées en fiches synthèses pour la consultation auprès des personnes UDI qui fréquentent les programmes de prévention du VIH et du VHC et des intervenants de ces programmes. La technique du groupe nominal a été utilisée pour la consultation sur les interventions et les stratégies jugées efficaces et sur les comportements à risque pour le partage du matériel d'injection. Les entrevues d'une durée de deux heures ont aussi fourni du matériel qualitatif qui a fait l'objet d'une analyse de contenu.

Les principaux résultats de l'objectif 1 montrent que : les personnes UDI qui participent aux études réalisées au Québec ont différentes caractéristiques comme être un jeune de la rue, fréquenter les programmes d'échange de seringues, avoir été incarcérées, s'adonner à la prostitution pour les femmes ou être sans domicile fixe. Il faut souligner que les caractéristiques des personnes recrutées sont intimement liées aux lieux de recrutement que sont la cohorte des jeunes de la rue, la cohorte St-Luc et les programmes d'échange de seringues dans plusieurs régions du Québec. Pour ces consommateurs, on observe un vieillissement des populations (sauf chez les jeunes de la rue), une modification dans les produits consommés et dans les pratiques de partage du matériel d'injection.

Alors qu'au début des années 1990 la principale drogue consommée était la cocaïne, on retrouve de plus en plus de consommateurs d'héroïne et d'autres opioïdes dans les études plus récentes. Les plus jeunes injecteurs sont plus souvent des consommateurs d'héroïne même si la cocaïne fait aussi partie des psychotropes utilisés. Chez les jeunes injecteurs, l'héroïne est souvent la première drogue injectée, ce qui entraîne une consommation plus

soutenue dans le temps. De plus, la combinaison opioïdes-cocaïne semble plus présente au cours des dernières années. Le partage du matériel d'injection est significativement moins important qu'il ne l'était lors des premières collectes de données et ce, pour pratiquement tous les groupes de personnes recrutées. Il conviendra de prêter une attention particulière à l'injection en milieu carcéral ce qui, même si elle touche peu d'individus, expose à des risques plus élevés de partager du matériel. Du point de vue des infections, retenons que la prévalence du VIH est relativement stable mais que l'incidence demeure élevée. Quant au VHC il y a près de deux tiers des personnes UDI qui sont infectées et un grand nombre d'anciens injecteurs risquent de se découvrir séropositifs au VHC au cours des prochaines années.

Les principaux facteurs de risque identifiés dans la littérature pour le VIH sont liés au fait de fréquenter un lieu où plusieurs personnes s'injectent (piquerie¹), de s'injecter avec des seringues empruntées à des inconnus, de partager ses seringues avec une personne séropositive au VIH, de s'injecter avec des seringues usagées, de s'injecter avec des inconnus et de s'injecter des drogues en prison. Les deux principaux facteurs de risque identifiés pour le VHC sont l'injection avec des seringues usagées et l'injection de drogues en prison. Ce nombre limité de facteurs de risque identifiés pour le VHC tient au fait qu'il y a encore peu d'études québécoises qui ont été réalisées comportant des analyses pour le VHC. Les facteurs de risque pour le VHC s'apparentent très probablement à ceux identifiés pour le VIH compte tenu du mode de transmission par le partage de matériel d'injection contaminé dans les deux cas.

Les principaux facteurs de risque pour le partage du matériel d'injection identifiés dans la littérature québécoise sont : l'âge et le sexe, le travail du sexe chez les femmes, l'injection dans un lieu public, se faire plus d'une injection avec la même seringue, l'incarcération, la fréquentation d'une piquerie pour les variables sociodémographiques. Des variables de consommation telles que l'usage de cocaïne, la consommation quotidienne d'alcool, la polytoxicomanie et la combinaison de drogues, la fréquence et le nombre d'injections ont aussi été associées au partage du matériel d'injection. Le réseau social (avoir un partenaire UDI, s'injecter avec un inconnu, connaître une personne séropositive au VIH et avoir des relations avec d'autres hommes pour les hommes) et l'environnement (la faible disponibilité de seringues, le chèque d'aide social et le fait de vivre en région semi-urbaine) constituent des facteurs de risque pour le partage du matériel d'injection. Toutes ces variables ont été soumises à la consultation dans le cadre de la validation empirique (objectif 3).

Dans les résultats de l'objectif 2, la classification des interventions tirées de la littérature tient compte d'approches de réduction des méfaits, d'approches préventives en santé publique et d'approches basées sur des théories en promotion de la santé. Compte tenu de l'objectif de consultation auprès des clientèles à qui sont destinées les interventions, il convenait de développer une typologie qui soit cohérente, mais facile d'accès pour la consultation. Les activités de prévention-promotion de la santé ont été regroupées suivant deux axes : a) les interventions (distribution du matériel stérile, l'information-éducation, le dépistage-*counselling*, la relation d'aide et thérapie et le traitement de substitution ou la substitution à l'injection) et b) les stratégies (le travail de milieu, l'intervention par les pairs, l'intervention

¹ Un appartement où des personnes se regroupent pour s'injecter des drogues.

sociale de mobilisation et le lieu d'injection supervisé). Ces catégories ont été utilisées pour l'analyse transversale des interventions réalisées au niveau international et de celles réalisées au Québec. Ce même canevas sera aussi utilisé pour la consultation dans le cadre de la validation empirique.

Globalement, on remarque que certaines caractéristiques des interventions sont associées à l'obtention de résultats prometteurs pour la prévention du VIH et du VHC chez les utilisateurs de drogues par injection, soit 1) le travail de milieu, 2) les approches interdisciplinaires ou misant sur la complémentarité, 3) l'intégration des usagers des programmes dans la diffusion du savoir, 4) le recours à des modèles théoriques pour structurer la démarche et 5) les interventions individuelles en relation d'aide et thérapie.

Les principales observations sur les interventions internationales qui obtiennent des résultats probants indiquent que l'utilisation d'approches théoriques semble donner de meilleurs résultats tout comme la collaboration interdisciplinaire et, l'association entre milieux de pratique communautaire et équipes de recherche en santé. Tous les projets qui ont permis de conclure à une modification des comportements se sont déroulés dans un environnement de réduction des méfaits et en l'absence de répression policière.

Pour les projets qui ont permis d'atteindre les objectifs, on note la présence de stratégies comme l'intervention par les pairs, le travail de milieu et la mobilisation des usagers. Ici aussi, l'environnement de réduction des méfaits et l'absence d'intervention policière caractérisent les projets ayant permis d'atteindre les objectifs visés. Signalons par ailleurs que certains projets novateurs qui combinent des approches théoriques et l'implication des usagers ont donné des résultats particulièrement intéressants.

Les observations concernant les projets québécois en prévention du VIH et des hépatites montrent qu'un peu plus de la moitié des projets porte sur l'information-éducation avec comme stratégies le travail de milieu, parfois la mobilisation des usagers et plus rarement l'intervention par les pairs. Le dépistage-*counselling* est utilisé en combinaison avec le travail de milieu et ce, depuis la fin des années 1990. Les interventions en relation d'aide et thérapie sont peu nombreuses, mais elles reposent sur plusieurs stratégies d'intervention, sur des approches théoriques et des collaborations inter-établissements qui semblent donner des résultats intéressants.

Au Québec, le travail de milieu comme stratégie d'intervention est bien implanté, par ailleurs il conviendra de faire davantage de place à des stratégies comme l'intervention par les pairs et la mobilisation des usagers. Les projets de base comme la distribution de matériel stérile, l'information-éducation et le dépistage-*counselling* demeurent des priorités d'action, mais il serait approprié de promouvoir des collaborations entre des professionnels détenant des expertises théoriques entourant des approches préventives et les milieux de pratique. Des interventions en prévention-promotion des comportements sécuritaires doivent être développées et évaluées. Elles doivent aussi être adaptées à la situation particulière des consommateurs de drogues par injection pour permettre aux membres de ces communautés de se les approprier et de soutenir les activités de prévention par des stratégie d'intervention par les pairs et de mobilisation des usagers.

Les principaux résultats de l'objectif 3 prennent appui sur les résultats des objectifs un et deux. Une consultation auprès des personnes fréquentant les programmes d'échange de seringues et les intervenants a été réalisée dans le cadre de groupes de discussion. Les principales observations entourant les cinq types d'intervention, les quatre stratégies d'intervention et les facteurs de risque pour le partage du matériel d'injection ont été présentées aux participants qui devaient juger de la pertinence des interventions et des stratégies à mettre en œuvre pour agir sur les comportements à risque en vue de réduire le partage du matériel d'injection et la transmission du VIH et du VHC.

La distribution du matériel d'injection a été identifiée comme la première intervention à réaliser auprès des personnes faisant usage de drogues par injection. Les usagers des programmes d'échange de seringues estiment que la situation actuelle de distribution du matériel d'injection stérile ne permet pas de limiter adéquatement le partage du matériel. Les lieux d'accès insuffisants, les heures d'accès limitées et la stigmatisation des clientèles font partie des limites à l'accès. Par ailleurs, les intervenants ont pour leur part exprimé un inconfort face à la distribution du matériel stérile. Ils sont parfois tentés de limiter la quantité de seringues distribuées pour inciter les personnes UDI à venir les rencontrer plus souvent afin de multiplier les interventions.

Les intervenants ont parfois le sentiment d'avoir épuisé leur capacité d'intervenir en information-éducation alors que les usagers estiment qu'il faut encore plus d'informations dans les milieux de consommation. Les personnes UDI estiment de plus en plus qu'ils auront un rôle à jouer dans la prévention-promotion des comportements sécuritaires. Il faudrait trouver les stratégies les plus appropriées pour leur permettre de développer des savoirs et des habiletés à transmettre l'information auprès de leurs pairs.

Le dépistage-*counselling* est apparu, pour les usagers, comme une intervention prometteuse alors même que certains intervenants hésitent à l'offrir à leur clientèle. Elle permet de faire le point sur sa santé et de consulter des professionnels qui peuvent offrir des conseils, même pour les personnes qui sont encore actives en consommation. Il conviendra de développer des approches souples qui offrent l'opportunité de mettre en contact les clientèles et les professionnels de la santé pour offrir le dépistage et un enseignement des pratiques sécuritaires. Les actions basées sur des approches différentes pourraient être comparées en vue de retenir celles dont les résultats sont prometteurs.

Les interventions en relation d'aide et thérapie et celles en substitution sont moins utilisées au Québec. Par contre, les interventions en relation d'aide et thérapie ont donné des résultats suffisamment intéressants dans la littérature publiée et dans le cadre d'un projet réalisé au Québec pour qu'on y porte attention. Il y aurait une réflexion à faire concernant la place à donner à ce type de projet dans le contexte québécois. Pour ce qui est de la substitution à l'injection, il faudra d'abord convaincre les usagers de la pertinence d'une telle intervention car ils se sont montrés très peu réceptifs à ce type d'intervention.

Finalement, toutes les stratégies d'intervention sont apparues intéressantes du point de vue des personnes UDI avec en tête de liste l'intervention par les pairs. Les intervenants et les personnes UDI n'ont pas la même conception d'un pair-aidant. Alors que les personnes UDI

identifient le pair-aidant comme un membre actif de la communauté, les intervenants choisissent des anciens consommateurs comme pairs-aidant.

Miser sur une plus grande participation des personnes UDI dans le développement et la mise en œuvre des stratégies d'intervention, préparer des interventions avec des approches théoriques et les évaluer ainsi que développer une stratégie nationale de prévention de la toxicomanie et des infections devraient faire partie des priorités pour lutter contre le VIH et le VHC chez les personnes UDI.

Cette étude a été réalisée à la demande du Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang (SLITSS) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Le mandat confié à l'Institut national de santé publique (INSPQ) vise à documenter la problématique de l'hépatite C, en termes de demande et d'offre de services, pour les personnes atteintes du VHC et des moyens de prévention de l'infection pour les UDI. Le présent rapport est le troisième d'une série de trois rapports et touche spécifiquement l'usage de drogues par injection et les interventions visant à réduire les comportements à risque pour la transmission du VIH et du VHC.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	IX
LISTE DES TABLEAUX EN ANNEXE	X
LISTE DES FIGURES.....	XIII
1. INTRODUCTION	1
2. OBJECTIF 1 : ANALYSE TRANSVERSALE DES FACTEURS DE RISQUE AUXQUELS S'EXPOSENT LES PERSONNES UDI	5
2.1. Introduction.....	5
2.2. Méthodes.....	5
2.2.1. Cadre d'analyse.....	5
2.2.2. Critères d'éligibilité et sources des données.....	6
2.2.3. Codification des données.....	9
2.3. Résultats.....	10
2.3.1. Études auprès des utilisateurs de drogues par injection	10
2.3.2. Facteurs de risque pour le VIH et le VHC et le partage du matériel d'injection	17
2.3.3. Synthèse des observations.....	22
3. OBJECTIF 2 : ANALYSE TRANSVERSALE DES INTERVENTIONS EN PRÉVENTION DU VIH ET DU VHC AUPRÈS DES PERSONNES UDI	23
3.1. Introduction.....	23
3.2. Méthodes.....	24
3.2.1. Cadre conceptuel pour l'analyse des interventions	24
3.2.2. Critères d'éligibilité et source des données	27
3.2.3. Codification des données.....	28
3.2.4. Analyse des données.....	28
3.3. Résultats.....	29
3.3.1. Interventions avec résultats publiés.....	29
3.3.2. Interventions réalisées au Québec	41
3.3.3. Diversité des interventions réalisées au Québec.....	42
3.3.4. Interventions avec évaluation	43
3.4. Conclusion.....	52
4. OBJECTIF 3 : CONSULTATION DES PERSONNES CONCERNÉES PAR LA PRÉVENTION DU VIH ET DU VHC	55
4.1. Introduction.....	55
4.2. Méthodes.....	55
4.2.1. Cadre de référence et outils de consultation	55
4.2.2. Critères de sélection et recrutement des répondants	57
4.2.3. Technique du groupe nominal	58

4.2.4.	Analyse des données	59
4.2.5.	Limites	60
4.3.	Résultats	60
4.3.1.	Caractéristiques des répondants	60
4.3.2.	Interventions en prévention du VIH et du VHC	62
4.3.3.	Stratégies d'intervention en prévention du VIH et du VHC	71
4.3.4.	Interventions préventives pour réduire le partage du matériel d'injection	79
5.	CONCLUSION	87
5.1.	Études auprès des personnes udi	87
5.2.	De la théorie à la pratique	88
5.3.	Pistes d'action à prioriser	90
ANNEXE 1	TABLEAUX SYNTHÈSES DES ÉTUDES QUÉBÉCOISES AUPRÈS DES UTILISATEURS DE DROGUES PAR INJECTION	105
ANNEXE 2	CATÉGORIES D'ANALYSE POUR LES INTERVENTIONS EN PRÉVENTION DU VIH ET DU VHC AUPRÈS DES POPULATIONS MARGINALES	115
ANNEXE 3	TABLEAUX SYNTHÈSE DES INTERVENTIONS INTERNATIONALES VISANT À LIMITER LA TRANSMISSION DU VIH ET DU VHC	119
ANNEXE 4	FICHES SIGNANLÉTIQUES DES TYPES D'INTERVENTION ET DES MOYENS D'INTERVENIR	127
ANNEXE 5	LOGIGRAMME DE RÉALISATION DU GROUPE DE DISCUSSION (TECHNIQUE DU GROUPE NOMINAL)	135
ANNEXE 6	TABLEAUX SYNTHÈSE DES ANALYSES QUALITATIVES ISSUES DES GROUPES DE DISCUSSION	139

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Sources de références pour la recension des études portant sur la situation de l'usage de drogues par injection au Québec	7
Tableau 2	Catégories de documents selon l'indice de priorité dans la recension des études portant sur l'usage de drogues par injection du Québec.....	8
Tableau 3	Description des études retenues dans l'analyse de la situation sur l'usage de drogues par injection au Québec	8
Tableau 4	Thèmes et catégories utilisées pour la codification des résultats observés dans les documents sur l'usage de drogues par injection au Québec	9
Tableau 5	Portrait synthèse du profil des personnes UDI à partir des données recueillies dans les études québécoises réalisées entre 1988 et 2004.....	12
Tableau 6	Facteurs de risque en lien avec le partage du matériel d'injection associés à la transmission du VIH et du VHC identifiés dans les études auprès des personnes UDI du Québec.....	19
Tableau 7	Principales variables associées au partage du matériel d'injection chez les personnes UDI québécois recensées dans la littérature	20
Tableau 8	Grille des principales interventions et stratégies en prévention-promotion du VIH et du VHC destinées aux personnes UDI	25
Tableau 9	Description des études internationales incluses dans l'analyse transversale des interventions en prévention du VIH et du VHC auprès des personnes UDI	30
Tableau 10	Distribution des études internationales entourant les projets d'intervention en prévention du VIH et du VHC auprès des personnes UDI selon les stratégies d'intervention.....	35
Tableau 11	Synthèse des interventions internationales ayant conduit à la modification de comportements.....	39
Tableau 12	Synthèse des interventions internationales ayant permis d'atteindre les objectifs fixés.....	40
Tableau 13	Description des projets québécois d'interventions en prévention du VIH et du VHC auprès des personnes UDI entre 1997 et 2004	43
Tableau 14	Description des 28 projets québécois d'interventions en prévention du VIH et du VHC auprès des personnes UDI utilisées dans l'analyse transversale	44
Tableau 15	Distribution des 28 projets québécois utilisés dans l'analyse transversale selon le type d'intervention et les stratégies utilisées	49
Tableau 16	Intervention québécoise avec modification des comportements	50
Tableau 17	Synthèse des interventions québécoises ayant atteint leurs objectifs d'intervention	51

Tableau 18	Caractéristiques des répondants aux groupes de discussion	61
Tableau 19	Distribution des scores totaux et des scores moyens selon les types d'intervention et par catégorie de répondants	63
Tableau 20	Distribution du score total et des scores moyens selon la catégorie de répondants et la stratégie d'intervention	72
Tableau 21	Distribution des scores par item pour l'ensemble des participants et rang moyen selon la catégorie de répondants	80

LISTE DES TABLEAUX EN ANNEXE

Tableau A1	Portrait synthèse de la consommation de drogues, du partage du matériel et des infections chez les personnes UDI à partir des données recensées dans les études de cohorte réalisées au Québec entre 1988 et 2002 auprès de personnes UDI	107
Tableau A2	Portrait synthèse de la consommation de drogues, chez les utilisateurs de drogues par injection selon les données recueillies dans les études auprès des personnes UDI réalisées au Québec entre 1995 et 2003	109
Tableau A3	Portrait synthèse du partage du matériel et des infections chez les utilisateurs de drogues par injection selon les données recueillies dans les études auprès des personnes UDI réalisées au Québec entre 1995 et 2003	110
Tableau A4	Portrait de la consommation de drogues des répondants dans les études québécoises auprès des jeunes de la rue entre 1995 et 2004	111
Tableau A5	Les infections au VIH, au VHB et au VHC et le partage du matériel d'injection dans les études québécoises auprès des jeunes de la rue entre 1995 et 2004	112
Tableau A6	Portrait de la consommation de drogues chez les répondants aux études québécoises auprès de personnes toxicomanes ayant fait usage de drogues par injection publiées entre 1992 et 2002	113
Tableau A7	Portrait de la consommation de drogues chez les répondants aux études québécoises auprès de personnes incarcérées publiées entre 1994 et 2003	114
Tableau A8	Catégories d'analyse pour les interventions en prévention du VIH et du VHC auprès des populations marginales	117
Tableau A9	Synthèse des interventions internationales visant à limiter la transmission du VIH	121
Tableau A10	Synthèse des interventions internationales visant à limiter la transmission du VHC	124
Tableau A11	Synthèse des interventions internationales visant à limiter la transmission du VIH et du VHC	125

Tableau A12	Synthèse des commentaires sur la distribution du matériel d'injection en prévention des ITSS auprès des utilisateurs de drogues par injection	141
Tableau A13	Synthèse des commentaires sur les interventions d'information-éducation en prévention des ITSS auprès des utilisateurs de drogues par injection	142
Tableau A14	Synthèse des commentaires sur les interventions de dépistage-counselling en prévention des ITSS auprès des utilisateurs de drogues par injection	143
Tableau A15	Synthèse des commentaires sur les interventions de relation d'aide et thérapie en prévention des ITSS auprès des utilisateurs de drogues par injection	144
Tableau A16	Synthèse des commentaires sur les interventions de substitution dans la prévention des ITSS auprès des utilisateurs de drogues par injection.....	145
Tableau A17	Synthèse des commentaires sur le travail de milieu en prévention des ITSS auprès des usagers de drogues par injection	146
Tableau A18	Synthèse des commentaires sur l'intervention par les pairs en prévention des ITSS auprès des usagers de drogues par injection	147
Tableau A19	Synthèse des commentaires sur la mobilisation des usagers en prévention des ITSS auprès des usagers de drogues par injection	148
Tableau A20	Synthèse des commentaires sur la mise en place de locaux d'injection supervisés en prévention des ITSS auprès des usagers de drogues par injection	149
Tableau A21	Synthèse des commentaires sur l'accès difficile au matériel d'injection stérile pour éviter le partage	150
Tableau A22	Synthèse des commentaires sur la fréquentation des piqueries comme risque de partager du matériel d'injection	151

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Distribution des études internationales en prévention du VIH et du VHC auprès des personnes UDI selon le type d'infection et selon l'année de publication	30
Figure 2	Distribution des études internationales en prévention du VIH et du VHC auprès des personnes UDI selon le type d'intervention.....	31
Figure 3	Distribution des études internationales en prévention du VIH et du VHC auprès des personnes UDI selon l'organisme promoteur de l'intervention.....	31
Figure 4	Distribution des études internationales selon le type d'évaluation et selon l'utilisation d'un devis comportant un seul groupe ou plus d'un groupe.....	36
Figure 5	Distribution des études internationales en prévention du VIH et du VHC auprès des utilisateurs de drogues par injection selon les résultats de l'intervention	36
Figure 6	Distribution des 28 projets québécois d'interventions en prévention du VIH et du VHC auprès des personnes UDI utilisées dans l'analyse transversale, selon l'année de réalisation.....	45
Figure 7	Distribution des 28 projets québécois d'interventions en prévention du VIH et du VHC auprès des personnes UDI utilisées dans l'analyse transversale, selon le type d'intervention.....	45
Figure 8	Description des 28 projets québécois d'interventions en prévention du VIH et du VHC auprès des personnes UDI utilisées dans l'analyse transversale, selon le type d'intervenant	46
Figure 9	Description des 28 projets québécois d'interventions en prévention du VIH et du VHC auprès des personnes UDI utilisées dans l'analyse transversale, selon l'organisme promoteur de l'intervention.....	46
Figure 10	Facteurs de risques associés au partage du matériel d'injection identifiés à partir de la littérature québécoise sur l'usage de drogues par injection et le risque d'infection au VIH et au VHC	56

1. INTRODUCTION

Les premières données québécoises^[2] sur la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez des personnes faisant usage de drogues par injection ont été publiées en 1988. Le taux de prévalence du VIH observé chez des femmes incarcérées ayant fait usage de drogues par injection était de 14,6 %^[1]. Par la suite, des taux de prévalence ont été mesurés chez des personnes toxicomanes inscrites dans un programme de désintoxication (4,8 % à 8,2 %)^[2-4], de personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI) fréquentant les programmes d'échange de seringues (12,2 % à 16,8 % entre 1995 et 2000)^[5], de jeunes de la rue faisant usage de drogues par injection (1,8 %)^[6], des personnes incarcérées (8 % chez les femmes et 2 % chez les hommes, 16 % chez les injecteurs)^[7] et des consommateurs d'opioïdes (12,9 % à Montréal et 11,9 % à Québec)^[8]. Le développement d'un réseau de programmes de prévention du VIH auprès des personnes utilisatrices de drogues par injection^[9], basés sur une approche de réduction des méfaits, est une première réponse à l'épidémie de VIH chez les personnes toxicomanes qui s'injectent. L'accès à des seringues stériles pour limiter le partage du matériel d'injection et maintenir des taux de prévalence du VIH relativement stables s'est avéré une mesure efficace^[5]. À cet égard un bilan provincial des activités des programmes d'échange de seringues avait été réalisé en 1998. De plus, une étude récente^[10] permet de conclure que ces programmes ont largement contribué à endiguer l'épidémie de VIH chez les personnes faisant usage de drogues par injection dans les pays où ils ont été implantés. Cependant, le développement de tests de dépistage du virus de l'hépatite C (VHC) au début des années 1990 a mis en évidence un grand nombre de porteurs chroniques de l'hépatite C dont la cause serait l'usage passé ou récent de drogues par injection.

Selon l'étude de Remis (1998)^[11], la prévalence du VHC dans la population canadienne serait de 0,8 %. Environ 70 % des personnes infectées ne présenteraient pas de symptôme et ignoreraient qu'elles sont infectées. Par conséquent, même si le VHC est à déclaration obligatoire^[12], les données disponibles sur le nombre de personnes infectées ne reflètent qu'une partie de la réalité. De plus, aucun test ne permet de distinguer les infections anciennes de celles nouvellement acquises. L'incidence de la maladie est donc difficilement mesurable. Des estimations faites par Zou et al.^[13] indiquent que le nombre total de nouvelles infections pourrait atteindre de 4 000 à 5 000 cas annuellement au Canada. Les personnes UDI constituent le groupe au sein duquel la transmission du VHC est la plus élevée en raison de pratiques d'injection à risque comme le partage du matériel d'injection^[14]. Au Canada, les données sur la prévalence du VHC chez les personnes UDI sont encore parcellaires, mais selon les groupes étudiés, ces taux se situent entre 26 % et plus de 70 %^[8, 15-18]. Cette situation est comparable à celle observée dans d'autres pays où l'utilisation de drogues par injection constitue un facteur important dans la transmission du VHC^[19-28]. Des chercheurs mettent aussi en évidence d'autres vecteurs de transmission comme le partage des filtres, des récipients de préparation de la drogue et du matériel pour l'inhalation d'héroïne, de cocaïne et de crack, indiquant la possibilité de transmission par voie orale et nasale du VHC^[29-31].

La transmission du virus de l'hépatite C chez les personnes UDI constitue un enjeu de santé publique majeur incitant les autorités à renforcer les mesures de prévention. Bien que les données de prévalence et d'incidence du VHC soient encore fragmentaires pour le Québec, tous s'accordent sur l'importance d'intervenir rapidement pour prévenir la transmission du VHC résultant du partage de matériel d'injection contaminé. Les données épidémiologiques^[18, 32-34] indiquent des prévalences autour de 60 % au Québec, et ce malgré la présence de programmes d'échange de seringues^[35] et d'interventions préventives pour limiter la propagation du VIH^[36, 37]. La prévention du VHC semble commander des mesures supplémentaires afin de diminuer les risques auxquels s'exposent les utilisateurs de drogues^[38].

La nécessité d'une meilleure compréhension des facteurs de risque associés à la transmission du VIH et du VHC, ainsi que des interventions préventives jugées efficaces dans la lutte aux infections transmises par le sang, sont à l'origine de la présente démarche de recherche. Précisons d'entrée de jeu que la présente recherche ne vise pas à évaluer les programmes d'échange de seringues, mais davantage des interventions ciblées auprès des personnes utilisatrices de drogues par injection. L'étude vise à cerner les facteurs de risque sur lesquels les intervenants du réseau de la santé et des milieux communautaires pourront s'appuyer pour améliorer les activités de prévention auprès des personnes UDI. Cette recherche répond à trois objectifs spécifiques : 1) une analyse des facteurs de risque auxquels s'exposent les personnes UDI au Québec, 2) une analyse transversale des interventions en prévention du VIH et du VHC destinés aux personnes faisant usage de drogues par injection et 3) une consultation auprès des personnes qui fréquentent les programmes de prévention du VIH et du VHC et des intervenants travaillant auprès de cette clientèle. Les étapes de réalisation de l'étude ont été a) la documentation des principaux facteurs de la prise de risque chez les injecteurs québécois, b) la recension des interventions en prévention du VIH et du VHC auprès des clientèles toxicomanes dans le monde et au Québec, c) la réalisation d'une analyse transversale des comportements à risque identifiés chez les personnes UDI du Québec ainsi que des interventions évaluées et, d) la consultation des personnes concernées par la prévention pour une validation empirique des résultats de l'analyse de la documentation.

Pour réaliser l'objectif 1 portant sur l'analyse des facteurs de risque auxquels s'exposent les personnes UDI du Québec, les chercheurs ont procédé à une recension exhaustive des documents suivie d'une analyse transversale des études sélectionnées. La revue systématique de la littérature et l'analyse transversale des documents ont permis d'identifier les principaux facteurs de risque du VIH et ceux reliés au partage du matériel d'injection. Ces informations ont par la suite servi à la consultation auprès des personnes qui font usage de drogues par injection et des intervenants qui soutiennent leurs démarches préventives.

L'analyse des interventions en prévention auprès des personnes qui font usage de drogues et s'exposent aux risques de contracter le VIH et le VHC (objectif 2) s'appuie sur une procédure similaire à celle de l'analyse des facteurs de risque. Une recension des études internationales et québécoises sur les activités de prévention a été faite suivant des critères de sélection. La revue systématique de la littérature et l'analyse transversale a pour but de comparer les effets des activités de prévention suivant cinq types d'intervention (la

distribution de matériel stérile, l'information-éducation, le dépistage-*counseling*, la relation d'aide et thérapie et la substitution à l'injection) et quatre stratégies pour intervenir (le travail de milieu, l'intervention par les pairs, la mobilisation des usagers et l'installation de locaux d'injection supervisés). Les résultats obtenus ont par la suite été priorisés lors de la consultation sur le terrain.

La réalisation de l'objectif 3 portant sur une consultation auprès des personnes exposées à l'intervention et des personnes qui font l'intervention repose sur une approche qualitative. Les principaux résultats des objectifs 1 (facteurs de risque pour le VIH et le VHC) et 2 (types et stratégies d'intervention) ont été organisés en fiches synthèses individuelles pour la consultation lors des rencontres de groupe. La technique du groupe nominal a été utilisée pour déterminer les interventions, les stratégies et les facteurs de risque prioritaires et la discussion libre a servi à clarifier les positions et les attentes des répondants. Les groupes de discussion ont été enregistrés et ont fait l'objet d'une analyse de contenu.

Objectifs	Méthodes
1. Analyse transversale des facteurs de risque auxquels s'exposent les personnes UDI	• Revue systématique de la littérature • Développement d'une grille standard de codification • Analyse transversale des facteurs de risque pour le VIH • Analyse transversale des facteurs de risque pour le partage du matériel d'injection • Développement d'un outil de consultation sur les facteurs de risque pour le partage
2. Analyse transversale des interventions en prévention du VIH et du VHC auprès des personnes UDI	• Revue systématique de la littérature • Développement d'une grille standard de codification • Proposition d'une typologie des interventions en prévention et des stratégies d'intervention pour l'analyse transversale • Analyse compréhensive des interventions de prévention du VIH et du VHC auprès des personnes UDI sur la base de résultats probants ou d'efficience observée • Développement d'un outil de consultation sur les types d'intervention et les stratégies d'intervention
3. Consultation auprès des personnes qui fréquentent les programmes de prévention et des intervenants de ces programmes sur les principaux résultats des objectifs 1 et 2.	• Validation des outils de consultation par la technique du groupe nominal • Réalisation de groupes de discussion par la technique du groupe nominale auprès de personnes fréquentant les programmes de prévention du VIH et du VHC et leurs intervenants dans diverses régions du Québec • Analyse des résultats de la consultation sur les facteurs de risque pour le partage du matériel d'injection et sur les interventions identifiées dans la littérature

2. OBJECTIF 1 : ANALYSE TRANSVERSALE DES FACTEURS DE RISQUE AUXQUELS S'EXPOSENT LES PERSONNES UDI

2.1. INTRODUCTION

Depuis l'observation en 1988 de cas d'hépatite B chez des femmes incarcérées^[1], de nombreux chercheurs se sont intéressés au phénomène de l'usage de drogues par injection au Québec. La préoccupation entourant la transmission du VIH et du VHC se retrouve principalement dans les études menées auprès des personnes UDI^[5, 17, 39-47]. Elle apparaît aussi dans celles réalisées auprès des jeunes de la rue^[6, 16, 48-53], des personnes incarcérées^[1, 7, 34, 54] et de femmes exposées à la violence dans des espaces à risque^[55]. Les situations et les environnements à risque pour le VIH, les hépatites et les autres infections transmissibles sexuellement ont aussi été étudiés par des chercheurs québécois^[56-60]. Parmi les études sur l'usage de drogues par injection, on retrouve celles visant la caractérisation des injecteurs^[11, 61], l'évaluation de programmes et d'interventions^[36, 62-64] et certaines enquêtes auprès de la population^[65-67]. Finalement, une recension d'écrits^[68] et des revues de la littérature organisées en catégories d'analyse^[69-71] sont aussi disponibles.

Les personnes faisant usage de drogues par injection sont particulièrement vulnérables à l'infection au VIH et au VHC notamment, en raison de pratiques d'injection non sécuritaires et des environnements dans lesquels ils évoluent. Les chercheurs qui se sont intéressés à cette problématique ont colligé au fil des ans des données sur les caractéristiques de cette population, sur les facteurs de risque ainsi que sur les environnements entourant la consommation de drogues par injection. L'objectif de la présente section du document consiste à faire une analyse transversale de ces études, afin d'identifier les variables individuelles, culturelles, sociales, environnementales et structurelles caractérisant la consommation de drogues et la prise de risques à l'égard du VIH et du VHC. Le but ultime de cet exercice est d'assurer une compréhension du phénomène en vue d'orienter les stratégies d'intervention en promotion des comportements sécuritaires.

2.2. MÉTHODES

Afin de cerner les pratiques sur lesquelles il faut agir pour prévenir la transmission du VIH et du VHC, une revue systématique de la littérature doublée d'une analyse transversale des études québécoises traitant de l'utilisation de drogues par injection ont été faites. Les étapes de réalisation ont été les suivantes : 1) définition du cadre d'analyse, 2) recension des écrits en fonction des critères d'éligibilité, 3) définition des catégories d'analyse par un consensus inter-chercheurs et 4) lecture et codification des documents en fonction de la grille d'analyse.

2.2.1. Cadre d'analyse

Au Québec, les études traitant de l'usage de drogues par injection sont relativement nombreuses et plusieurs d'entre elles portent sur des problèmes importants de santé publique. En faisant une lecture des études de surveillance du VIH et des hépatites, de celles sur les comportements à risque pour l'acquisition de ces infections et des documents

sur les sujets connexes permettant de décrire les environnements et les situations à risque, le lecteur est à même de se faire une idée assez juste de la situation de l'usage de drogues par injection au Québec. Toutefois, l'objectif de réunir ces informations pour assurer une meilleure compréhension du phénomène ne peut se faire sans paramètres de référence. C'est donc sous l'angle des risques liés au partage du matériel d'injection qu'a été développée la grille interprétative des études réalisées auprès des personnes UDI. Les principaux thèmes étant leurs caractéristiques, les profils de consommation, le réseau de relations ainsi que les contextes et situations à risque pour le partage du matériel d'injection. Un modèle similaire avait été proposé par Roy *et al.*^[72] dans l'analyse du partage du matériel d'injection auprès des jeunes de la rue.

2.2.2. Critères d'éligibilité et sources des données

Le but de la recherche étant de cerner les variables clés sur lesquelles pourront s'appuyer les intervenants dans leurs activités de prévention du VIH et du VHC, une grande variété d'études ont été retenues pour l'analyse. Les documents sélectionnés devaient répondre aux critères d'éligibilité suivants : 1) comporter des données sur la consommation de drogues par injection au Québec ou sur les injecteurs québécois, 2) avoir été publiés ou soumis pour publication² entre 1990 et 2004 et 3) pouvoir être consultés relativement facilement.

Différentes banques bibliographiques ont été interrogées (tableau 1) pour retracer les études québécoises sur la problématique de l'usage de drogues par injection. Deux banques *EndNote*, constituées par l'équipe de recherche, ont été examinées. Tous les documents inscrits dans ces banques de références bibliographiques en lien avec la thématique de recherche, que ce soit des rapports de recherche, d'évaluation, des articles publiés, des présentations dans des congrès scientifiques ou des colloques ont été analysés en fonction des critères d'éligibilité. Les références mentionnées dans ces documents ont aussi fait l'objet d'une vérification en vue de retracer tous les documents disponibles en lien avec le thème de recherche. Les banques bibliographiques comme *PUBMED*, *Santé.com*, *Repères* et *Ariane* ont fait l'objet d'une recherche par auteur et par mot clé. Pour compléter l'examen des documents publics, une recherche par auteur/chercheur et par mot clé sur Internet et dans certains cas, un contact personnel avec les chercheurs reconnus pour leur implication dans des recherches auprès des personnes UDI a permis d'ajouter des documents à la liste des ouvrages soumis à l'analyse. Finalement, certains actes de congrès ou de colloques québécois, canadiens ou internationaux ont été parcourus systématiquement.

Toutes les études répondant aux critères d'éligibilité ont fait l'objet d'une classification suivant les catégories : articles avec révision par les pairs, articles dans une revue professionnelle, livres, monographies et ouvrages collectifs, rapports de recherche, résumés et notes publiés (tableau 2). Tous les documents d'un même auteur ou d'une même équipe de recherche ont été comparés du point de vue des données présentées et toutes les fois où les données d'une communication scientifique ou professionnelle étaient aussi disponibles dans un article publié, c'est cet article qui était retenue comme premier choix. De même, les

² Les auteurs ont eu accès à des documents soumis pour publication au moment de l'analyse de la littérature. Les résultats de recherche provenaient de données collectées avant la fin de l'année 2004. Au moment du dépôt de ce rapport toutes les études soumises retenues pour l'analyse avaient été publiées.

documents classés au deuxième choix ont eu préséance sur ceux classés au troisième et au quatrième choix. Cette préférence ne présume en aucun cas de la valeur intrinsèque des documents, mais sert à établir un ordre de priorité sur les études retenues. Cette procédure permet de retrouver les documents pour quiconque souhaiterait reproduire la même analyse. C'est ce que Mellos (dans Gauthier 1993)^[73] désigne sous le terme de reproductibilité ou vérification empirique, faisant référence ici à la capacité de reprendre les tests empiriques sur un même objet de recherche ou sur un objet de même nature. Ainsi, en plus de répondre aux critères d'éligibilité, les études ont été soumises à la règle du document le plus accessible par sa diffusion.

Tableau 1 Sources de références pour la recension des études portant sur la situation de l'usage de drogues par injection au Québec

Référence	Années	Commentaires
Ariane	1990-2004	Recherche par nom d'auteur et par mot clé
Banques de références internes	1990-2004	Banques de références 1) sur les études et les rapports concernant la problématique de l'usage de drogues par injection au Québec et 2) sur les articles en lien avec la thématique des ITSS et les populations vulnérables
PUBMED	1990-2004	Recherche par auteur, par mot clé, par équipe et par thématique de recherche (ex. : Cohorte St-Luc et SurvUDI)
Internet par auteur	1990-2004	Recherche par auteur sur Internet et visite des listes de publication des chercheurs
Santé.com	1990-2004	Recherche par auteur, par mot clé, par équipe et par thématique de recherche
Repères	1990-2004	Banque d'articles provenant de publications québécoises
Association de recherche canadienne sur le VIH (ARCV)	2000-2004	À partir du site de l'ARCV toutes les références portant sur l'usage de drogues par injection, le VIH et le VHC
Congrès et colloques en maladies infectieuses, en ITSS et sur les enjeux de la drogue par injection	1996-2004	Certains congrès ou colloques sur les maladies infectieuses, les Journées annuelles de santé publique, celui sur les Drogues par injection : enjeux pour la société et celui sur la vulnérabilité au VIH ont été consultés plus systématiquement
Congrès internationaux entourant les questions du sida et de la réduction des méfaits	1996-2004	Certains congrès internationaux pour lesquels des chercheurs du Québec avaient fait des présentations ont aussi été consultés

Parmi les 60 documents retenus, 39 (65 %) répondaient aux conditions du premier choix, 12 (20 %) à celle du deuxième choix et 9 (14 %) à un troisième ou quatrième choix (tableau 2). Les documents retenus se répartissent comme suit : 37 études comportant des données sur les personnes UDI en général, 14 sur l'usage de drogues par injection chez des jeunes de la rue, quatre sur des clientèles toxicomanes contenant des données sur l'usage de drogues par injection, trois sur les personnes incarcérées et l'usage de drogues par injection et deux études qualitatives auprès de travailleurs du sexe et de personnes sans domicile fixe rapportant l'usage de drogues par injection comme mode de consommation

(tableau 3). Les données quantitatives proviennent généralement d'études de cohorte (cohorte Saint-Luc, cohorte des jeunes de la rue et cohorte OPICAN), d'études épidémiologiques (réseau SurvUDI et population carcérale) et d'études auprès des clientèles des programmes d'échange de seringues. Les données qualitatives sont issues de six études réalisées auprès de jeunes de la rue, d'usagers de programmes d'échange de seringues, de toxicomanes ainsi que de personnes UDI en prostitution ou sans domicile fixe.

Tableau 2 Catégories de documents selon l'indice de priorité dans la recension des études portant sur l'usage de drogues par injection du Québec

Type de documents	Choix
• Articles avec révision par les pairs (publiés, sous presse ou soumis)	Premier
• Articles dans une revue professionnelle (publiés)	Deuxième
• Livres, monographies et ouvrages collectifs (publiés)	Deuxième
• Rapport de recherche (mis en circulation avec ou sans ISBN)	Troisième
• Résumés et notes publiés (communication dans un congrès scientifique)	Quatrième

Tableau 3 Description des études retenues dans l'analyse de la situation sur l'usage de drogues par injection au Québec

Catégorie	Nombre de documents	Type d'étude (n)	Lieu de l'étude (n)
Personnes utilisatrices de drogues par injection	37	Cohorte (17) Études de prévalence (11) Population des PES (7) Étude générale (2)	Montréal (12) Montréal et Canada (4) Province (7) Province et Canada (7) Ville de Québec (7)
Jeunes de la rue	14	Cohorte (14)	Montréal (14) Incluant des jeunes en provenance de régions du Québec
Toxicomanes	4	Étude de prévalence (1) Population des PES (1) Étude générale (1) Étude qualitative (1)	Province (1) Montréal (2) Ville de Québec (1)
Personnes incarcérées	3	Études de prévalence (2) Étude générale (1)	Province (1) Montréal (1) Ville de Québec (1)
Travail du sexe et sans domicile fixe	2	Histoire de vie (2)	Ville de Québec (1) Montréal (1)

Au Québec, les études réalisées auprès des personnes UDI sont majoritairement de type quantitatif et une forte proportion ont été menées dans la région de Montréal (tableau 3). Plusieurs de ces études ont été réalisées en collaboration avec d'autres régions du Québec et du Canada, offrant ainsi des points de comparaison intéressants. À cet égard, les associations de chercheurs provenant de disciplines variées et de lieux géographiques divers, mais utilisant des méthodes de recherche à la fois complémentaires et standardisées, constituent une force majeure des études réalisées au Québec. La mobilisation de la recherche autour de la question de l'usage de drogues par injection et des risques pour la transmission des ITSS a grandement amélioré les connaissances sur les clientèles et constitue un levier important pour l'intervention en prévention.

2.2.3. Codification des données

La codification des données a été réalisée en deux temps. Une première lecture flottante des documents a permis de retracer les différentes variables utilisées par les chercheurs dans les études québécoises. Par la suite, la codification des documents s'est faite suivant les thèmes et les catégories de variables retrouvées dans les études (tableau 4). Les informations colligées dans les documents ont été codifiées selon les thèmes suivants : références, méthodes, caractéristiques sociodémographiques de la population à l'étude, profil de consommation et comportements à risque, infections liées à l'usage de drogues par injection, facteurs de risque autres que l'usage de drogues par injection, autres problèmes de santé, pratiques sexuelles, contextes de prise de risques, organisation de vie, échange de seringues et variables significatives. À ces catégories se sont ajoutées celles provenant des données qualitatives sur les contextes et les environnements entourant la consommation de drogues par injection au Québec.

Tableau 4 Thèmes et catégories utilisées pour la codification des résultats observés dans les documents sur l'usage de drogues par injection au Québec

Thèmes	Catégories de variables
Référence	Auteur, année, ville,
Méthode	Type d'étude, nombre de sujets dans l'étude, population cible, caractéristique de l'étude
Caractéristiques sociodémographiques	Âge, sexe, ethnie, autres
Profil de consommation et comportements à risque	Type de drogues (cocaïne – héroïne), mode d'administration, fréquence d'utilisation, âge à la première injection, durée de l'injection, partage (seringues – matériel)
Infections liées à l'usage de drogues par injection	Statut VIH, statut VHC, statut VHB
Facteurs de risque autres que l'usage de drogues par injection	Transfusion, body piercing, tatouage
Autres problèmes de santé	Lorsque recherché
Pratiques sexuelles	Nombre de partenaires, type de partenaires, usage du condom, prostitution
Contextes de prise de risque	Lieux, situation/événement, réseau de relations
Organisation de vie	Traitement de la toxicomanie, problème avec la justice, emploi, logement, autres
Échange de seringues	Avoir fréquenté un programme d'échange de seringues
Variables significatives	Apportent un complément d'information et ont été signalées pour leur contribution à la compréhension du phénomène

Une fois les catégories d'analyse déterminées, le recours à un consensus inter-chercheurs a été utilisé pour valider la classification. La distinction entre les facteurs de risque pour le VIH et le VHC et les facteurs de risque pour le partage du matériel d'injection a été proposée à cette étape. Les données entourant les facteurs de risque pour le VIH et le VHC fournissent des indications sur les comportements qui favorisent la transmission des infections alors que celles sur les comportements liés au partage du matériel d'injection permettent de pousser la réflexion plus loin avec les personnes consultées. La présentation des résultats en mettant

l'accent sur le fait de réutiliser les seringues à plus d'une reprise comme facteur de risque pour partager du matériel usagé permet d'ouvrir sur un autre niveau de discussion. Ce n'est plus le risque de contracter une infection qui est au centre de la discussion, mais davantage le risque d'adopter un comportement non sécuritaire.

2.3. RÉSULTATS

Les études retenues comportaient des données sur la consommation de drogues par injection, la transmission des infections telles le VIH et les hépatites, les comportements à risque ainsi que les situations, les environnements et les lieux ayant été identifiés comme étant à risque. La description des principales observations issues de l'analyse transversale des études québécoises se fera suivant la classification du tableau 3. Cette dernière permet de regrouper les études en deux catégories : celles ayant recruté des personnes UDI et celles ayant recruté des populations spécifiques pour lesquelles on note l'usage de drogues par injection (exemple : les jeunes de la rue, les personnes toxicomanes, incarcérées, travailleuses du sexe ou sans domicile fixe). Ce regroupement a l'avantage de réunir les résultats d'études réalisées par des équipes de chercheurs avec des méthodes relativement homogènes et, dans le cas d'études longitudinales, de permettre une analyse temporelle. Cependant, les études auprès de personnes toxicomanes, de personnes incarcérées, de travailleurs du sexe ou de personnes sans domicile fixe ont été regroupées premièrement sur la base des clientèles et deuxièmement suivant la méthodologie de recherche proposée.

La section portant sur l'analyse transversale des facteurs de risque liés au VIH et au VHC et ceux liés au partage du matériel d'injection permet de se concentrer plus spécifiquement sur les comportements présentant un risque pour la transmission de ces infections. Seules les variables significatives (valeurs statistiques à l'appui) seront retenues. Ces données, organisées en catégories, seront soumises à la consultation auprès des personnes fréquentant les programmes de prévention du VIH et du VHC et des intervenants de ces programmes. Les informations obtenues serviront d'une part à expliquer le comportement d'un point de vue expérientiel et d'autre part à établir des priorités pour la prévention.

2.3.1. Études auprès des utilisateurs de drogues par injection

2.3.1.1. Études auprès des personnes UDI en général

Sur les 37 documents retenus dans la catégorie utilisateurs de drogues par injection, 17 étaient des publications provenant des données de la cohorte St-Luc^[4, 39-41, 44, 46, 47, 74-77] et de la cohorte OPICAN^[8, 78-82]. Cette dernière, qui visait principalement à recruter des consommateurs d'opioïdes à travers le Canada, a permis de rejoindre plus de 700 consommateurs au Canada dont 94 % se sont déjà injectés et 86 % sont des injecteurs actifs^[8]. Cependant, seules les données recueillies en 2002 ont été publiées à ce jour. Cette étude comportait deux sites de recrutement au Québec, un à Montréal (au sein de la cohorte St-Luc) et un à Québec (à partir du programme d'échange de seringues et dans le réseau institutionnel en toxicomanie). Ce sont les documents contenant des données de ces deux sites qui ont été retenus pour l'analyse. L'âge moyen des participants de Montréal et de Québec est respectivement de 29 ans et 35 ans et les personnes recrutées sont

majoritairement francophones (tableau 5). La proportion de femmes pour le site de Québec est de 31 % tandis qu'elle est de 26 % pour celui de Montréal.

En 2004, la cohorte St-Luc comptait plus de 1 000 personnes recrutées^[47]. Entre 1988 et 1999, l'âge médian des répondants est passé de 31 ans à 38 ans, alors que la proportion d'hommes dans la cohorte a atteint 80 %. Les participants sont majoritairement francophones. En 1988-89, 66 % des répondants indiquaient la cocaïne comme principale drogue injectée et 97 % rapportaient s'en être injecté au cours des 6 mois précédant l'entrée en traitement^[74] (tableau A1, annexe 1). À la fin des années 1980, la consommation d'héroïne était rapportée par 22 % des injecteurs de la cohorte St-Luc et au moins la moitié des consommateurs de cocaïne faisaient aussi usage d'opioïdes^[39]. Dans les publications plus récentes, il est mentionné que 30 % des injecteurs avaient fait usage d'héroïne dans les 30 derniers jours et 61 % avaient consommé de la cocaïne^[44]. Des résultats publiés en 2001 montrent que l'injection d'héroïne est plus répandue chez les femmes^[41] et que les consommateurs qui utilisent simultanément des opioïdes et de la cocaïne (combinaison de drogues³)^[78] sont plus susceptibles de s'injecter. Même si la cocaïne est la drogue la plus souvent injectée (75 %), l'usage combiné d'héroïne et de cocaïne (18 %) n'est pas négligeable^[46]. En ce qui a trait au partage des seringues et du matériel d'injection, la proportion des répondants de la cohorte St-Luc qui rapportaient utiliser du matériel déjà utilisé par d'autres injecteurs se situait autour de 75 % en 1988-89^[74]. Finalement, des conditions particulières comme la réception du chèque d'aide sociale^[75] ou le fait d'être travailleuse du sexe^[77] ont un effet sur l'augmentation des risques associés à la consommation de drogues et au partage du matériel d'injection.

Les données de la cohorte OPICAN pour la région de Montréal (incluant les sujets de la cohorte St-Luc) montrent qu'en 2002, seulement 22 % des répondants rapportent avoir partagé des seringues et 31 % d'entre eux d'autre matériel d'injection^[8]. Malgré le fait qu'il ne soit pas possible d'établir un lien direct entre les participants du début de la cohorte à Montréal et les personnes UDI qui ont participé à la cohorte OPICAN plus récemment, il appert que dans la communauté des injecteurs, le partage du matériel d'injection ait connu une baisse (réelle ou en raison d'une diminution dans la déclaration de ce comportement).

Les sujets recrutés dans la cohorte OPICAN sont des consommateurs illicites d'opioïdes non en traitement dont environ 90 % rapportent s'être déjà injectés (tableau A1). La drogue la plus souvent consommée chez les sujets recrutés à Montréal est l'héroïne (90 %) alors que chez les sujets recrutés à Québec 37 % rapportent l'héroïne et 83 % le DilaudidTM^[8]. Les consommateurs recrutés dans les régions de Montréal et de Québec font aussi usage de cocaïne (respectivement 69 % et 79 %). Il est intéressant de noter que chez les consommateurs illicites d'opioïdes non en traitement, la proportion de ceux qui font un usage combiné de différentes drogues est importante et ce, principalement avec la cocaïne (70 % des répondants pour la ville de Québec)^[78].

³ La combinaison de drogues étant définie comme un usage simultané (dans les 2 heures qui suivent la consommation d'opioïdes) d'opioïdes et de toutes autres substances incluant l'alcool.

Tableau 5 Portrait synthèse du profil des personnes UDI à partir des données recueillies dans les études québécoises réalisées entre 1988 et 2004[§]

Catégories	Âge	Sexe	Ethnie / Communauté linguistique	Commentaires
Personnes UDI général	<u>Cohorte St-Luc</u> 1988-89 – âge moyen 31 ans 1999 – 38 ans <u>Cohorte OPICAN</u> 2002 – Âge moyen Montréal : 29 ans Québec 35 ans <u>Réseau SurvUDI et études connexes avec des clients des PES</u> 1995-97 – âge médian 30 ans 2004 – âge médian 33 ans Les femmes sont généralement plus jeunes – 26 ans	<u>Cohorte St-Luc</u> 1988-89 – 3H : 1F 1999 – 80 % hommes <u>Cohorte OPICAN</u> 2002 – Montréal 26 % femmes Québec 31 % femmes <u>Réseau SurvUDI et études connexes avec des clients des PES</u> Proportion hommes : femmes (3H : 1F) En piquerie 40 % de femmes	<u>Cohorte St-Luc</u> 80 % Francophones <u>Cohorte OPICAN</u> 90 % et plus d'origine Caucasiens pour Montréal et Québec	<u>La cohorte St-Luc</u> établie depuis la fin des années 1980 recrute principalement auprès d'une clientèle en demande de services en toxicomanie. <u>La cohorte OPICAN</u> a démarré en 2002 et concerne les consommateurs d'opioïdes canadiens avec un site de recrutement à Montréal (cohorte St-Luc et étendu) et un site à Québec (PES et étendu). <u>Le réseau SurvUDI</u> couvre l'ensemble de la province et plusieurs études connexes ont été réalisées auprès des clientèles UDI. C'est le cas à Québec entre autres.
Jeunes de la rue	Étendue : 14-26 ans Entre 1995 et 2004, l'âge moyen est passé de 19 ans à 21 ans	La proportion selon le sexe est de un tiers de filles pour deux tiers de garçons, sauf dans les cas d'analyses ciblées	Plus de 90 % des sujets sont nés au Canada et plus de 85 % sont francophones	Transfusion 5 % Piercing 78 % Tatouage 56 % Retard scolaire – près de 60 %
Toxicomanes	Âge moyen 1992 – 29,8 ans 1997 – F-25,4 ans H-29,7 ans 1999 – F-23,8 ans H-29,6 ans	De manière générale, on compte 3 hommes pour 1 femme à moins de sélection particulière		Toutes les études ont un lien avec des clients de programmes d'échange de seringues UDI et non UDI.
Personnes incarcérées	Femmes 1994 – 35 ans 2003 – 35,5 ans Hommes 1994 – 32 ans 2003 – 33,3 ans	Femmes Une étude à Québec (n = 100) et une étude provinciale (n = 250) Hommes Entre 90 et 100 % des échantillons	Deux études avec ethnie comme variable – entre 74 % et 78 % d'origine Caucasienne Autochtones : 5 % hommes et 13 % femmes	Piercing H : 31 % – F : 54 % (hors prison) Tatoués H : 48 % – F : 60 % Tatouage en prison H : 38 % – F : 5 % Retard scolaire – 63 % secondaire non complété
Personne en prostitution	Femmes : 34 ans (étude 1) Hommes : 29 ans (étude 1) Entre 19 et 39 ans (étude 2)	20 femmes (étude 1) 15 hommes (étude 1) 19 hommes (étude 2)	Francophones (étude 1)	13 femmes mères d'enfants et 3 hommes pères d'enfants (étude 1)

§ Les résultats de plusieurs études amorcées avant 1990 ont été publiés après 1990.

Les données sur l'infection au VIH (tableau A1) indiquent qu'à la fin des années 1990, la prévalence était de 8,2 %^[4]. En 2002, la prévalence chez les participants à la cohorte OPICAN était respectivement de 12,9 % et 11,8 % pour Montréal et Québec^[8]. La prévalence du VHC chez les utilisateurs d'opioïdes est estimée à 52,6 % dans l'ensemble de la cohorte OPICAN (35,3 % pour les répondants recrutés à Montréal et à 59,5 % pour ceux recrutés à Québec)^[8]. Des analyses réalisées auprès des répondants du site de Québec montrent que les toxicomanes dont la consommation se limite aux opioïdes ont une prévalence du VHC (46,9 %) inférieure à ceux qui font usage d'opioïdes en combinaison avec d'autres substances (69,9 %)^[78].

Le réseau SurvUDI^[5, 18, 45, 83-90] est un réseau de surveillance des infections transmissibles par le sang et des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues par injection du Québec financé par le gouvernement fédéral de 1995 à 2004. Ce dernier fait maintenant partie du réseau pancanadien de surveillance (I-Track) et est en partie financé par le gouvernement du Québec depuis 2005. Les répondants (8 964 individus au 30 juin 2004^[18] et plus de 14 700 questionnaires complétés) sont recrutés dans les sites des programmes d'échange de seringues du Québec et de la ville d'Ottawa.

Dès 1995, les données montrent une majorité d'injecteurs de cocaïne (90 %) dans les programmes d'échange de seringues (tableau A2)^[42, 43, 91-95]. Les plus jeunes injecteurs sont moins nombreux à rapporter la cocaïne comme principale drogue injectée (78 %) et cette tendance se maintient dans le temps avec en toile de fond une consommation non négligeable d'héroïne et ce, principalement chez les moins de 25 ans. Les données publiées en 2003 font état d'une proportion de 60 % de jeunes ayant rapporté avoir consommé de l'héroïne au cours des 6 mois précédant l'entrevue et 38 % des moins de 25 ans identifient l'héroïne comme principale drogue injectée dans les 6 derniers mois^[87]. Malgré tout, la drogue la plus souvent consommée par les personnes UDI du Québec demeure la cocaïne et ce, même si la proportion d'injecteurs identifiant la cocaïne comme principale drogue injectée diminue dans le temps (74 % en 2003)^[87].

Par ailleurs, 60 % des toxicomanes qui fréquentent des piqueries⁴ (tableau A2) rapportent la consommation de crack et 28 % de ces derniers rapportent aussi la consommation d'opioïdes^[88]. En 1995, l'âge moyen à la première injection se situait entre 20 et 23 ans^[93]. Les données de 1997 indiquent un âge médian à 25 ans^[83] et par la suite, cette information n'est plus disponible.

Plusieurs études indiquent que le nombre d'années d'injection est lié au risque de partager du matériel d'injection (tableau A2). Cette donnée est disponible pour 1995 (5,3 ans chez les personnes UDI qui fréquentent le programme d'échange de seringues (PES) depuis moins de 2 ans et de 8,9 ans chez les plus de 2 ans)^[93], pour 1998 (8 ans)^[94] et pour 2003 (9,5 ans)^[87]. Plus de 60 % des répondants sont des consommateurs réguliers et, en 1998 le tiers mentionne s'injecter au moins trois fois par semaine^[42]. Dans une étude réalisée avec

⁴ Lieux où se rassemblent des consommateurs de drogues pour s'injecter, généralement l'appartement d'un des consommateurs.

les usagers du programme d'échange de seringues de Québec, le nombre moyen d'injections au cours d'une période de 6 mois a été évalué à 318^[94].

Le partage du matériel d'injection jumelé aux données sur la prévalence et l'incidence des infections sont très certainement des variables d'intérêt pour suivre la situation des personnes UDI au regard des comportements à risque. Les données indiquent une tendance à la baisse dans le partage de seringues⁵, mais plus négligeable dans le partage du matériel d'injection (tableau A3). Par ailleurs, certaines conditions comme la fréquentation des piqueries se traduisent par un moins bon contrôle sur les comportements sécuritaires et le partage s'avère toujours plus élevé chez ces répondants^[88]. Les situations qui mettent à risque de partager (la polytoxicomanie, le fait de réutiliser sa seringue à plus d'une reprise ou d'avoir vécu dans un appartement où les gens s'injectent) ou de s'infecter (le nombre d'années d'injection surtout avec de la cocaïne et le partage de seringues surtout avec un inconnu) ont été identifiées dans les premières études et demeurent d'actualité.

La prévalence du VIH est plus élevée chez les injecteurs de longue date, chez les personnes UDI de Montréal et chez celles qui vont en piquerie (tableau A3). Elle est relativement stable dans le temps même si l'incidence demeure relativement élevée (4,8 par 100 personnes-année (pa.)^[5]). Les données sur le VHC sont récentes, mais traduisent une situation épidémique avec une prévalence globale de 60 % chez les répondants au réseau SurvUDI^[18].

2.3.1.2. Études auprès des jeunes de la rue

Établie en 1995, la cohorte des jeunes de la rue constitue la principale source de données permettant de suivre la situation et l'évolution des comportements à risque chez les jeunes de 15 à 25 ans vivant des épisodes d'itinérance dans la rue. Comme les jeunes proviennent souvent de différentes régions du Québec, la cohorte donne certaines indications sur les risques auxquels s'exposent les jeunes de la rue au Québec lorsqu'ils se rendent à Montréal.

L'information sur la consommation de drogues chez les jeunes de la rue est tirée de 14 études réalisées entre 1995 et 2004 (tableau 5) chez des participants recrutés principalement dans la région de Montréal, mais provenant de diverses régions du Québec^[6, 16, 33, 48-53, 96-100]. Au début de l'étude, les hallucinogènes (86 % à vie et 71 % dans le dernier mois)^[100] étaient rapportés le plus souvent par les jeunes de la rue (tableau A4). En 1995-96, une proportion non négligeable de répondants indiquaient utiliser la cocaïne (77 % à vie et 32 % dans le dernier mois) et le crack (53 % à vie et 18 % dans le dernier mois)^[33, 97, 100]. Les données de 2004^[98] montrent un maintien de la consommation d'hallucinogènes (66 %) de cocaïne et de crack (62 %), d'amphétamines (39 %) et d'héroïne (27 %). Toutefois, les données de 1995 sur la consommation d'héroïne concernaient le dernier mois (16 %),^[96] alors que celles de 2004 portent sur les 6 mois précédant l'entrevue (27 %)^[98]. Les données sur la consommation d'héroïne dans le dernier mois entre 1995 et 2000 indiquent quant à elles une baisse du nombre de consommateurs d'héroïne de 16 % à 8 %^[100].

⁵ Le partage signifie l'utilisation de seringues déjà été utilisées par quelqu'un d'autre.

Avec un âge moyen à la première injection de 16 ans chez les filles et 17,3 ans chez les garçons^[96] (tableau A4), les jeunes de la rue sont les injecteurs les plus précoces de tous les groupes participant à des recherches au Québec. On compte entre 27 % et 29 % d'injecteurs réguliers^[49, 98] au sein de cette population. Le taux d'incidence du passage à l'injection varie d'une étude à l'autre : 12,3 par 100 pa. en 1995^[6]; 7,8^[97] et 23,6 par 100 pa. en 2000^[100]. La première drogue injectée est l'héroïne pour 45 % des sujets alors que la cocaïne l'est pour 42 %^[100].

Entre le tiers (36 %)^[6, 96] et la moitié (47 %)^[16, 97] des jeunes de la cohorte rapportaient s'être déjà injectés au cours de la période 1995-2000 (tableau A4). Dans l'étude portant sur la période 2001-2003, ce pourcentage est de 31 %^[99]. Lorsqu'ils s'injectent, les jeunes de la rue le font avec de la cocaïne (87 % en 2004) et de l'héroïne (73 % en 2004)^[98]. Les données de 1995 montraient que les plus récents injecteurs s'injectaient plus souvent de la cocaïne (74 %) que de l'héroïne (53 %)^[6]. Par ailleurs, lorsque ces derniers étaient comparés aux injecteurs « stables » (ceux qui avaient pris l'habitude de s'injecter), les consommateurs de cocaïne (37 %) étaient proportionnellement moins nombreux que les injecteurs d'héroïne (57 %)^[6]. Finalement, la polytoxicomanie et l'injection sont associés au sexe de survie^[51].

Au tout début de la cohorte, 60 %^[6, 96] des jeunes qui s'injectaient rapportaient avoir partagé des seringues (tableau A5). Les données colligées entre 1995 et 2000 indiquent une prévalence du partage de 47 % sans distinction entre les garçons et les filles^[97]. Les études publiées en 2004 indiquent une proportion de 34 % pour les derniers 5 mois avec une proportion plus faible (29 %) pour les récents injecteurs^[52, 99]. En 1995, 58 % des récents injecteurs rapportaient partager des seringues^[6]. Le partage de matériel autre que la seringue^[48] est aussi mentionné et 67 % des injecteurs de 1995^[96] indiquaient en avoir déjà partagé alors que ce pourcentage est de 40 % à 55 % en 2004^[98].

En 1995^[96], 1,8 % des jeunes de la rue étaient positifs au VIH (3,9 % pour les personnes UDI et 4,9 % pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HRSH) (tableau A5). L'infection par le virus de l'hépatite B touche par ailleurs 9,2 % des sujets recrutés en 1995-96 (16,2 % des personnes UDI)^[33], tandis que le virus de l'hépatite C a été détecté chez 12,6 %^[16] des répondants. Si l'infection au VIH s'est maintenue en deçà de 2 % durant toute la période à l'étude, l'hépatite C s'est élevée rapidement chez les injecteurs passant de 12,6 % en 1995-96 à 20,5 %^[97] en 2000 (35,7 % chez les personnes UDI actives).

Retenons qu'entre 1995, date du début de la collecte de données et 2004, les jeunes ont graduellement migré vers l'injection d'héroïne sans toutefois abandonner la cocaïne. Ils ont de plus en plus tendance à combiner les drogues avec en tête de liste la cocaïne et l'héroïne. Les jeunes de la rue qui s'injectent sont de moins en moins nombreux à rapporter des comportements à risque, mais la situation demeure préoccupante au regard des infections transmissibles par le sang.

2.3.1.3. Études auprès de personnes toxicomanes ayant fait usage de drogues par injection

Certaines études réalisées auprès de personnes toxicomanes qui ne ciblait pas spécifiquement le recrutement des personnes UDI fournissent par ailleurs des informations sur l'usage de drogues par injection et sur la situation des injecteurs du Québec^[56, 101-103]. Deux études ont principalement servi à identifier les situations particulières des consommateurs de drogues par injection comme l'absence de domicile fixe (32 %) l'incarcération (63 % déjà été incarcérés) et les liens avec le milieu de la criminalité (45,9 % des revenus provenant d'activités illicites)^[103] et l'univers des piqueries^[102].

Les résultats de l'étude sur le portrait des toxicomanes en milieu urbain et semi-urbain réalisée au début des années 1990 indiquent une moyenne d'âge de 30 ans chez les personnes UDI recrutés dont 73 % sont des hommes^[101] (tableau 5). La drogue la plus souvent consommée est la cocaïne (84 %) et 55 % des répondants sont des injecteurs avec un pourcentage plus élevé en milieu urbain (tableau A6). L'étude menée en 1997 compte elle aussi une proportion d'injecteurs hommes et femmes (respectivement 51 % et 38 % dans les 30 derniers jours)^[102]. Chez ces derniers la durée moyenne d'injection était de 8,3 ans chez les femmes et 7,1 ans chez les hommes. Au début des années 1990, la consommation d'héroïne était rapportée par 8 % de l'ensemble des répondants alors qu'en 1997 c'est 24 % des injecteurs qui indiquent avoir consommé de l'héroïne.

L'étude menée en 1992 auprès de toxicomanes révélait des taux de partage de seringues comparables à ceux des études auprès des personnes UDI : 64 % à vie et 46 % au cours des 6 derniers mois (tableau A6). Déjà en 1999, la proportion d'injecteurs qui rapportaient le partage de seringues (29 % hommes et 34 % femmes) avait diminué. En 1999, 5,5 % des ex-UDI et 10,1 % des UDI étaient infectés au VIH avec une prévalence plus élevée chez les femmes (14,6 %) que chez les hommes (8,4 %)^[102].

2.3.1.4. Études auprès des personnes incarcérées

Les utilisateurs de drogues par injection ont souvent des démêlés avec la justice en raison de leur problème de dépendance. Dans une étude réalisée en 1997-98, 71 % des personnes UDI rapportaient avoir déjà été incarcérés^[42]. Deux études réalisées en 1994^[7, 104], une auprès de femmes incarcérées et l'autre auprès des détenus de la prison de Québec, témoignent de l'importance de la consommation de drogues et de l'injection au sein de cette population (tableau A7). En effet, 38 % des femmes et 26 % des hommes recrutés en détention affirment s'être déjà injectés. En 1994, 11 % des femmes et 2 % des hommes mentionnaient s'être injectés lors d'une incarcération, alors que ces proportions passent à 0,8 % et à 5 % en 2003^[34]. Il convient de mentionner que l'étude de 1994^[7] avait été réalisée dans un seul établissement de détention hébergeant des hommes et des femmes, alors que l'étude de 2003 a été réalisée dans plusieurs établissements à travers le Québec. En 1994, la fréquence du partage de seringues hors de la détention y était importante et se comparait aux proportions observées dans la population de personnes UDI de la ville où était situé l'établissement de détention. L'étude réalisée en 2003 fait ressortir une proportion importante de répondants qui rapportent avoir partagé une paille lors de l'inhalation de cocaïne (71 %)

et la présence d'injecteurs *in muros* qui ont partagé des seringues (50 % chez les femmes et 63 % chez les hommes). Les femmes incarcérées ont aussi un profil d'exposition aux risques d'infection plus élevés lorsqu'elles sont toxicomanes (38 % étaient déjà allées en piquerie).

Prise dans son ensemble, la population carcérale n'a pas un taux de prévalence du VIH aussi élevé que celui de la population UDI au Québec. En 1994, la prévalence était de 3 % pour l'ensemble des répondants à l'étude (tableau A7). Les femmes présentent des prévalences oscillant entre 8 % et 9 %, alors que celle observée pour les hommes est de 2 %. Parmi les femmes incarcérées, le fait de s'adonner au travail du sexe (28 %) constitue un facteur de risque pour le VIH. Notons par ailleurs que chez les femmes prostituées de rue, l'usage de drogues par injection est très répandu et que ces dernières sont particulièrement susceptibles d'être interpellées pour infraction au Code civil. L'étude de 2003 montre peu de différences dans la prévalence du VIH, comparativement à ce qui avait été observé en 1994. En ce qui a trait à l'infection au VHC, les données sur la prévalence chez les personnes UDI incarcérées sont similaires à celles observées dans les populations UDI du Québec. Il appert important de signaler l'importance de la paille dans la transmission du VHC et la proportion élevée de personnes incarcérées qui rapportent le partage de la paille. La mesure des connaissances sur les risques de transmission du VHC chez des personnes incarcérées avait montré une méconnaissance de ce facteur de risque dans la population carcérale^[105].

2.3.1.5. Études qualitatives sur la situation de vie de personnes UDI

Deux études qualitatives ont été réalisées avec la collaboration des personnes s'adonnant au travail du sexe, l'une exploratoire ayant pour cible les trajectoires adaptatives des personnes sans domicile fixe (SDF) toxicomanes^[106] et l'autre portant sur la violence, l'usage de drogues et les risques d'ITSS^[107]. Dans les deux cas, le récit de vie a été utilisé comme méthode de collecte de données (tableau 5). Les personnes recrutées faisaient usage de drogues par injection (19/21 et 9/15). Suivant l'angle d'analyse des chercheurs, la violence d'une part et la dépendance aux drogues d'autre part, jouent un rôle prépondérant dans l'accroissement de l'exposition aux risques d'ITSS. L'étude auprès des SDF fait ressortir des pistes entourant l'imaginaire et l'usage de drogues par injection pouvant servir de tremplin à la prévention. L'injection, stratégie adaptative visant à combler les besoins émotionnels des SDF devient facteur de risque dans l'univers de la prévention. De même, les femmes évoluant dans un espace social empreint de violence s'exposent davantage aux risques de s'infecter par le VIH. Les informations fournies par ces études ajoutent à la réflexion sur les environnements et les situations à risque pour les personnes toxicomanes qui s'injectent.

2.3.2. Facteurs de risque pour le VIH et le VHC et le partage du matériel d'injection

Les populations étudiées sont à risque de contracter le VIH et le VHC en raison de comportements liés à l'injection de drogues ou à la consommation de drogues par inhalation. Pour chacune des populations présentées précédemment, il a été possible d'identifier des facteurs de risque pris isolément et pour des groupes plus spécifiques. Pour compléter ce portrait des clientèles dites vulnérables au VIH et aux hépatites, une analyse transversale de l'ensemble des résultats de recherche a permis de dégager des facteurs de risque associés à la transmission du VIH et du VHC (tableau 6) et au partage du matériel d'injection

(tableau 7). Pour chacun de ces facteurs de risque identifiés dans la littérature et pour lesquels il existait des statistiques disponibles, le nombre d'études ayant rapporté ce facteur, le nombre de sujets recrutés ainsi que le rapport de cote (et sa valeur prédictive (p) ou l'intervalle de confiance (IC) pour une valeur prédictive à 95 %) ont été colligés. Seules les variables ayant une valeur significative ont été retenues pour l'analyse transversale des facteurs de risque liés au VIH et au VHC ainsi qu'au partage du matériel d'injection.

2.3.2.1. Facteurs de risque pour le VIH et le VHC

Dans l'étude de Lamothe *et al.*^[4] les personnes UDI qui se sont injectés dans une piquerie ont pratiquement deux fois (1,89) plus de risque de contracter le VIH que ceux qui n'y sont pas allés (tableau 6). Cette variable n'est pas statistiquement significative dans l'analyse de régression, mais l'analyse univariée montrait une forte relation (p 0,002 test exact de Fisher) entre le fait de fréquenter une piquerie et d'être séropositif au VIH. Les personnes UDI qui s'injectent avec des seringues empruntées de personnes qu'ils connaissent peu s'exposent davantage (entre 1,4 à 2,1 fois selon les études) que ceux qui n'ont pas ce comportement. Partager ses seringues avec une personne séropositive au VIH expose à 4 fois plus de risque (4,43) et ce risque est plus important pour les femmes (3,05) que pour les hommes (2,44). L'injection avec des seringues déjà utilisées par d'autres injecteurs (entre 2,1 et 2,6), l'injection avec des inconnus (1,6 et 2,0) ainsi que l'injection lors d'une incarcération (2,7) exposent aussi à des risques accrus.

Les études entourant la transmission du VHC sont moins nombreuses et généralement plus récentes. Seulement deux recherches fournissent des données sur des comportements à risque associés à la prévalence de l'hépatite C (tableau 6), soit celle de Roy *et al.*^[18] sur l'épidémiologie du VHC dans le réseau SurvUDI et celle réalisée par Alary *et al.*^[34] auprès des personnes incarcérées au Québec. Les facteurs de risque y sont similaires à ceux observés pour le VIH, soit l'injection avec des seringues souillées (1,82 et 2,2). L'injection de drogues lors d'une incarcération constitue un facteur de risque élevé (3,7) et ce, même si ce comportement est peu rapporté chez les personnes incarcérées.

Chez les personnes UDI, le risque de contracter le VIH et le VHC est davantage lié à des pratiques associées à l'injection qu'à tout autre comportement. Le partage du matériel servant à la consommation constitue le vecteur principal de transmission de ces infections. En ce sens, l'analyse statistique des principaux facteurs de risque liés au partage du matériel d'injection est apparue comme une nécessité.

2.3.2.2. Partage du matériel d'injection comme facteur de risque

Dans un premier temps, les facteurs de risque du partage du matériel d'injection sont présentés, suivi des contextes et environnements qui ont une influence sur le partage. Le concept de partage du matériel d'injection fait directement référence à l'utilisation d'une seringue ou d'autre matériel d'injection déjà utilisés par une autre personne. Le partage est, dans le contexte particulier des personnes UDI, une notion bien ambiguë puisqu'elle est aussi utilisée dans un sens très positif d'entraide et de prévention par le don et le contre don de matériel stérile entre utilisateurs pour éviter la transmission du VIH et du VHC^[43]. Dans le

contexte de cette étude, les facteurs de risque du partage font référence à l'aspect négatif de ce comportement.

Tableau 6 Facteurs de risque en lien avec le partage du matériel d'injection associés à la transmission du VIH et du VHC identifiés dans les études auprès des personnes UDI du Québec

Facteurs VIH	Nombre d'études	Nombre de sujets	Résultats	Valeur
S'injecter dans une piquerie ^[4]	1	n = 810	RC = 1,89	n.s.
Injection avec des seringues empruntées d'inconnus ^[5, 87]	2	n = 1923 n = 6387	RCA = 1,4 ^a RCA = 2,1 ^b RCA = 1,6 ^a	p ,002 p <,001 p <,001
Partage seringues avec PVVIH ^[4, 40]	2	n = 810 n = 2741	RC = 4,43 Hommes : RC = 2,44 Femmes : RC = 3,05	p ,001 I.C. 95 % (1,72-3,46) I.C. 95 % (1,29-7,13)
Injection avec des seringues empruntées ou usagées ^[5, 34, 87]	3	n = 1923 n = 6387 n = 1607	RRA = 2,1 RR = 2,3 ^b RCA = 2,6	p <,001 p ≤,01 p ,02
Injection avec des inconnus ^[5, 87]	2	n = 1923 n = 6387	RRA = 1,6 RR = 2,00 ^b	p<,001 p ≤,01
Injection de drogues en prison ^[34]	1	N = 1607	RCA = 2,7	p ,03
Facteurs VHC				
Injection avec des seringues empruntées ou usagées ^[18, 34]	2	n = 1607 n = 1380	RCA = 2,2 RRA = 1,82	p ,0002 I.C. 95 % (1,19-2,78)
Injection de drogues en prison ^[34]	1	n = 1607	RCA = 3,7	p <,0001

a. Associée à la prévalence VIH.

b. Associée à l'incidence VIH.

RR : rapport de risque.

RC : rapport de cote.

RCA : rapport de cote ajusté.

* PVVIH : Personne vivant avec le VIH.

Dans l'analyse des risques pour le partage, des variables individuelles et contextuelles associées statistiquement et significativement au partage du matériel d'injection ont été retenues (tableau 7). Pour chaque variable, le nombre d'études en faisant état, les résultats, la valeur statistique ainsi que le nombre de sujets sur lesquels l'analyse a été réalisée sont présentés. En plus de relever les facteurs de risque significatifs, les dimensions individuelles sont traitées. Il s'agit des caractéristiques personnelles de l'individu, des relations qu'il entretient avec son réseau social, des considérations psycho-physiologiques ou, tout simplement, des situations ponctuelles pouvant se traduire par une prise de risque.

Tableau 7 Principales variables associées au partage du matériel d'injection chez les personnes UDI québécois recensées dans la littérature

Le partage du matériel d'injection	Études	N ^{bre} de sujets	Résultats	Valeur
Variables sociodémographiques				
Sexe (hommes) ^[91]	1	n = 615	OR = 0,47	p,0024
Âge ^[91]	1	n = 615	OR = 0,975	p,0260
Travail du sexe chez les femmes ^[77]	1	n = 591	AOR = 2,0	I.C. 95 % (1,3 – 3,1)
Injection dans un lieu public ^[86]	1	n = 646	OR = 1,5	p <,05
Injection avec une même seringue >1 fois ^[91]	1	n = 615	OR = 3,00	p,0010
Détention à vie ^[76]	1	n = 636	OR = 2,1	I.C. 95 % (1,1 – 4,0)
Ex-détenu depuis 3 mois ^[76]			OR = 2,8	I.C. 95 % (1,0 – 7,5)
Fréquenter une piquerie ^[88, 91]	2	n = 615 n = 513	OR = 4,77 77,2 % ^a	p,0070 nd
Profil de consommation				
Usage de cocaïne ^[74]	1	n = 350	OR = 2,58	p,03
Consommation quotidienne d'alcool ^[99]	1	n = 761	OR = 2,8	P <,05
Polytoxicomanie/usage combiné drogues ^[78, 91]	2	n = 615 n = 86	OR = 5,48 23,5 % ^b	p,0049 p,05
Fréquence d'injection ^[94] ≥ 3 fois/ jour	1	n = 615	OR = 2,7	p,001
Nombre d'injections ^[99] 11-100 fois/mois ≥ 101 fois/mois	1	n = 761	OR = 2,5 OR = 9,4	p <,05 p <,05
Réseau social				
Avoir un partenaire UDI ^[74, 99]	2	n = 350 n = 761	OR = 3,42 OR = 2,6	p,0004 I.C. 95 % (1,2-5,7)
Injection avec un inconnu ^[91]	1	n = 615	OR = 2,51	p,0001
Connaissance personne VIH+ ^[91]	1	n = 615	OR= 1,59	p,0180
Pour les hommes seulement avoir des relations homosexuelles ^[91]	1	n = 615	OR = 2,47	p,0061
Environnement				
Disponibilité seringues ^[74]	1	n = 350	OR = 2,50	p,002
Chèque d'aide sociale ^[75]	1	n = 309	Après le chèque 6 %	p,01
Semi-urbain (régions) ^[5, 85]	2	n = 8048 n = 6354	44,4 % OR = 1,3	p<,001 I.C. 95 % (1,1 – 1,6)

a. Partage de seringues ou matériel d'injection dans les 6 derniers mois.

b. Combinaison d'opiacés et d'autres drogues.

OR : Odd Ratio.

AOR : Adjusted Odd Ratio.

Variables sociodémographiques et caractéristiques individuelles

L'âge et le sexe des utilisateurs de drogues par injection sont des variables qui ont une influence sur le partage du matériel d'injection (tableau 7). En effet, l'utilisation de seringues souillées est plus fréquente chez les jeunes injecteurs et la prévalence de ce comportement diminue avec l'âge^[91]. Aussi, bien que les hommes représentent plus de 60 % des utilisateurs de drogues par injection au Québec (les proportions varient de 50 % à 90 % selon les études), leur risque de partager le matériel d'injection est moins grand que celui des femmes^[91]. Par ailleurs, les femmes qui pratiquent le travail du sexe sont plus à risque d'utiliser du matériel d'injection souillé^[77]. Des études^[88, 91] indiquent une fréquence plus élevée de partage de matériel d'injection chez les personnes UDI qui fréquentent les piqueries, et une fréquentation plus élevée des piqueries par les femmes et par celles qui s'adonnent à la prostitution de rue^[56].

Pour l'individu qui s'injecte, être sans abri, vivre dans des conditions économiques précaires et ne pas avoir de logement stable limitent sa possibilité d'effectuer une injection sécuritaire. L'impossibilité de faire des réserves de matériel stérile, l'absence d'un endroit sécuritaire pour s'injecter^[86], le fait de s'injecter à plus d'une reprise avec une même seringue^[91], l'échange de services sexuels contre de la drogue ou de l'argent^[86], une organisation de vie qui tourne autour de la consommation^[86] sont autant d'éléments qui incitent le recours à du matériel souillé. Une histoire d'incarcération se traduit également par une propension plus grande à partager^[76].

Profil de consommation et partage du matériel d'injection

Les données québécoises sur l'utilisation de drogues par injection révèlent que la cocaïne constitue la drogue la plus couramment utilisée par les consommateurs (tableau 7)^[32, 92]. Or, la consommation de cocaïne est associée à un risque accru de partager le matériel d'injection^[74]. Le nombre élevé d'injections et la fréquence de celles-ci (forte demande de seringues stériles), l'état de manque quasi immédiat causé par la courte durée de l'effet de la drogue (tremblements, difficultés à effectuer l'injection, précipitation au moment de l'injection), la consommation intensive et l'irrationalité des comportements qui l'accompagnent parfois sont propices à la prise de risques^[43, 48, 72, 91, 94, 108]. De même, une consommation où l'utilisation de plusieurs drogues est présente, que ce soit la polytoxicomanie ou un usage combiné de drogues, augmente le risque de partager le matériel d'injection^[85, 91].

Réseau de relations sociales et partage du matériel d'injection

Parmi les facteurs de risque du partage, on retrouve des données se rapportant au réseau social de l'injecteur (tableau 7). Avoir un partenaire UDI augmente considérablement les risques de partager le matériel d'injection^[78, 94]. Un degré élevé d'intimité avec le partenaire sexuel rend acceptable l'utilisation d'un même matériel d'injection. Aussi, le fait d'avoir des relations sexuelles sans condom justifie pour certains couples une utilisation commune des seringues. Ainsi, l'évaluation des risques potentiels d'infection que représentent les partenaires d'injection peut, dans certains cas, servir de justification à l'utilisation de matériel d'injection souillé^[43]. L'injection avec des inconnus, dans des lieux publics ou dans des

piqueries, sont des comportements à risque qui favorisent le partage du matériel d'injection. Ces pratiques témoignent également d'une intégration dans un milieu de consommation où les risques sont particulièrement élevés^[109]. Finalement, certaines situations qui surviennent dans la trajectoire de consommation peuvent provoquer l'utilisation de matériel d'injection usagé. Par exemple l'initiation à l'injection, une rechute et la non-planification de l'injection impliquent souvent que des seringues stériles ne soient pas disponibles^[43, 94].

2.3.2.3. Contextes et environnements de la prise de risque

Il existe des contextes et des environnements où l'accès et la disponibilité du matériel d'injection stérile ne vont pas de soi. Le milieu carcéral en représente le meilleur exemple (tableau 7). De la même manière, habiter dans une région semi-urbaine augmente le risque de partager et ce, malgré le fait qu'il existe des centres d'accès aux seringues dans toutes les régions du Québec^[5, 85, 110]. La localisation et les heures d'ouverture des programmes d'échange de seringues sont des freins potentiels à l'utilisation des services. De même, la coercition policière autour des programmes d'échange de seringues et une peur de la police représentent des contextes liés à la structure qui sont susceptibles de pousser un individu à utiliser du matériel d'injection usagé^[108].

Parallèlement à un accès limité à des seringues et à du matériel neuf, d'autres environnements sont propices au partage et complexifient le recours systématique à du matériel stérile. La consommation de drogues dans des lieux publics où l'injection se fait de façon précipitée ou dans une piquerie où se retrouvent un nombre important de seringues souillées est associée à des plus grands risques de partage^[74, 86, 91]. Finalement, l'augmentation de la consommation qui coïncide avec l'arrivée du chèque d'aide sociale a été identifiée comme une période où les risques de partager sont accrus^[5].

2.3.3. Synthèse des observations

Même si le partage du matériel d'injection semble diminuer chez les personnes UDI participant aux études québécoises, il demeure que cette pratique particulièrement à risque pour l'infection à VHC se perpétue. Les raisons qui l'expliquent touchent autant l'individu et les relations avec son réseau social, l'environnement que le contexte carcéral, légal, policier et structurel dans lequel il évolue. En ce sens, il existe une combinaison de plusieurs facteurs qui font que les utilisateurs de drogues par injection continuent, occasionnellement, à partager le matériel d'injection et ce, malgré la mise à disposition de seringues stériles à travers la province et les efforts de prévention déployés par le réseau de la santé et les organismes communautaires. Compte tenu de l'importance de la prévalence du VHC chez les personnes UDI du Québec, la recherche de moyens pour limiter sa transmission et les conséquences néfastes s'avère importante. Aussi, en complément de ces premières observations, une analyse transversale de projets et d'activités en prévention du VIH et du VHC auprès des personnes UDI d'ici et d'ailleurs a été réalisée et fait l'objet de la prochaine section.

3. OBJECTIF 2 : ANALYSE TRANSVERSALE DES INTERVENTIONS EN PRÉVENTION DU VIH ET DU VHC AUPRÈS DES PERSONNES UDI

3.1. INTRODUCTION

Comme le souligne Nutbeam^[111], lorsqu'un nouveau problème de santé surgit, comme ce fut le cas pour le VIH, et plus récemment pour le VHC, l'absence de données factuelles démontrant l'efficacité de programmes de prévention et de promotion de la santé rend la tâche complexe. Lorsqu'un programme a été largement évalué et que son efficacité a été démontrée dans des conditions spécifiques, les décisions entourant son application s'avèrent moins problématiques. Dans le cas de la prévention du VIH et du VHC auprès des personnes UDI, les décideurs se sont longtemps heurtés à la faible quantité de données factuelles montrant l'efficacité des programmes d'échange de seringues. Cette situation s'est beaucoup améliorée au cours des dernières années grâce à la diffusion de résultats de recherche mettant en évidence la contribution des programmes d'échange de seringues dans la prévention de la transmission des infections au VIH et au VHC auprès des clientèles à risque. Il s'agit d'études portant sur l'efficacité des programmes d'échange de seringues^[10, 112], sur les types d'intervention^[69, 108, 113-118], de méta-analyses ou de revues systématiques de la littérature d'interventions évaluées^[109, 119-127]. La présente démarche s'inscrit dans la continuité de ces travaux, en proposant une revue systématique de la littérature entourant des interventions auprès de clientèles à risque pour la transmission du VIH et du VHC par l'usage de drogues. L'analyse proposée dans la section suivante et dans la section subséquente se veut d'entrée de jeu un regard critique sur les activités de prévention réalisées au Québec en comparaison avec des évaluations développées ailleurs dans d'autres régions du monde.

Les interventions en prévention du VIH et du VHC auprès des clientèles à risque sont variées et elles touchent différents aspects, allant de la distribution du matériel stérile au développement des capacités individuelles et collectives de mobilisation pour la prise en charge de la prévention^[69, 109, 113-130]. Les programmes de prévention-promotion s'appuient généralement sur plus d'un type d'interventions et recourent à des stratégies diversifiées pour la mise en œuvre de leurs activités. Toutefois, il existe un certain consensus entre les chercheurs et les milieux de pratique autour d'une classification des interventions dans le domaine de la santé. C'est à partir de la lecture des activités réalisées sur le terrain et des évaluations publiées qu'une typologie d'interventions et de stratégies d'intervention a été construite et utilisée dans l'analyse transversale des activités de prévention-promotion du VIH et du VHC.

3.2. MÉTHODES

Pour la mise en œuvre d'activités de prévention et de promotion des comportements sécuritaires auprès des personnes UDI, le Québec s'inspire des interventions réalisées ailleurs dans le monde. À ce titre, des évaluations réalisées aux États-Unis^[120, 121, 131-150], en Australie^[151-154], au Royaume-Uni^[155, 156], en France^[157], en Espagne^[158] et au Canada^[159-161] ont été retenues dans le cadre de la présente étude. Afin de dégager des stratégies d'intervention pour la prévention du VIH et du VHC, une analyse transversale des résultats obtenus dans les études internationales et des interventions réalisées au Québec a été utilisée.

Une démarche similaire à celle développée pour la revue systématique des études auprès des personnes UDI au Québec a été retenue pour les interventions en prévention soit : 1) la définition d'un cadre d'analyse, 2) la recension des écrits en fonction des critères d'éligibilité, 3) la définition des catégories d'analyse avec le recours à un consensus inter-chercheurs sur les catégories et 4) une lecture des documents avec codification des informations en fonction de la grille d'analyse. Cette démarche vise à retracer les facteurs ayant contribué à la réussite des interventions jugées efficaces suivant les évaluations scientifiques et de les comparer à ce qui se fait au Québec en vue d'optimiser les retombées des interventions québécoises auprès des clientèles vulnérables. La première démarche a été l'élaboration d'un cadre de référence en s'appuyant sur la littérature dans le domaine. Ce dernier devait pouvoir être utilisé à la fois pour l'analyse des interventions internationales et pour celles réalisées au Québec.

3.2.1. Cadre conceptuel pour l'analyse des interventions

Pour développer une classification des interventions qui tienne à la fois compte des actions en réduction des méfaits, des approches préventives traditionnelles de santé publique ainsi que de certaines approches basées sur des théories en promotion de la santé, plusieurs rapports et études ont été consultés (tableau 8). De manière générale, les auteurs adoptent une sémantique relativement uniforme pour désigner les interventions en prévention auprès des personnes UDI. Toutefois, tous ne retiennent pas l'ensemble des activités de prévention dans l'analyse des actions auprès des personnes UDI et souvent il y a chevauchement entre les stratégies d'intervention et les interventions en prévention. Compte tenu de l'objectif de consultation auprès des clientèles à qui sont destinées les interventions, il convenait de développer une typologie qui soit cohérente et facile d'accès pour la consultation auprès des personnes qui fréquentent les programmes de prévention et les intervenants qui les accueillent. Le choix d'une typologie à deux axes, les types d'intervention et les stratégies d'intervention peut à première vue sembler réducteur, mais a l'avantage de permettre une distinction entre divers niveaux d'intervention. La définition d'une typologie a le désavantage d'être réductrice, mais elle offre un découpage de la réalité qui facilite grandement l'appropriation des concepts même par des non-initiés.

Les interventions sont ici présentées sur un *continuum* logique, soit la distribution du matériel stérile, l'information-éducation, le dépistage-*counselling*, la relation d'aide et thérapie et finalement, la substitution à l'injection (tableau 8). L'exercice proposé n'a pas pour but de

redéfinir les critères de prévention, mais bien d'effectuer une analyse transversale des principales interventions évaluées dans l'optique de préparer un canevas servant à une consultation élargie auprès des usagers et des intervenants des programmes de prévention, dans le cadre de la validation empirique.

Tableau 8 Grille des principales interventions et stratégies en prévention-promotion du VIH et du VHC destinées aux personnes UDI

Interventions	Activités
Distribution du matériel stérile	Rendre le matériel d'injection stérile accessible pour réduire le partage ^[113, 117, 124, 128, 129] . Les programmes d'échange de seringues peuvent être combinés à d'autres stratégies de prévention ^[118] .
Information – éducation	Informar la population sur les risques d'infection et plus spécifiquement ceux associés à l'injection est une condition préalable en vue de prévenir la transmission ^[113] .
Dépistage et <i>counselling</i>	Séance d'information avec dépistage des infections ^[109] . Inclurait aussi la notification aux partenaires, le <i>counselling</i> et l'éducation sur les mesures de prévention ^[117] .
Relation d'aide et thérapie	
Intervention individuelle	Session de formation sur les risques en entrevue face à face ^[109] .
Intervention de groupe	Session de formation sous forme d'ateliers offerte à des groupes d'UDI ^[109] .
Traitement de substitution	Traitements sous supervision médicale accessibles et ouverture vers d'autres services de soutien ^[113] . Réduction de la consommation agit sur la réduction des risques ^[117] . Interventions qui se sont avérées efficaces pour réduire l'incidence du VIH, mais dans le cas du VHC elles ne semblent pas suffisantes ^[118] .
Stratégies	Activités
Travail de milieu Intervention de proximité	Rejoindre les populations qui ne viennent pas dans les services et développer une relation de confiance ^[109, 113] . Stratégie pour rejoindre les personnes UDI et leur offrir des services ^[69, 117, 119] .
Intervention par les pairs	Permet de rejoindre une population plus nombreuse et variée et s'est révélée plus efficace que les approches traditionnelles dans certains cas ^[117, 128] .
Intervention sociale de mobilisation « <i>empowerment</i> »	Mobilisation des individus pour la prévention ^[109] . Interventions par les individus de la communauté ^[127] .
Lieu d'injection supervisé	Offrir aux injecteurs une place hygiénique et réduire les conditions à risque ^[118] .

Pour la catégorie relation d'aide et thérapie, les volets intervention individuelle et intervention de groupe n'ont pas été analysés séparément, mais la variable intervention individuelle ou de groupe a été utilisée dans l'analyse de l'ensemble des interventions (tableau 8). L'accès aux soins et services préconisé par l'organisation mondiale de la santé (OMS)^[113] comme moyen efficace en prévention du VIH auprès des personnes UDI est une mesure

transversale sous-jacente à la majorité des interventions réalisées au Québec. Il fut décidé de ne pas l'analyser séparément.

3.2.1.1. Cinq types d'intervention

La **distribution du matériel d'injection stérile** s'effectue généralement dans le cadre de programme d'échange de seringues et un certain nombre d'analyses ont été réalisées sur l'efficacité de ces programmes à prévenir la transmission du VIH et du VHC^[113, 117, 118, 124, 128, 129] (tableau 8). Cette intervention retenue comme mesure de prévention dans la majorité des pays où la transmission du VIH et du VHC touche les utilisateurs de drogues par injection a déjà fait l'objet d'une revue systématique de littérature^[10, 112] au niveau international et d'un bilan provincial pour les programmes d'échange de seringues du Québec^[35]. Seuls six documents (deux pour le Québec et quatre pour les évaluations publiées) portant sur l'évaluation de la distribution du matériel d'injection dans des contextes particuliers et non conventionnels ont été retenus en raison du caractère novateur des interventions. Il s'agit de l'évaluation de réseaux parallèles de distribution ou de stratégies pour rendre le matériel accessible.

L'**information-éducation** qui consiste à informer la population sur les risques d'infection est une condition préalable dans la prévention de la transmission. Elle a été identifiée comme une intervention efficace par l'OMS et la plupart des auteurs ont souvent intégré cette activité dans leur évaluation. Le **dépistage-counselling** a été décrit comme une intervention en vue de prévenir la transmission du VIH et du VHC par certains auteurs alors que pour d'autres, cette activité fait partie de la catégorie des services de santé à offrir aux personnes UDI. Dans le présent document cette intervention sera analysée comme une activité de prévention.

La **relation d'aide et thérapie** fait référence à une activité généralement plus structurée faisant appel à des approches théoriques (la théorie du *comportement planifié* de Ajzen, de *l'action raisonnée* de Fishbein et Ajzen, *sociale cognitive* de Bandura, *trans théorique* de Prochaska et DeClemente, de la *résolution de problème* de D'Zurilla, de *motivation à la protection* de Rogers et Prentice-Dunn, *motivationnelle* de Miller et Rollnick et du *modèle des croyances liées à la santé* de Becker) telles que décrites par Van Empelen *et al.*^[126]. Les interventions peuvent être réalisées sur une base individuelle ou de groupe et cherchent à modifier les comportements des usagers, afin d'en réduire les risques.

Finalement, le **traitement de substitution** ou la substitution à l'injection semble de plus en plus faire consensus chez les praticiens qui cherchent à réduire les méfaits liés à l'usage de drogues par injection. Il s'agit de programmes de maintien à la méthadone pour les consommateurs d'héroïne ainsi que des interventions visant à orienter les usagers vers des modes de consommation à moindre risque.

3.2.1.2. Quatre stratégies d'intervention

Parmi les stratégies d'intervention identifiées dans la littérature, l'**intervention de milieu** est jugée efficace et est largement utilisée en prévention du VIH et du VHC en raison de sa capacité à mettre en lien les populations vulnérables avec les intervenants responsables de

la prévention et de la promotion des comportements sécuritaires (tableau 8). L'Organisation mondiale de la santé^[113], le Center for Disease Control (CDC)^[117] et le gouvernement australien^[115] en font une priorité d'action auprès des clientèles marginalisées et certains auteurs en ont évalué l'efficacité^[109, 119].

Un certain nombre d'auteurs s'entendent également sur l'efficacité et la pertinence de **l'intervention par les pairs** comme stratégie pour rejoindre les populations à risque. Riehman^[128] et le CDC^[117] la décrivent comme une activité qui permet de rejoindre une population plus nombreuse et variée et estiment qu'elle s'est révélée plus efficace que les stratégies traditionnelles pour rejoindre les populations marginales. La participation active des membres d'une communauté ou d'un groupe d'individus visés par cette stratégie d'intervention est une des caractéristiques importantes de cette approche.

L'intervention sociale faisant appel à la **mobilisation des individus** pour la prévention a aussi été étudiée dans différents contextes. On parle ici d'« *empowerment* » ou d'appropriation du pouvoir d'agir par les clientèles visées par la prévention. Cette approche va au-delà de l'intervention par les pairs, car elle implique une action de la communauté sur l'environnement social de cette même communauté.

Compte tenu du débat qui a cours depuis quelques années sur les **lieux d'injection supervisés**^[118], il fut convenu de les inclure dans la revue systématique de la littérature sur les stratégies d'intervention. Les locaux ou sites d'injection supervisés ont pour objectif de réduire les risques associés à l'injection en permettant aux personnes UDI de faire leur injection dans des lieux où les conditions d'hygiène sont acceptables. La réduction de la morbidité et de la mortalité associées à l'injection tout comme la réduction de la nuisance publique sont aussi des objectifs poursuivis par la présence de lieux sécuritaires^[162]. Dans bon nombre de cas, ce sont des centres sous supervision médicale offrant une gamme de services aux clients qui les fréquentent.

3.2.2. Critères d'éligibilité et source des données

Pour être incluses dans la revue de littérature, les interventions internationales devaient répondre aux critères suivants : 1) avoir été publiées entre 1995 et décembre 2004, 2) s'adresser aux clientèles à risque de contracter le VIH ou le VHC et finalement, 3) avoir été évaluée et faire l'objet d'une publication scientifique. Pour les interventions en prévention du VIH et du VHC au Québec, tous les projets réalisés auprès des clientèles à risque entre 1995 et 2004 ont été analysés et ceux ayant été évalués, sans nécessairement avoir fait l'objet d'une publication scientifique, ont été retenus. Pour les retracer, des actes de colloque, des résumés de congrès, divers documents internes, la banque bibliographique *Santé.com* et une liste des projets financés par Santé Canada dans le cadre du *Programme de prévention, de soutien, de recherche pour l'hépatite C*, pour la région du Québec, ont été parcourus.⁶ Enfin, une collecte de données auprès des organismes communautaires avec des projets s'adressant à la clientèle UDI a permis de compléter les renseignements et d'obtenir, lorsque disponibles, les rapports d'évaluation.

⁶ Nous tenons à remercier monsieur Réal Lortie de l'Agence de santé publique du Canada de la région du Québec pour sa collaboration à cette étape.

3.2.3. Codification des données

Les projets d'intervention ont été analysés en fonction des indicateurs retenus lors de la recension des écrits et une première démarche de catégorisation a été réalisée (tableau A8, annexe 2). Une grille interprétative a été développée dans le logiciel *Microsoft Excel*, afin de saisir les projets suivant les critères prédéfinis. L'information colligée pour chacun des documents porte sur les références (auteurs, année de publication, pays), des informations sur les interventions (cible, population visée, type, stratégie, modalité, approche et théorie sous-jacente à l'approche), les caractéristiques organisationnelles (moyen utilisé pour rejoindre les populations visées par l'intervention, organisme promoteur, personnel utilisé pour les interventions, rôle du personnel, matériel de soutien et cadre d'opération), l'environnement dans lequel se déroule l'intervention (physique, géographique, type de milieu et espace d'intervention) ainsi que la stratégie nationale d'intervention lorsque disponible.

3.2.4. Analyse des données

Une première analyse descriptive des études a été réalisée afin de classer le matériel selon l'infection ciblée, les clientèles visées, les lieux et périodes de réalisation des activités de prévention ainsi que le type d'intervention. L'analyse transversale permettant l'interprétation des résultats de recherche s'est faite à partir de variables clés. Ces variables sont les suivantes : les types d'intervention et les stratégies d'intervention, les approches et modèles théoriques qui la sous-tendent, les organismes promoteurs des interventions, les intervenants impliqués et les résultats obtenus selon les évaluations réalisées. L'extraction des données a été faite en fonction de la réalisation d'une synthèse qualitative servant à réunir le maximum de données factuelles autour des interventions réalisées auprès des clientèles UDI ici et ailleurs dans le monde.

La présente étude comporte certains biais dont le lecteur doit être informé. Il s'agit de biais d'inclusion, de publication, d'identification et de sélection des études. Tout d'abord, le fait d'avoir sélectionné uniquement les interventions internationales ayant fait l'objet d'une publication introduit un biais, excluant d'emblée toutes les interventions en prévention du VIH et du VHC réalisées auprès des personnes UDI et pour lesquelles il n'y a pas eu de résultats publiés. De même, il est fort possible que les études avec résultats positifs soient sur-représentées dans les publications, au détriment des études avec résultats négatifs ou absence de résultats concluants. Il est pratiquement impossible d'exercer un contrôle total sur ce biais. Les biais d'identification peuvent être liés à la langue de publication (seuls les documents en français et en anglais ont été sélectionnés), au fait que les documents ne soient pas cités dans les index les plus couramment utilisés ou simplement que des données pertinentes ne soient pas publiées. Aussi, les limites imposées par le cadre d'analyse (interventions visant à réduire les risques d'infection chez les personnes UDI) ont certainement exclu des études avec résultats positifs réalisées auprès des toxicomanes en traitement. Toutefois, les interventions auprès des personnes toxicomanes en traitement constituent un champ de recherche en soi autour duquel de nombreux chercheurs apportent leurs contributions.

3.3. RÉSULTATS

3.3.1. Interventions avec résultats publiés

L'analyse transversale des interventions avec résultats publiés a pour objectif de recueillir des données factuelles permettant de fixer le cadre de référence pour les types d'interventions et les stratégies pour intervenir jugés efficaces. L'information concernant les interventions est présentée selon les cinq types d'intervention et des quatre stratégies, suivie d'une analyse des résultats des interventions et des stratégies.

3.3.1.1. *Description des études et des méthodes d'évaluation*

Au total, 34 interventions avec résultats publiés ont été retenues et analysées pour ce volet de l'étude. Les 33 articles (une étude évaluait deux interventions distinctes) ont été publiés entre 1995 et 2004 (tableau 9). Plus des deux tiers des études proviennent des États-Unis, alors que moins du tiers proviennent de l'Australie (4), du Canada (3), du Royaume-Uni (2), de l'Espagne (1) et de la France (1). Elles portent sur le VIH et le VHC et ont été réalisées auprès de clientèles UDI (24) ou à l'intérieur de sous-groupes particuliers de personnes UDI. L'information-éducation (10)^[120, 121, 131, 132, 139, 141, 149, 150, 157, 158] et le dépistage-counseling (9)^[133-135, 140, 144-146, 152, 156], que ce soit en VIH ou en VHC, comptent pour un peu plus de la moitié des interventions évaluées. Celles en relation d'aide et thérapie (8)^[134, 136-138, 143, 148, 151, 153] sont surtout associées au VIH. Quatre évaluations publiées ont porté sur la distribution du matériel visant la prévention du VIH et du VHC, dont trois se sont déroulées à Vancouver dans le cadre de projets impliquant des usagers de drogues^[159] ou le local d'injection supervisé^[160, 161]. Une intervention réalisée avec des jeunes UDI agissant comme pairs aidants en assurant l'accès à du matériel d'injection s'est déroulée à San Francisco^[142]. Finalement, trois projets de substitution à l'injection^[147, 154, 155] ont été évalués, dont un se déroulant en prison.

Dans le *corpus* d'interventions soumis à l'analyse, 21 études portent sur des interventions en prévention du VIH dont 13 ont été publiées entre 1995 et 1999, sept ciblent le VHC et six incluent les deux problématiques (figure 1). Toutes les études associées au VHC ont été publiées entre 2000 et 2004. Si, dans un premier temps, les études ont été classées selon l'infection visée par la prévention, il semble que leurs différences ne les distinguent pas de manière importante. On retrouve des projets en VIH et en VHC dans tous les types d'interventions (figure 2) et l'utilisation du travail de milieu, des pairs, de la mobilisation des usagers et d'un local d'injection supervisé ont été rapportés comme stratégie d'intervention autant pour des projets en VIH que pour des projets en VHC. Du point de vue des promoteurs de projets (figure 3) et des intervenants, outre le fait qu'aucun projet en VHC ne soit réalisé par des intervenants communautaires, on retrouve des projets dans toutes les catégories d'analyse. Compte tenu de la similitude des objectifs poursuivis par les projets analysés et de leur relative homogénéité, les analyses subséquentes ne distingueront pas la cible VIH ou VHC, sauf lorsque des précisions seront nécessaires.

Tableau 9 Description des études internationales incluses dans l'analyse transversale des interventions en prévention du VIH et du VHC auprès des personnes UDI

Cible	Population visée (n)	Pays (n)	Période de publication	Intervention (n)
VIH N = 21	Femmes UDI (2) Jeunes de la rue et UDI (3) Personnes incarcérées (1) UDI (15)	Australie (1) Canada (1) États-Unis (18) Royaume-Uni (1)	1995 à 2004	Distribution (2) Information-éducation (8) Dépistage- <i>counselling</i> (3) Relation d'aide, thérapie (7) Substitution (1)
VHC N = 7	Adolescents (1) Jeunes de la rue et UDI (1) Personnes incarcérées (1) UDI (3) VHC marginaux (1)	Australie (2) États-Unis (3) France (1) Royaume-Uni (1)	2002 à 2004	Information-éducation (1) Dépistage- <i>counselling</i> (5) Relation d'aide, thérapie (1)
VIH- VHC N = 6	UDI (6)	Australie (1) États-Unis (2) Espagne (1) Canada (2)	2000 à 2004	Distribution (2) Information-éducation (1) Dépistage- <i>counselling</i> (1) Substitution (2)

Figure 1 Distribution des études internationales en prévention du VIH et du VHC auprès des personnes UDI selon le type d'infection et selon l'année de publication

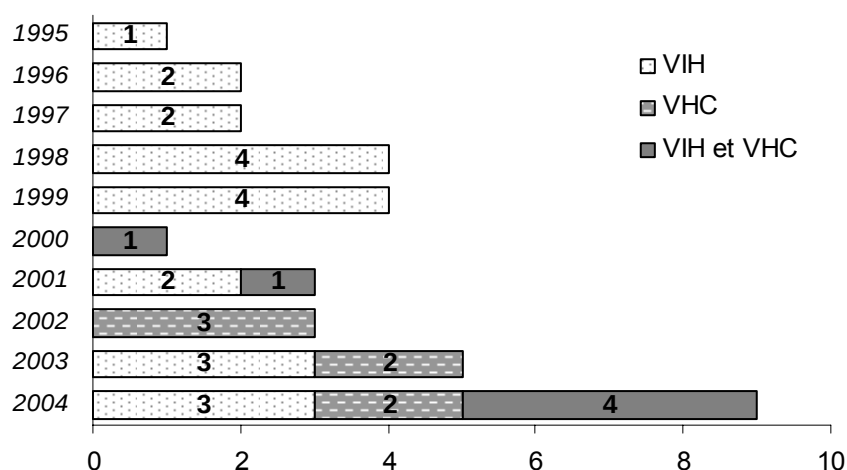


Figure 2 Distribution des études internationales en prévention du VIH et du VHC auprès des personnes UDI selon le type d'intervention

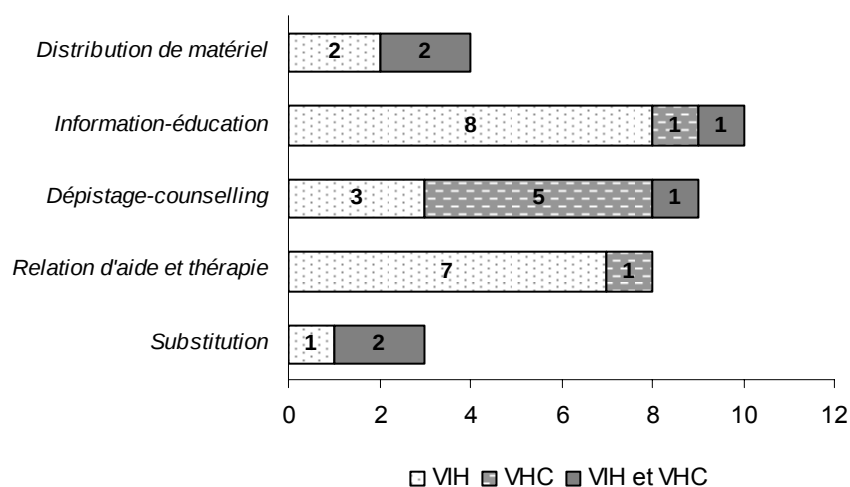
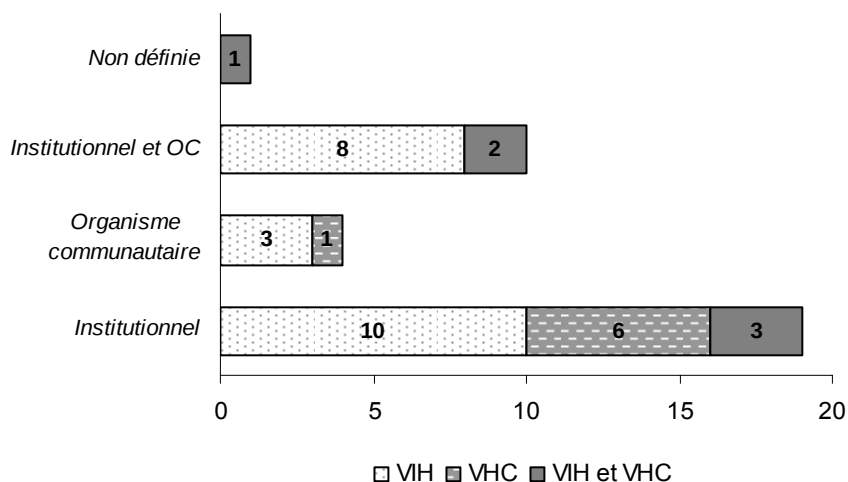


Figure 3 Distribution des études internationales en prévention du VIH et du VHC auprès des personnes UDI selon l'organisme promoteur de l'intervention



3.3.1.2. Principales observations sur les cinq types d'interventions

Distribution du matériel d'injection

Des quatre projets qui présentaient comme axe majeur la distribution du matériel d'injection, trois ont eu recours à des pairs pour la réalisation des interventions (tableaux A9, A10 et A11, annexe 3). L'un d'eux a été initié par des usagers dans un esprit d'« empowerment »^[159]. Deux projets étaient associés au local d'injection supervisé de Vancouver^[160, 161]. Les interventions se déroulent dans une approche de réduction des méfaits et aucune théorie particulière n'est utilisée pour structurer ces interventions. Les organismes promoteurs de projets sont soit des institutions de la santé dans le cas du local d'injection supervisé et du projet de San Francisco^[142] soit un organisme communautaire pour le projet VANDU^[159]. Dans tous les cas, une association avec le milieu communautaire est mentionnée pour la réalisation des interventions. Tous les projets retenus se sont déroulés en centre urbain. Le site fixe (trois fois sur quatre) ou les milieux de vie des jeunes ont été rapportés comme lieu de déroulement des projets. Des mentions sur la présence policière ou sur la répression ont été notées pour les trois projets de Vancouver. Une évaluation d'impacts (deux groupes) dans le cadre du projet San Francisco indique des résultats positifs associés à l'intervention. Pour les trois autres projets les chercheurs ont procédé à des évaluations d'implantation pour lesquelles ils ont conclut à l'atteinte des objectifs ou à des effets moyens.

Information-éducation

Les interventions d'information-éducation laissent place à beaucoup d'initiatives (tableaux A9, A10 et A11). Dans les dix projets analysés, le travail de milieu (8 sur 10) et l'intervention par les pairs (7 sur 10) ont été utilisés comme stratégies d'intervention. L'information-éducation est souvent associée à la distribution du matériel d'injection stérile. Seulement deux projets n'en assuraient pas l'accès, soit une intervention réalisée avec des adolescents dans une école secondaire^[157] et l'autre avec des pairs intervenant dans le milieu^[120]. Les approches utilisées dans le cadre de ces interventions sont l'approche *behaviorale*-cognitive ou psychosociale^[121, 131, 132, 139, 150] et celle des réseaux sociaux^[120]. Cinq projets mentionnent la réduction des méfaits soit comme approche ou comme philosophie d'intervention^[139, 141, 149, 150, 158]. Les principales théories associées aux approches utilisées sont la théorie transthéorique, sociale-cognitive, l'action raisonnée, les comportements planifiés, les croyances liées à la santé, l'identité sociale et l'efficacité personnelle. Une étude est basée sur un modèle de réseau social.

Plusieurs projets d'information-éducation sont initiés par le réseau de la santé (7 sur 10) et soutenus par des organismes communautaires. Trois projets sont réalisés par des organismes du réseau de la santé sans la collaboration d'organismes communautaires. La présence d'intervenants communautaires est rapportée même dans le cas des projets qui ne sont pas associés à des organismes communautaires. Les intervenants de santé sont présents dans la moitié des projets (5 sur 10) et seulement un projet se déroule en l'absence d'intervenant communautaire. Neuf des dix projets se déroulent dans les milieux de vie en

contexte urbain. Aucun projet ne fait mention de la présence policière ou de mesures coercitives entravant les actions de prévention.

Dépistage-counselling

Sur les neuf projets évalués, deux font mention d'une distribution de matériel stérile dans le cadre des activités de dépistage et *counselling* (tableaux A9, A10 et A11). Ce sont des interventions individuelles dans la majorité des cas, mais deux projets ont aussi réalisées des interventions de groupes^[140, 145]. Cinq projets utilisent le travail de milieu comme stratégie d'intervention pour le recrutement, dont un qui a eu recours à des pairs aidants^[152]. Seulement deux projets indiquent le recours à des approches basées sur une théorie, soit psychosociale^[144] et *béaviorale-cognitive*^[134]. Trois projets s'appuient sur des théories comme les croyances liées à la santé^[140], la résolution de problèmes^[134] et le STIRR^[133]. Ce sont, dans la majorité des cas, des interventions initiées par des organismes du réseau de la santé (3 unités de recherche et 6 établissements de la santé). Un seul projet a été réalisé conjointement avec des partenaires communautaires^[135]. Dans deux projets, la présence d'intervenants communautaires ou de pairs au côté des intervenants de santé est mentionnée^[135, 152]. De manière générale, ce sont des infirmières ou du personnel spécialisé qui ont réalisé les interventions. Le dépistage-*counselling* se déroule généralement dans un site fixe, même si l'un des projets permet de rejoindre les personnes UDI dans leur milieu^[135] tandis qu'un autre se déroule en prison^[156]. Trois projets se sont déroulés en milieu semi-urbain ou rural.

Relation d'aide et thérapie

Les huit projets en relation d'aide et thérapie se sont déroulés dans un site fixe sous forme de rencontres individuelles ou d'ateliers (tableaux A9, A10 et A11). Un des projets offre l'accès à du matériel d'injection et fait appel à des pairs^[143] pour soutenir les interventions d'aide et de référence, et deux ont recours au travail de milieu^[137, 148]. Tous les projets reposent sur des approches théoriques, que ce soit l'approche *béaviorale-cognitive* (action raisonnée, comportements planifiés, transthéorique, sociale-cognitive) ou psychosociale (motivationnelle, genre et pouvoir, genre et culture). Un seul projet fait mention d'une approche de réduction des méfaits^[143], mais trois autres rapportent une philosophie de réduction des méfaits comme cadre de l'intervention^[138, 151, 153]. Ce sont majoritairement des projets initiés par des établissements de santé (trois dans des unités de recherche). Deux projets provenaient du milieu communautaire^[143, 153] et un des projets initié par une unité de recherche avait des collaborateurs communautaires^[148]. La présence d'intervenants de santé en charge des interventions est une constante, mais une collaboration entre les intervenants de santé et communautaires est mentionnée dans deux projets^[143, 148]. Il n'y a aucune mention d'intervention policière ou de coercition limitant les activités des projets.

⁷ STIRR (screen, test, immunize, reduce risk, and refer) est une approche alliant un volet clinique et un volet de santé publique pour offrir des services cliniques dans un site de prévention à des clientèles vulnérables.

Substitution à l'injection

Les trois projets utilisant la substitution à l'injection sont axés sur une modification de la consommation dont un avec prescription de méthadone (tableaux A9, A10 et A11). Aucune distribution du matériel n'est mentionnée dans la description des interventions et aucune stratégie tels que le travail de milieu, l'intervention par les pairs ou la mobilisation des usagers n'est utilisée. Le projet américain^[147] a été réalisé dans le cadre d'une approche de réduction des méfaits. Le projet australien^[154] utilise une approche *béaviorale*-cognitive et vise la modification du mode d'administration de la drogue. Aucune théorie particulière n'a été appliquée pour les projets à l'étude. Le projet d'Edinburgh^[155] est une collaboration entre le milieu de la santé et la sécurité publique. Le projet australien^[154] a été piloté par une unité de recherche. Seul le projet australien^[154] fait mention du personnel infirmier impliqué dans l'intervention. Avec une approche de réduction des méfaits, les projets se sont déroulés dans un milieu fermé (prison) ou dans des milieux ouverts.

3.3.1.3. Principales observations sur les quatre stratégies d'intervention

Compte tenu du fait que les projets de distribution du matériel ont été sélectionnés pour leurs caractéristiques distinctes des programmes traditionnels d'échange de seringues, trois des quatre projets font appel à l'intervention par les pairs (tableau 10). Les projets VANDU^[159] et celui du lieu d'injection supervisé^[160] sont basés sur la mobilisation des usagers, mais aucun projet de distribution du matériel ne comporte de volet de travail de milieu. Par contre, huit des dix projets d'information-éducation comptent sur le travail de milieu pour rejoindre les clientèles et sept projets impliquent des pairs dans l'intervention. Le travail de milieu est aussi largement utilisé en dépistage-*counselling* avec cinq projets sur huit. Toutefois, plus l'intervention se complexifie, moins on retrouve de mention de l'intervention par les pairs ou de mobilisation des usagers. Seulement deux projets de relations d'aide et thérapie et de dépistage-*counselling* font mention de l'intervention par les pairs et aucun de la mobilisation des usagers. Pour ce qui est de la substitution à l'injection, aucune stratégie d'intervention n'est mentionnée.

En résumé, le travail de milieu est surtout utilisé pour rejoindre les clientèles marginales et les informer des services des programmes de prévention ou pour recruter les clientèles pour les activités spécifiques développées dans le cadre des projets de recherche. Outre le fait d'utiliser des pairs pour assurer la distribution du matériel, ils sont recrutés pour soutenir les activités d'information-éducation et, de façon encore marginale, le dépistage-*counselling* et les interventions en relation d'aide et thérapie. Notons par ailleurs que les projets avec mention d'intervention par les pairs font leur apparition en 1996 tandis que les premiers projets avec mobilisation des usagers ont été publiés à partir de 2003. Il est donc possible que quelques projets faisant appel à ces stratégies d'intervention soient actuellement en cours d'évaluation et seront éventuellement disponibles.

Tableau 10 Distribution des études internationales entourant les projets d'intervention en prévention du VIH et du VHC auprès des personnes UDI selon les stratégies d'intervention

Type d'intervention	Travail de milieu	Intervention par les pairs	Mobilisation des usagers	Local d'injection supervisé
Distribution du matériel (4 études)	Aucun projet	Trois des quatre projets se font avec la participation de pairs.	Deux projets font appel à la mobilisation des usagers.	Deux projets
Information-éducation (10 études)	Huit des dix projets ont utilisé cette stratégie dans leurs interventions.	Sept projets avec des pairs et bénévoles de la communauté. Ce sont souvent les pairs qui font le recrutement.	Aucun projet	Non
Dépistage-counselling (8 études)	Cinq utilisent le travail de milieu pour rejoindre les clientèles à dépister.	Un seul projet a eu recours à des pairs pour réaliser l'intervention.	Aucun projet	Non
Relation d'aide et thérapie (8 études)	Deux projets font appel à des pairs pour le recrutement ou le soutien à la clientèle.	Un seul projet utilise des pairs qui font la référence pour l'intervention.	Aucun projet	Non
Substitution à l'injection (3 études)	Aucun projet	Aucun projet	Aucun projet	Non

3.3.1.4. Interventions et les effets mesurés

Parmi les 34 projets recensées, différents types d'évaluation (formative ou sommative) ont été utilisés ainsi que des méthodologies diversifiées (groupe témoin et groupe contrôle, étude multicentrique, quasi expérimentale, pré-post test, épidémiologique, étude de cas ou simplement descriptive). Sept projets ont fait l'objet d'une évaluation formative (pré-implantation (n = 2) ou implantation (n = 5) et 27 des évaluations sommatives (effets (n = 15) et impacts (n = 12)). Les deux tiers des évaluations (n = 23) s'appuient sur des devis comportant plus d'un groupe à l'étude, soit 19 en VIH, trois en VHC et une en VIH-VHC (figure 4). Les études sommatives reposaient, le plus souvent, sur des devis à plus d'un groupe (12 évaluations d'impacts et neuf évaluations des effets sur 15). Les devis à un groupe sont principalement utilisés dans des évaluations d'implantation ou d'effets portant sur des interventions en VIH-VHC (n = 5) et en VHC (n = 4). Ces dernières études ont été publiées entre 1999 et 2004. Elles font partie des récentes expérimentations qui tiennent compte de la nouvelle réalité que constitue le VHC chez les injecteurs.

La présente recherche n'a pas pour objectif de mesurer la qualité des études réalisées, mais plutôt de produire une analyse des interventions évaluées dans une optique de recherche de données factuelles sur l'efficacité relative des différentes interventions. Pour l'ensemble des recherches publiées, l'analyse transversale des résultats obtenus a été faite en fonction des effets produits par l'intervention (n = 24) ou de l'atteinte des objectifs (n = 10) (figure 5). Parmi les 24 projets avec une évaluation des effets, 16 ont produit des effets que nous qualifieront de positifs (ils ont permis de mesurer une modification positive des comportements à risque), 5 ont produit des effets moyens (une amélioration de certains

comportements, mais pas de modification des comportements les plus à risque) et 3 n'ont produit que des effets faibles (les chercheurs n'ont pas observé de modification des comportements soutenues dans le temps). Le contenu des études avec la description des résultats se trouve à l'annexe 3. Seuls les projets avec des effets positifs et ceux ayant permis d'atteindre les objectifs fixés ont fait l'objet d'une analyse compréhensive visant à identifier les interventions et stratégies les plus prometteuses pour la prévention du VIH et du VHC.

Figure 4 Distribution des études internationales selon le type d'évaluation et selon l'utilisation d'un devis comportant un seul groupe ou plus d'un groupe

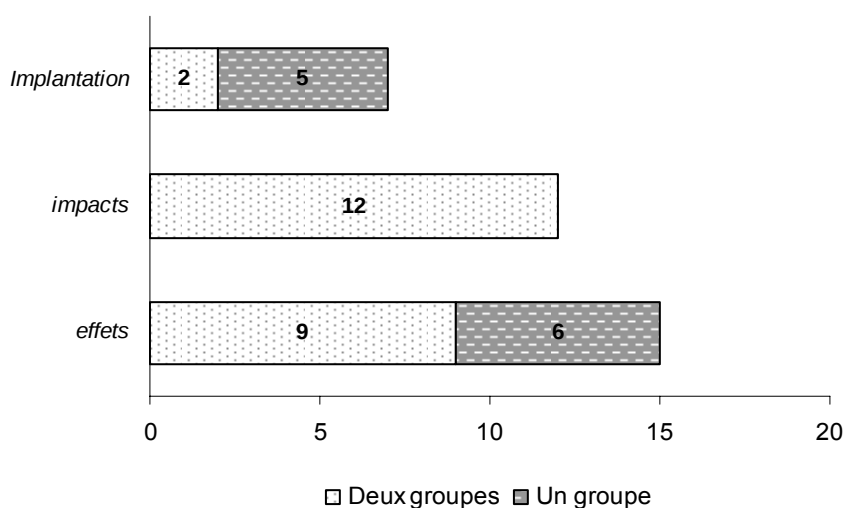
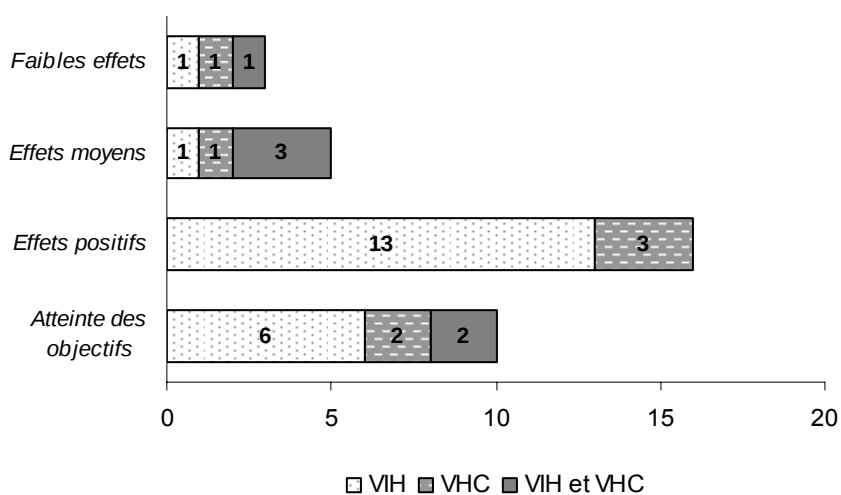


Figure 5 Distribution des études internationales en prévention du VIH et du VHC auprès des utilisateurs de drogues par injection selon les résultats de l'intervention



Interventions ayant conduit à la modification de comportements

Parmi les 16 projets pour lesquels les chercheurs ont observé des résultats positifs, sept appartiennent à la catégorie relation d'aide et thérapie, quatre à l'information-éducation, trois au dépistage-*counselling* et deux à la distribution de matériel d'injection stérile. Ce sont généralement des évaluations d'impacts ou d'effets comportant un groupe de comparaison et pour lesquelles les sujets ont été rémunérés (12 études sur 16) pour leur participation aux activités d'intervention ou de recherche (tableau 11). Les projets de distribution du matériel et d'information-éducation utilisent l'intervention par les pairs ou le travail de milieu et offrent l'accès aux seringues tandis que ceux en dépistage-*counselling* et en relation d'aide et thérapie ne distribuent pas de matériel et utilisent marginalement le travail de milieu.

La majorité de ces projets (12 sur 16) sont initiés par des établissements de santé ou des unités de recherche et les intervenants de santé y sont très présents. De manière générale, les intervenants communautaires sont impliqués dans des interventions de distribution du matériel et d'information-éducation et plus rarement, dans le dépistage-*counselling* et la relation d'aide et thérapie (1 sur 7) (tableau 11). Les interventions avec résultats positifs se distinguent par le fait qu'elles s'appuient sur des approches théoriques. L'information-éducation et le dépistage-*counselling* sont principalement soutenus par des approches *béaviorales*-cognitives, psychosociales et de réseaux sociaux, alors que celles en relation d'aide et thérapie sont résolument inspirées d'approches théoriques à multiples facettes telles que *l'action raisonnée* de Fishbein et Ajzen^[163] ou le *comportement planifié* de Ajzen^[164]. Par ailleurs, la majorité des projets se déroulent dans un environnement de réduction des méfaits même si seulement trois projets le mentionnent. De plus, aucun des projets ne fait mention de coercition et ou de répression policière, conditions reconnues pour nuire au fonctionnement adéquat des programmes et pour en éloigner les clientèles. Par ailleurs, il ne faudrait pas conclure que les projets qui ne reposent pas sur des approches théoriques devraient être abandonnés puisque les projets observés bénéficiaient aussi d'un environnement de réduction des méfaits. Il convient plutôt de voir comment intégrer les savoirs issus de la science du comportement à ceux des milieux de pratique et du savoir issu de l'expérience tout en favorisant la participation des clientèles concernées.

Interventions ayant permis d'atteindre les objectifs de projet

Les dix projets qui présentent une atteinte des objectifs se situent aussi dans les quatre premiers types d'intervention, soit la distribution du matériel (2 projets), l'information-éducation (3 projets), le dépistage-*counselling* (4 projets) et la relation d'aide et thérapie (1 projet) (tableau 12). La moitié de ces projets ont été évalués sous l'angle de l'implantation, alors que les impacts ont été mesurés pour deux projets et les effets pour les trois autres. De manière générale, ce sont des interventions novatrices qui ont fait appel au travail de milieu (6 projets), à l'intervention par les pairs (6 projets) et à la mobilisation des usagers (3 projets). Un seul projet n'a pas eu recours à l'une de ces stratégies; il s'agit d'une intervention de dépistage-*counselling*.

La collaboration entre les organismes communautaires et les établissements de la santé est présente dans sept des dix projets. Elle prend la forme d'une participation des intervenants communautaires au côté des intervenants de santé ou de l'intégration des intervenants de

santé à des initiatives communautaires (tableau 12). Deux projets ont été initiés par des organismes communautaires (un qui assure la distribution du matériel et l'autre en relation d'aide et thérapie), tandis que quatre sont des projets de collaboration. Trois interventions de dépistage-*counselling* ont été entièrement gérées par le réseau de la santé. Aucune approche particulière, autre que l'approche *nursing*, n'est mentionnée pour les trois projets institutionnels. À l'exclusion de ces trois projets, les interventions sont basées sur une approche de réduction des méfaits et relèvent d'une stratégie globale de réduction des méfaits. À l'exception des interventions de distribution du matériel où il est fait mention d'une présence policière, tous ces projets ont en commun avec ceux ayant obtenu des résultats positifs de se dérouler en l'absence de coercition. Par ailleurs, contrairement aux projets avec effets positifs, aucun projet avec atteinte des objectifs n'offrait de rémunération aux participants.

Les interventions d'information-éducation en prévention du VIH (n = 3) ont été réalisées auprès des personnes UDI avec la collaboration des pairs et se fondent toutes les trois sur des approches *béaviorales-cognitives* (transthéoriques) dans une perspective de réduction des méfaits (tableau 12). Ces interventions que l'on peut qualifier de novatrices ont été réalisées aux États-Unis entre 1997 et 2004^[121, 131, 150]. Il y a matière à réflexion autour de ces approches qui, avec la participation des pairs et le travail de milieu, permettent d'atteindre les objectifs visés.

Notons que les trois interventions de substitution n'ont pas produit d'effets positifs et elles n'ont pas non plus permis d'atteindre les objectifs visés. Deux des trois projets, se sont déroulés en milieu correctionnel ou sous l'égide d'une unité de recherche. Ces projets en prévention du VIH et du VHC (2) et en VIH n'avaient pas recours ni au travail de milieu, ni à l'intervention par les pairs, ni à la mobilisation des usagers et un seul présentait une approche *béaviorale-cognitive*.

Voici donc les principales observations entourant les projets d'intervention en VIH et en VHC recensés dans la littérature internationale. Ces informations seront utilisées dans un premier temps comme base de comparaison avec les projets développés au Québec et, dans un second temps, elles serviront à élaborer les outils pour la collecte des données lors des groupes de discussion. Ce sont les résultats de ces observations qui seront présentés sous forme de vignettes pour la consultation par la technique du groupe nominal. Mais analysons d'abord la situation au Québec.

Tableau 11 Synthèse des interventions internationales ayant conduit à la modification de comportements

Type d'intervention (n)	Interventions avec des effets positifs
Distribution du matériel (1)	Évaluation : Impacts/2 groupes Stratégies : Adaptation de matériel aux sous-cultures et distribution par des jeunes UDI Organisme : Organisme communautaire Intervenant : Communautaires et pairs Approche : Réduction des méfaits Philosophie : Réduction des méfaits Police ou coercition : Aucune mention Rémunération des sujets : Non
Information-éducation (5)	Évaluation : Impacts ou des effets/2 groupes Stratégies : Travail de milieu et des séances d'information comme mode d'intervention et distribution du matériel (n = 3), en site fixe ou dans le milieu Organisme : Établissements de santé et organismes communautaires Intervenant : Communautaires et pairs Approche : <i>Béaviorale</i>-cognitive (transthéorique et efficacité personnelle), psychosociale (identité sociale), réseaux sociaux et réduction des méfaits Philosophie : Réduction des méfaits (n = 4) Police ou coercition : Aucune mention Rémunération des sujets : Deux des cinq projets
Dépistage-counselling (3)	Évaluation : Impacts (2 groupes) ou des effets (1 groupe) Stratégies : Intervention de dépistage-<i>counselling</i> simple Organisme : Établissements de santé et 2 unités de recherche Intervenant : De santé lorsque défini Approche : <i>Béaviorale</i>-cognitive (résolution de problèmes), psychosociale (croyances liées à la santé) Philosophie : Non précisée pour 2 projets et réduction des méfaits pour un projet Police ou coercition : Aucune mention Rémunération des sujets : Les trois projets
Relation d'aide et thérapie (7)	Évaluation : Impacts ou des effets/2 groupes Stratégies : Tous les projets se sont déroulés en site fixe par le biais de séances. Aucun projet n'offrait l'accès à du matériel d'injection et un projet utilisait le travail de milieu pour rejoindre la clientèle Organisme : Établissements de santé (unité de recherche) pour six des sept projets. Un projet réalisé par un organisme communautaire. Intervenant : De santé principalement et communautaires dans un cas Approche : <i>Béaviorale</i>-cognitive (action raisonnée, comportements planifiés, transthéorique, sociale-cognitive) pour cinq projets et psychosociale (motivationnelle, genre et pouvoir, genre et culture) pour les deux autres. Philosophie : Réduction des méfaits pour trois des sept projets Police ou coercition : Aucune mention Rémunération des sujets : Les sept projets

Tableau 12 Synthèse des interventions internationales ayant permis d’atteindre les objectifs fixés

Type d'intervention (n)	Interventions avec atteinte des objectifs
Distribution du matériel (2)	Évaluation : Implantation et effets/1 groupe Stratégies : Mobilisation, utilisation des pairs pour la mise à disposition de matériel stérile Organisme : Établissement de santé et organisme communautaire avec collaboration Intervenant : Pairs et bénévoles et intervenants de santé Approche : Réduction des méfaits Philosophie : Réduction des méfaits Police ou coercition : Mentionné dans les deux cas Rémunération des sujets : Non
Information-éducation (3)	Évaluation : Impacts ou des effets/2 groupes Stratégies : Intervention avec du travail de milieu, des pairs et des bénévoles de la communauté. Organisme : Établissements de santé en collaboration avec le communautaire pour deux des trois projets Intervenant : Intervenants communautaires, pairs et bénévoles de la communauté soutenus par des intervenants de santé Approche : <i>Béaviorale</i>-cognitive (transthéorique, action raisonnée, comportements planifiés, sociale-cognitive, croyances liées à la santé et réduction des méfaits). Philosophie : Réduction des méfaits pour les trois projets Police ou coercition : Aucune mention Rémunération des sujets : Non
Dépistage-counselling (4)	Évaluation : Implantation 2 projets (2 groupes) et 2 projets (1 groupe) Stratégies : Intervention de dépistage-<i>counselling</i> avec du travail de milieu dans trois projets. Un des projets se déroule en prison. Organisme : Établissements de santé et un organisme communautaire Intervenant : De santé dans les quatre projets et avec la collaboration d'un intervenant communautaire pour un des projets Approche : Sans approche précisée Philosophie : Réduction des méfaits pour un projet Police ou coercition : Aucune mention pour trois projets et un projet en prison Rémunération des sujets : Non
Relation d'aide et thérapie (1)	Évaluation : Effets / un groupe Stratégies : Intervention qui utilise les pairs pour la référence des usagers Organisme : Organisme communautaire Intervenant : Intervenants communautaires et pairs Approche : Réduction des méfaits Philosophie : Réduction des méfaits Police ou coercition : Aucune mention Rémunération des sujets : Non

3.3.2. Interventions réalisées au Québec

Au Québec, les premières interventions en prévention du VIH auprès des utilisateurs de drogues par injection se sont développées vers la fin des années 1980 avec la mise en place d'une stratégie de réduction des méfaits inspirée des approches développées en Angleterre, dans les Pays-Bas, en Suisse et au Canada anglais^[165]. Les programmes d'échange de seringues ont permis d'entrer en contact avec des clientèles jusqu'alors invisibles dans l'univers des services de santé autrement qu'en consultation dans les services d'urgence des hôpitaux et, le plus souvent, sans mention de l'usage de drogues par injection. Malgré les craintes et même, dans certains cas, la controverse soulevée par la distribution de seringues à des toxicomanes qui font usage de drogues dures, le réseau québécois des centres d'accès aux seringues s'est étendu à la majorité des régions du Québec^[9]. Cette mesure de prévention dans la lutte aux infections transmissibles par le sang à laquelle ont adhéré plusieurs pays n'a jamais été remise en question, même devant la controverse soulevée par certaines études^[166]. Dans le sillon des programmes d'échange de seringues, un certain nombre d'interventions se sont développées toujours dans l'optique d'accroître l'efficacité de la prévention et de tenter de réduire le principal comportement à risque que constitue le partage du matériel d'injection. Puis, vers la fin des années 1990, l'identification de l'usage de drogues par injection comme facteur de risque dans la transmission du VHC chez les toxicomanes québécois a interpellé les intervenants en prévention. Comment faire plus et de quelle façon orienter la prévention pour atteindre plus directement la cible?

Comme mentionné dans le volet sur les études internationales, les programmes de distribution du matériel d'injection ne font pas l'objet de la présente recherche, sauf dans les cas où l'intervention est différente de ce qui avait été développé et évalué précédemment^[35]. Pour la revue systématique de la littérature sur les interventions réalisées au Québec plusieurs sources de données ont été utilisées. La recension des écrits a permis de retracer tous les documents produits sur les interventions réalisées en prévention du VIH et des hépatites auprès des personnes UDI québécoises. Par la suite, une recherche visant à retracer tous les projets, subventionnés ou non, réalisés autour de cette problématique a été faite. Finalement, une enquête auprès des responsables régionaux des programmes de prévention des ITSS a conduit aux organismes communautaires initiateurs de ces projets d'intervention. Malgré tous ces efforts, il est possible que certains projets aient échappé à la revue systématique de la littérature, soit parce que la demande n'a pu être acheminée jusqu'à l'interlocuteur approprié, soit parce que la demande est tombée dans l'oubli, faute de personnel pour y répondre.

Certaines précisions sont ici nécessaires avant de procéder à l'analyse des projets québécois. Le fait que les interventions en prévention du VIH et des hépatites réalisées au Québec n'aient pas fait l'objet de publication ne les disqualifie pas, mais oblige à porter un regard différent de celui porté sur les interventions internationales. Mentionnons d'entrée de jeu que les interventions internationales constituent l'étalon de mesure à partir duquel l'équipe de recherche tentera d'établir les meilleures performances et les failles à combler. De plus, l'analyse des projets a conduit à élargir le champ des infections et à parler des hépatites plutôt que d'intervention en prévention du VIH et du VHC. Dans les faits, plusieurs

projets réalisés au Québec couvrent à la fois la prévention de toutes les infections transmissibles par le sang, incluant l'hépatite B.

3.3.3. Diversité des interventions réalisées au Québec

Au moment de l'étude, 42 projets d'intervention différents ont été retracés pour le Québec. Quatorze avaient seulement une description du projet et 28 avaient été évalués sur l'intervention (tableau 13). Parmi les 28 projets évalués, deux avaient donné lieu à la publication d'articles^[167, 168]. Les 26 autres projets pour lesquels il a été possible de retracer un document ont fait l'objet soit d'une évaluation, soit d'un rapport d'activité. Les interventions évaluées portent principalement sur la prévention du VIH (16 sur 28) alors que les interventions sans évaluation visent majoritairement la prévention du VIH et des hépatites (8 sur 14). Les 42 interventions s'adressent aux personnes UDI en général (n = 21), aux jeunes UDI ou à risque de passer à l'injection (n = 10), aux personnes incarcérées (n = 5), aux travailleuses du sexe (n = 5) et à un groupe de personnes marginalisées (des personnes à risque de contracter l'hépatite C)^[169]. Un peu plus du tiers des projets (15 sur 42) impliquent des pairs et près d'un projet sur deux (20 sur 42) utilise le travail de milieu comme stratégie d'intervention. La mobilisation des usagers (18 sur 42) fait partie des nouvelles stratégies développées au Québec et ce sont surtout des projets sans évaluation (12 sur 18) qui proposent cette stratégie.

La majorité des projets se sont déroulés en milieu urbain (30 sur 42), mais on compte aussi des projets en milieu carcéral (n = 5), en milieu semi-urbain (n = 5), en milieu rural (n = 1) et un projet d'envergure provinciale^[170]. L'information obtenue indique la présence de projets dans neuf régions du Québec. Les projets sont majoritairement initiés par des organismes communautaires (31 sur 42) et seulement sept projets affichent une association entre le milieu de la santé et le milieu communautaire (tableau 13). Par ailleurs, la présence d'intervenants de santé en association avec des intervenants communautaires dans le cadre des projets d'intervention est relativement fréquente (18 sur 42). Les projets avec évaluation sont principalement sur le VIH (n = 16) alors que les projets non évalués portent sur le VHC (n = 4) ou sur le VIH et les hépatites (n = 8). Au Québec, le VHC a été inclus dans la stratégie de lutte aux ITSS vers la fin des années 1990 alors que les premiers programmes de prévention du VIH auprès des personnes UDI datent de la fin des années 1980, ce qui explique certainement le plus grand nombre de projets VIH avec évaluation.

La comparaison entre les projets sans document d'évaluation (n=14) et ceux pour lesquels un rapport était disponible (n = 28) montre une différence du point de vue des stratégies d'intervention utilisées (tableau 13). Le travail de milieu est davantage rapporté dans les projets évalués, alors que l'intervention par les pairs et la mobilisation des usagers font plus souvent partie des projets non évalués. Cette situation s'explique possiblement par la diffusion de nouvelles orientations dans le cadre de la stratégie de lutte aux ITSS^[171] qui ont favorisé l'adoption de nouvelles stratégies de la part des promoteurs de projets. La durée de vie des projets dépasse rarement un an, ce qui oblige les organismes à réviser constamment les objectifs d'intervention et à se plier aux tendances évolutives en matière de prévention des ITSS auprès des utilisateurs de drogues par injection. De plus, notons que l'intervention

par les pairs et la mobilisation des usagers sont principalement rapportées pour les projets en VHC et en VIH-hépatites.

Tableau 13 Description des projets québécois d'interventions en prévention du VIH et du VHC auprès des personnes UDI entre 1997 et 2004

Caractéristiques	Sans évaluation N = 14	Avec évaluation N = 28	Total N = 42
Type d'infection			
VIH	2	16	18
VHC	4	9	13
VIH et Hépatites	8	3	11
Catégorie d'intervention			
Distribution de matériel [‡]	-	1	1
Information-éducation	1	17	18
Dépistage-counselling	-	7	7
Relation d'aide et thérapie	-	2	2
Substitution	-	1	1
Non défini	13	-	13
Stratégie			
Travail de milieu			
Oui	3	17	20
Non	11	11	22
Intervention par les pairs			
Oui	8	7	15
Non	6	21	27
Mobilisation des usagers			
Oui	12	6	18
Non	2	6	8
Non précisé		16	16
Promoteur de projet			
Organisme communautaire	14	17	31
Établissement de santé	-	4	4
Association OC et santé	-	7	7
Personnel qui réalise l'intervention			
Intervenant communautaire	9	13	22
Intervenant de santé	-	2	2
Association OC et santé	5	13	18

‡ Le seul projet de distribution de matériel d'injection retenu dans le cadre de l'analyse était un projet différent des programmes d'échange de seringues habituels pour lesquels une évaluation a déjà été réalisée^[172].

3.3.4. Interventions avec évaluation

Au total, 28 interventions avec évaluation ont été retenues pour l'analyse transversale. Ces interventions avaient pour cible le VIH^[168, 170, 172-185], le VHC^[169, 186-194] ou le VIH et les hépatites^[60, 167, 195] (tableau 14). Elles se sont déroulées en milieu urbain, semi-urbain, rural et carcéral autant pour les interventions en VIH qu'en VHC et VIH-hépatites et ce, auprès de l'ensemble des clientèles à risque. Tout comme pour les interventions internationales, l'analyse transversale des interventions québécoises a été réalisée sur l'ensemble du *corpus* et en fonction des types d'intervention sans distinction de la cible infectieuse, sauf dans les cas où cette information s'avérait nécessaire.

Tableau 14 Description des 28 projets québécois d'interventions en prévention du VIH et du VHC auprès des personnes UDI utilisées dans l'analyse transversale

Cible	Population visée (n)	Milieu (n)	Période de publication	Intervention (n)
VIH N = 16	UDI (7) Prostitués (3) Jeunes de la rue (3) Détenus (3)	Urbain (10) Semi-urbain (1) Rural (1) Provincial (1) Carcéral (3)	1997 à 2004	Distribution (1) Information-éducation (9) Dépistage- <i>counselling</i> (4) Relation d'aide et thérapie (1) Substitution (1)
VHC N = 9	UDI (3) Prostitués (2) Jeunes de la rue (1) Détenus (2) Marginaux (1)	Urbain (7) Carcéral (2)	2001 à 2004	Information-éducation (8) Relation d'aide et thérapie (1)
VIH-hépatites N = 3	Jeunes de la rue (3)	Urbain (1) Semi-urbain (2)	1998 à 2003	Dépistage- <i>counselling</i> (3)

Au Québec, les interventions en VIH se sont déroulées entre 1997 et 2004, tandis que les projets en VHC se sont développés surtout à partir de l'année 2001 (figure 6). Un seul projet de dépistage-*counselling* auprès des jeunes de la rue ciblant le VIH et les hépatites a été évalué avant l'année 2000^[167]. Les interventions ont touché les personnes UDI et des sous-clientèles jugées à risque pour la transmission des infections (tableau 14). Les personnes UDI en général (n=10) et les jeunes en difficulté d'adaptation (n = 7) viennent en tête de liste pour le nombre de projets développés. Parmi les projets évalués, si on exclut les interventions de distribution du matériel d'injection stérile qui n'ont pas été recherchées systématiquement, l'information-éducation demeure le type privilégié et ce, autant en VIH qu'en VHC (figure 7). Le dépistage-*counselling* d'abord en VIH auprès des personnes UDI^[173], des personnes incarcérées^[175, 185] et des personnes UDI en réadaptation^[179] a aussi ciblé les jeunes en difficulté en y incluant le dépistage des hépatites^[60, 167, 195]. Les projets évalués sont réalisés le plus souvent par des organismes communautaires, parfois par des établissements de santé et plus rarement, ils résultent d'une association entre un organisme communautaire et un établissement de santé (figure 8). Par ailleurs, l'intervention se fait le plus souvent par des intervenants communautaires, mais aussi en association et rarement par des intervenants de santé seuls (figure 9).

Figure 6 Distribution des 28 projets québécois d'interventions en prévention du VIH et du VHC auprès des personnes UDI utilisées dans l'analyse transversale, selon l'année de réalisation

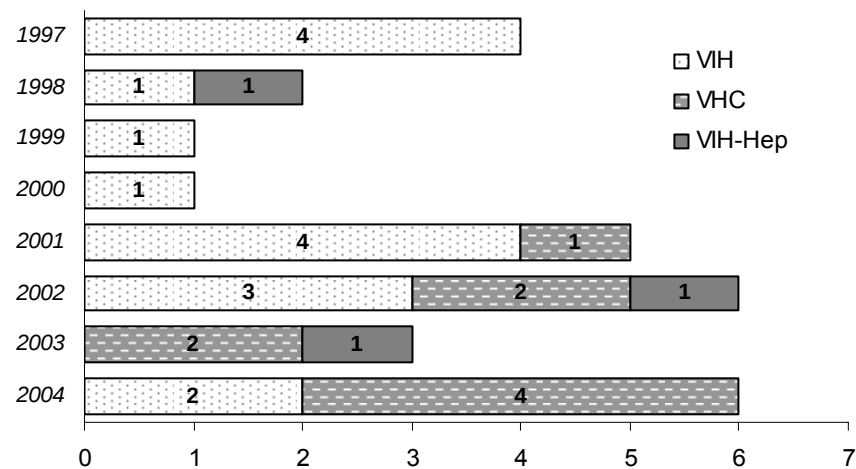


Figure 7 Distribution des 28 projets québécois d'interventions en prévention du VIH et du VHC auprès des personnes UDI utilisées dans l'analyse transversale, selon le type d'intervention

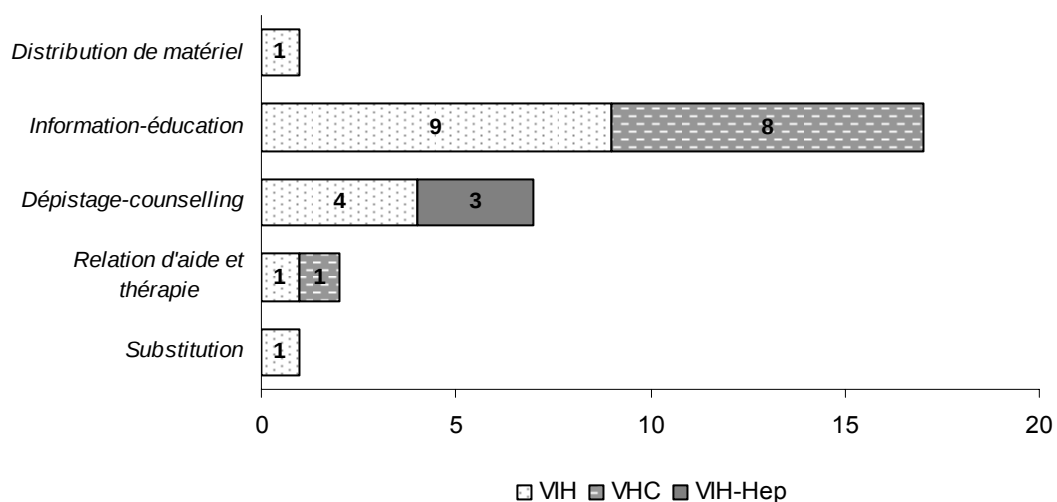


Figure 8 Description des 28 projets québécois d'interventions en prévention du VIH et du VHC auprès des personnes UDI utilisées dans l'analyse transversale, selon le type d'intervenant

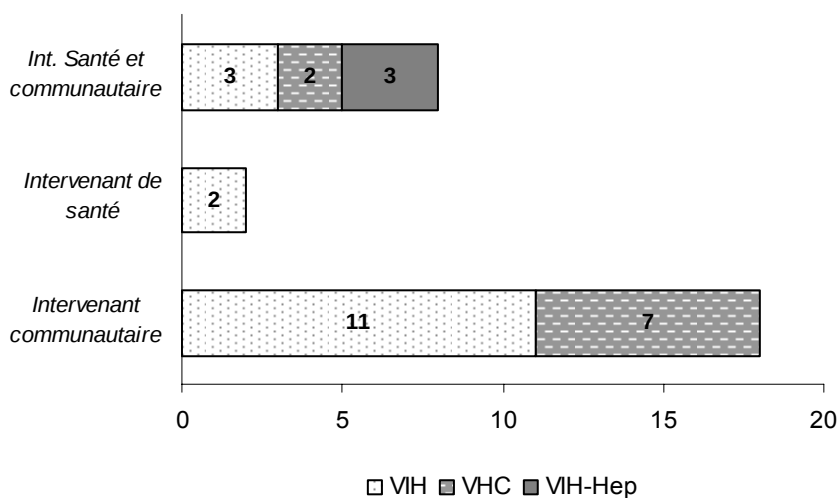
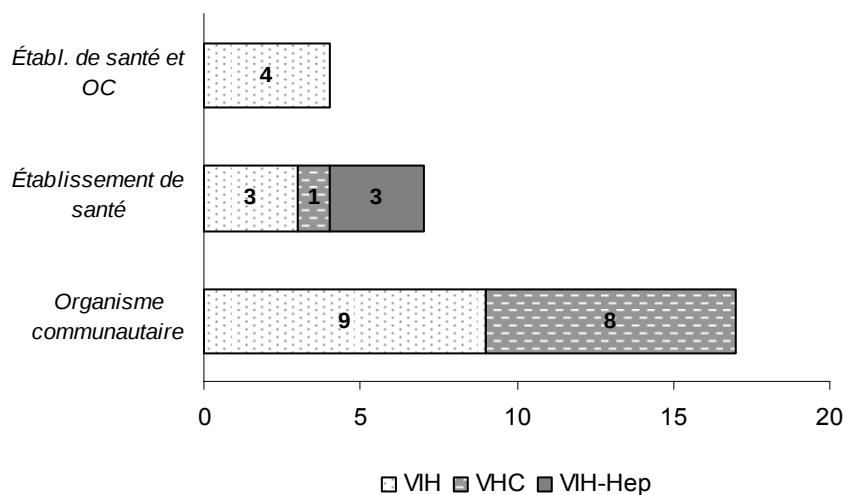


Figure 9 Description des 28 projets québécois d'interventions en prévention du VIH et du VHC auprès des personnes UDI utilisées dans l'analyse transversale, selon l'organisme promoteur de l'intervention



3.3.4.1. Principales observations sur les interventions avec rapport d'évaluation

Distribution du matériel d'injection

Un projet de distribution du matériel dans des bars^[172] par le biais du travail de milieu a été retenu dans l'analyse. L'objectif du projet visait à rejoindre les propriétaires de bars pour les impliquer dans des actions de prévention, dont l'accès à du matériel d'injection stérile. Le projet a bénéficié d'un financement ponctuel et le promoteur était un établissement du réseau de la santé. L'intervention s'est déroulée dans un milieu semi-urbain et a été réalisée par un intervenant communautaire avec une philosophie de réduction des méfaits. L'évaluation d'implantation a permis de conclure à l'atteinte des objectifs dans le cadre de cette activité.

Information-éducation

Les 17 projets d'interventions en information-éducation se font en utilisant une ou plus d'une stratégie d'intervention comme le travail de milieu (n = 10), la mobilisation des usagers (n = 5) et l'intervention par les pairs (n = 3). Par ailleurs, seulement huit des 17 projets en information-éducation mentionnent l'accès à du matériel d'injection stérile comme activité complémentaire. Les interventions de groupe (n = 15) priment sur les interventions individuelles (n = 2). Les cibles d'intervention sont le VIH (n = 9) ou le VHC (n = 8), mais aucun ne concernait le VIH et les hépatites. Dans tous les projets, on retrouve la mention d'approche de réduction des méfaits et trois projets s'appuyaient aussi sur une approche *béaviorale-cognitive*^[170, 180, 182], avec comme base théorique sous-jacente le modèle transthéorique de Prochaska^[170], des construits ancrés comme l'estime de soi^[180, 182] et les compétences personnelles^[182]. Sur l'ensemble des projets, 13 se sont déroulés dans les milieux de vie, dont trois en prison^[169, 176, 187]. Tous les projets bénéficient d'un financement ponctuel et leur durée de vie est relativement courte. Seulement deux projets^[176, 192] sont encore en opération selon les informations tirées des rapports et des fiches par projet. Tous les projets ont été initiés par des organismes communautaires et seulement un projet^[180] a été réalisé en collaboration avec un établissement du réseau de la santé. Les intervenants communautaires sont les principaux artisans de ces projets. Outre les trois projets en milieu carcéral, tous les autres projets se sont déroulés en milieu urbain et quatre mentionnent la présence policière comme nuisance au déroulement des activités. Pour trois des 17 projets, une évaluation des effets avec pré et post-tests a été réalisée. Des effets moyens ont été observés dans les trois cas. L'évaluation d'implantation à l'aide de méthodes quantitatives et qualitatives montre une atteinte des objectifs huit fois sur dix. Finalement, quatre rapports d'activités mentionnent l'atteinte des objectifs des projets.

Dépistage-counselling

Le dépistage-*counselling* a surtout été orienté vers les jeunes UDI ou ceux à risque de s'injecter pour les projets en VIH et hépatites (3 sur 7) et vers les personnes incarcérées et des personnes UDI en réadaptation pour ceux en VIH (3 sur 7). Un projet avait pour cible les personnes UDI d'un programme d'échange de seringues^[173]. Le travail de milieu (n = 4) et l'intervention par les pairs^[179] ont été utilisés comme stratégie d'intervention. Un seul projet

offrait l'accès à du matériel stérile^[195]. L'approche de réduction des méfaits a été mentionnée dans deux projets^[185, 195]. Pour les autres projets, aucune approche n'est définie. Plusieurs régions du Québec ont été interpellées par ce type d'intervention. Trois initiatives de dépistage-*counseling* émanant du réseau de la santé ont été pilotés par des établissements du réseau^[175, 179, 185], tandis que pour les quatre autres projets, le milieu communautaire et le réseau de la santé ont tissé des liens importants pour la réalisation des interventions^[60, 167, 173, 195]. Un projet a été réalisé avec des intervenants de santé uniquement^[175]. Tous les autres projets mentionnent la présence d'intervenants communautaires pour la réalisation des activités, qu'ils s'agissent d'agents multiplicateurs, de travailleurs de milieu ou de pairs. Les interventions se sont déroulées dans divers milieux (prisons, cliniques de vaccination ou maisons de thérapie) et surtout, elles sont réalisées autant dans les milieux semi-urbains que les grands centres urbains. Deux projets ont fait l'objet d'une évaluation des effets (analyse descriptive sur le groupe exposé) et les résultats montrent des effets moyens qui se sont traduits par une bonne participation des clientèles visées, mais peu de dépistage.

Relation d'aide et thérapie

Les deux projets de cette catégorie s'adressent à des personnes UDI d'un même site^[168, 193]. Le premier projet avait pour cible la prévention du VIH dans les piqueries, tandis que le second visait à soutenir les personnes atteintes de l'hépatite C. Les deux projets ont eu recours au travail de milieu. Celui qui s'adresse aux personnes atteintes du VHC favorise la mobilisation des usagers, tandis que l'intervention par les pairs est privilégiée pour celui qui se déroule dans les milieux de consommation. La distribution du matériel d'injection stérile a été utilisée dans les piqueries. Le projet VHC a eu recours à une approche psychosociale et de santé et une approche *béaviorale*-cognitive a été utilisée avec les tenanciers des piqueries. Les deux projets ont bénéficié d'une subvention de départ qui s'est étendue sur plus d'un an.

Les deux projets sont pilotés par le même organisme communautaire, mais bénéficient d'un fort appui d'un établissement de la santé. Les activités sont réalisées par des intervenants communautaires, des pairs et des intervenants de santé. Ces projets se sont déroulés dans les milieux de vie des clientèles avec une philosophie de réduction des méfaits. La présence policière a été mentionnée comme une nuisance dans le projet avec les tenanciers de piqueries. L'évaluation du projet de soutien aux personnes atteintes de l'hépatite C montre une atteinte des objectifs, tandis que l'évaluation des effets des interventions en piquerie indique une diminution des comportements à risque dans le contexte de l'accroissement du sentiment d'efficacité personnelle et de perception du contrôle sur la situation.

Substitution à l'injection

Un projet de substitution a été réalisé auprès d'héroïnomanes injecteurs dans la région de Montréal^[184]. Il s'agit d'un traitement à la méthadone jumelé à de l'accompagnement par les pairs. L'intervention se déroule sous forme de séances de groupe avec une approche de réduction des méfaits. Le projet d'une durée de deux ans a été piloté par un organisme communautaire en toxicomanie. Les interventions ont été menées par des intervenants en toxicomanie et des intervenants de santé dans un milieu fermé de thérapie avec une

philosophie de réduction des méfaits. L'évaluation réalisée à l'aide de méthodes quantitative et qualitative indique des effets moyens. Les auteurs ont noté une très faible rétention des participants, mais notent des points forts sur divers aspects dont l'approche en trois phases utilisée. La modification des comportements n'a pas fait partie de l'évaluation.

3.3.4.2. Principales observations sur les stratégies d'intervention

Plus de la moitié des projets réalisés au Québec ont eu recours au travail de milieu comme stratégie et ce, dans tous les types d'intervention, incluant le dépistage-*counselling* (4 sur 7) (tableau 15). Par ailleurs, l'intervention par les pairs demeure encore marginale (7 sur 28), tout comme la mobilisation des usagers (6 sur 28) qui sont surtout utilisées dans les interventions d'information-éducation et dans celles de relation d'aide et thérapie. Dans le *corpus* de documents étudiés, on remarque que le premier projet d'intervention par les pairs remonte à 1999^[177], tandis que les deux premiers projets avec mention de la mobilisation des usagers datent de 2002^[182, 183]. Les interventions faisant appel au travail de milieu débutent avant la période à l'étude. Dès le début des années 1990, le travail de milieu pour rejoindre les clientèles plus marginales que sont les personnes UDI avait été identifié et utilisé dans de nombreux projets entourant l'accès au matériel d'injection stérile.

Tableau 15 Distribution des 28 projets québécois utilisés dans l'analyse transversale selon le type d'intervention et les stratégies utilisées

Type d'intervention (n)	Travail de milieu	Intervention par les pairs	Mobilisation des usagers
Distribution du matériel (1 projet)	Le travail de milieu a été utilisé dans le cadre de ce projet.	Aucun	Aucun
Information-éducation (17 projets)	Cette stratégie d'intervention a été utilisée dans 10 des 17 projets.	Trois projets se sont déroulés avec la participation des pairs.	La mobilisation des usagers a été utilisée dans cinq projets.
Dépistage-<i>counselling</i> (7 projets)	Quatre projets sur sept ont eu recours à cette stratégie.	Un seul projet a eu recours à des pairs.	Aucun
Relation d'aide et thérapie (2 projets)	Le projet des tenanciers a utilisé le travail de milieu.	Les deux projets ont compté sur la participation de pairs.	Le projet avec les personnes atteintes du VHC s'est fait dans une perspective de mobilisation des usagers pour le groupe de soutien.
Substitution à l'injection (1 projet)	Aucun	Les pairs ont été sollicités dans le cadre de ce projet.	Aucun

3.3.4.3. Interventions québécoises et les effets mesurés

D'entrée de jeu, mentionnons que l'exercice ne vise pas à discriminer les bonnes et les mauvaises interventions. Même si l'analyse transversale a permis de porter un regard critique sur un bon nombre de variables entourant les projets d'intervention, dans aucun cas il n'est possible de porter un jugement sur l'efficacité des interventions. Il est possible d'observer les résultats obtenus tels que mentionnés dans les rapports d'évaluation ou

d'activités ou les effets lorsque des mesures pré et post-tests l'ont permis. Le lecteur verra dans le présent exercice un effort d'accumulation de données factuelles servant à guider une démarche pour orienter les efforts vers une meilleure efficacité en prévention dans un espace où il devient de plus en plus urgent d'intervenir.

Sur les 28 projets évalués, sept portaient sur l'évaluation des effets, dont quatre avec pré et post-tests. Seulement un projet permettait de conclure à des résultats positifs en termes de pratiques sécuritaires sous certaines conditions spécifiques (efficacité personnelle et perception de contrôle). Cependant, la grande mobilité des clientèles qui se rendent dans les piqueries n'a pas permis de mesurer les changements de comportements dans l'ensemble des contextes. Les six autres projets ont observé des effets moyens qui vont de l'amélioration des connaissances à la satisfaction des individus visés par l'intervention, mais aucune modification des comportements n'a été observée. Les variables qui caractérisent le projet avec effets positifs sont les stratégies utilisées (travail de milieu et intervention par les pairs), l'approche (avec fondement théorique) et l'alliance entre des chercheurs et des intervenants communautaires pour le développement, la réalisation et l'évaluation de l'intervention (tableau 16).

Par contre, parmi les 21 autres projets évalués, plusieurs l'ont été lors de l'implantation ou ont fait l'objet d'un rapport d'évaluation dans lequel il a été possible de retrouver une appréciation des activités réalisées. Dans l'ensemble, 18 des 21 projets présentent une atteinte des objectifs (tableau 17). Rien ne distingue les projets qui n'ont pas atteint les objectifs fixés, sinon des difficultés d'opérationnaliser des activités et le fait que tous les projets se soient déroulés dans un site fixe où les usagers devaient se présenter pour être exposés à l'intervention.

Tableau 16 Intervention québécoise avec modification des comportements

Type d'intervention (n)	Intervention avec des effets positifs
Relation d'aide et thérapie (1)	Évaluation : Des effets/1 groupe/pré-post test Stratégies : Travail de milieu et intervention par les pairs incluant la distribution du matériel stérile dans le milieu et des interventions ciblées visant la réduction du partage du matériel d'injection. Organisme : Organisme communautaire et unité de recherche Intervenant : Intervenants communautaires et pairs Approche : <i>Béaviorale</i>-cognitive - théorie du comportement planifié, sociale-cognitive, développement de la norme morale, mise en œuvre de l'intention et du regret anticipé. Philosophie : Réduction des méfaits Police ou coercition : Oui Rémunération des sujets : Non

Tableau 17 Synthèse des interventions québécoises ayant atteint leurs objectifs d'intervention

Type d'intervention (n)	Interventions avec atteinte des objectifs
Distribution du matériel (1)	Évaluation : Implantation/1 groupe Stratégies : Travail de milieu pour la mise à disposition de matériel stérile Organisme : Établissement de santé et organisme communautaire Intervenant : Intervenant communautaire pour le travail de proximité Approche : Réduction des méfaits Philosophie : Réduction des méfaits Police ou coercition : Aucune mention Rémunération des sujets : Non
Information-éducation (12)	Évaluation : Implantation (1 groupe) pour huit projets et quatre rapports d'activités. Ce sont toutes des études descriptives utilisant des méthodes qualitatives (n = 12) et quantitatives (n = 8). Stratégies : Tous des projets d'intervention dans le milieu et aussi dans un site fixe (n = 5). Le travail de milieu (n = 9), la mobilisation des usagers (n = 4) et l'intervention par les pairs (n = 3) sont des stratégies utilisés et huit des 12 projets offrent l'accès à du matériel d'injection. Organisme : Un seul projet est sous l'égide d'un établissement de santé et réalisé en collaboration avec un organisme communautaire(P4) alors que tous les autres projets émanent du communautaire. Intervenant : Intervenants communautaires (n = 12) et pairs (n = 3). Un projet se déroule avec des intervenants communautaires et de santé. Approche : L'approche de réduction de méfaits est mentionnée dans neuf des 12 projets et des approches <i>behaviorales</i>-cognitives (compétences personnelles et estime de soi) sont explorées dans deux projets Philosophie : Réduction des méfaits Police ou coercition : Trois projets en font mention Rémunération des sujets : Non
Dépistage-counselling (4)	Évaluation : Implantation trois projets (1 groupe/1 pré-post test) et rapport d'activités pour 1 projet Stratégies : Intervention de dépistage-<i>counselling</i> avec du travail de milieu dans deux projets. Un des projets se déroule en prison. Organisme : Établissement de santé seulement et organisme communautaire et établissement de santé pour les trois autres projets. Intervenant : De santé avec la collaboration d'un intervenant communautaire pour trois des projets et intervenant de santé pour un projet. Approche : Sans approche précisée Philosophie : Réduction des méfaits Police ou coercition : Aucune mention pour trois projets et un projet en prison. Rémunération des sujets : Non
Relation d'aide et thérapie (1)	Évaluation : Rapport d'activités Stratégies : Travail de milieu, intervention par les pairs et mobilisation des usagers dépendant des volets du projet Organisme : Organisme communautaire et établissement de santé. Intervenant : Intervenants communautaires, pairs et intervenants de santé Approche : Psychosociale et de santé Philosophie : Réduction des méfaits Police ou coercition : Aucune mention Rémunération des sujets : Non

3.4. CONCLUSION

L'analyse transversale des interventions permet de faire quelques observations quant aux projets visant la prévention du VIH ou du VHC chez les utilisateurs de drogues par injection. Tout d'abord, il y a peu d'interventions concernant spécifiquement la prévention de l'hépatite C chez les personnes UDI et toutes ont été publiées après 1999. Il convient de rappeler que le virus de l'hépatite C n'a été identifié qu'à la fin des années 1980 et ce n'est que dans les années 1990 que l'importance de sa prévalence chez les utilisateurs de drogues par injection a été mise en évidence. La problématique est donc relativement récente, si on la compare au VIH. Alors qu'on dispose maintenant d'un nombre important de publications sur les modes de transmission, les facteurs de risque et les taux d'incidence et de prévalence de l'infection chez les personnes UDI, on recense encore peu de projets d'intervention publiés.

Certaines interventions recensées s'intéressent à un segment particulier de la population des utilisateurs de drogues par injection, soit des femmes, des jeunes ou des membres d'une communauté ethnoculturelle particulière. Quelques interventions ciblent une clientèle plus large (populations marginales, détenus, jeunes en difficulté, travailleurs du sexe, personnes atteintes de l'hépatite C), mais parmi lesquelles on retrouve des personnes UDI. Enfin, une intervention en VHC vise la prévention des comportements à risque, notamment la consommation de drogues par injection chez des adolescents. Son inclusion dans le modèle se justifie par le fait qu'elle concerne la prévention de comportements associés aux risques de transmission liés à l'usage de drogues par injection.

Globalement, on remarque que certaines caractéristiques des interventions sont associées à l'atteinte de résultats bénéfiques pour la prévention du VIH et du VHC chez les utilisateurs de drogues par injection, soit 1) le travail de milieu, 2) les approches interdisciplinaires ou misant sur la complémentarité, 3) l'intégration des usagers des programmes dans la diffusion du savoir, 4) le recours à des modèles théoriques pour structurer la démarche et 5) les interventions individuelles en relation d'aide et thérapie.

Premièrement, le recours au travail de milieu pour rejoindre la population ciblée est une stratégie efficace dans les projets recensés. Le travail de milieu permet de rejoindre des populations marginalisées, difficiles d'accès, qui fréquentent peu les services de santé traditionnels. D'autres études ont mis en évidence l'intérêt du travail de milieu, notamment dans la prévention du VIH auprès des utilisateurs de drogues par injection^[59] et des jeunes en difficulté^[152, 196]. Malgré la présence fréquente des intervenants de santé dans les projets étudiés (16 des 28 interventions réalisées au Québec), le plus souvent les personnes sont recrutées dans leur milieu de vie, soit par un intervenant communautaire ou un pair aidant, pour ensuite être mises en lien avec des services précis. Deuxièmement, les approches mixtes entre personnes de différentes disciplines et divers milieux d'intervention (santé et communautaire) présentent un meilleur potentiel pour rejoindre la population ciblée par l'intervention.

Une troisième composante qui obtient du succès est l'intégration de pairs dans l'intervention^[63]. Les pairs sont surtout impliqués dans le recrutement, la distribution et la

conception de matériel et dans quelques cas, ils participent à l'intervention (éducation-information incluant le *counselling*). Les pairs sont rarement définis dans les interventions, il peut s'agir de jeunes, de personnes UDI ou ex-UDI, de membres de la communauté que fréquente la population ciblée par l'intervention. Tout comme le travail de milieu, le recours à des pairs dans l'intervention permet de réduire les réticences des personnes UDI face aux autorités sociosanitaires, de les aborder et d'intervenir auprès d'eux. Par exemple, dans un projet de dépistage de l'hépatite C effectué par un pair, les personnes UDI ayant été dépistées ont affirmé que seul le fait qu'un pair intégré dans un organisme qu'ils fréquentaient habituellement et qui était en charge du dépistage les avait incités à se faire dépister^[153].

Quatrièmement, la présence d'une approche définie et le recours à un ou des modèles théoriques précis se traduisent par des résultats positifs. Dans la littérature étudiée, ce sont principalement les interventions en relation d'aide et thérapie qui s'appuient sur des bases théoriques. La majorité des interventions reposent sur des approches *behaviourale*-cognitive ou psychosociale. Dans une méta-analyse des interventions relatives à la prévention des comportements sexuels à risque auprès des personnes UDI^[63], les auteurs arrivent au même constat, soit que le recours à une théorie est associé à des résultats positifs. Fait intéressant, quelques projets d'intervention mesurent l'effet de deux modèles théoriques quant à la modification des comportements à risque chez les personnes UDI. Dans bien des cas, il n'y a aucune différence statistiquement significative entre les deux groupes, l'un et l'autre obtenant une modification des comportements, sans égard à la théorie utilisée.

Cinquièmement, en parallèle avec le recours à une théorie, il appert que les interventions en relation d'aide et thérapie effectuées sur un mode individuel par un intervenant de santé parviennent à des résultats intéressants. Cette observation exige toutefois que l'on prenne en considération la méthodologie utilisée pour l'évaluation des résultats, soit l'assignation aléatoire des sujets. Une telle méthodologie est difficilement applicable et éthiquement questionnable dans des projets qui visent à prévenir la transmission des infections au sein de populations très exposées. En effet, il ne serait pas opportun de refuser l'accès à du matériel d'injection stérile sous prétexte de mesurer l'effet de l'intervention. Sans minimiser le potentiel de ce type d'intervention, il ne faut pas négliger la difficulté à mesurer les effets de l'intervention dans les autres types de projets.

L'analyse transversale des projets comporte quelques limites inhérentes aux interventions. Tout d'abord, la diversité des approches utilisées pour évaluer les projets limitent le potentiel comparatif des résultats rapportés entre eux. Comme il a été souligné auparavant, les interventions de type relation d'aide et thérapie, de par leur nature, favorisent le recours à l'assignation aléatoire pour l'évaluation. Or, pour des raisons pratiques et éthiques, l'évaluation de projets d'information-éducation et de dépistage-*counselling*, se prêtent plus difficilement à l'utilisation d'une telle méthodologie. Aussi, la diversité des variables utilisées pour mesurer les résultats se doit d'être prise en compte. Les résultats des interventions et l'appréciation formulée par les chercheurs réfèrent aux résultats statistiquement significatifs rapportés dans les articles. Il est important de garder à l'esprit que la présente étude n'est pas une méta-analyse, mais bien une revue systématique de la littérature. Il demeure

possible que le recours à une méta-analyse ait pu produire des résultats différents quant à l'évaluation de l'efficacité des interventions.

La seconde limite concerne la diversité de la clientèle et du contexte de réalisation des projets. Même si la quasi-totalité des interventions s'adressaient à des utilisateurs de drogues par injection, il demeure que cette population n'est pas homogène. Les caractéristiques sociodémographiques, le profil de consommation, le lieu de recrutement (dans la rue, lors de consultations médicales, en prison, etc.) le lieu géographique et le contexte législatif relatif à l'usage de drogues, à la réduction des méfaits et à la prévention des ITSS sont des données devant être prises en compte dans la lecture des résultats. Dans les projets retenus, on retrouve des personnes UDI fréquentant des programmes d'échange de seringues, des personnes UDI en traitement par la méthadone ou hors traitement. Aussi, quelques interventions ont été élaborées pour une clientèle en particulier (femmes UDI enceintes, afro-américains, hispanophones, etc.). Malgré la spécificité de la clientèle de chaque intervention et la particularité des contextes, il demeure que les caractéristiques des projets efficaces, mentionnées précédemment, ne sont pas exclusives à un profil particulier de clientèle ou de projet, puisque ces caractéristiques se démarquent dans d'autres analyses d'interventions^[59, 69, 152, 196].

4. OBJECTIF 3 : CONSULTATION DES PERSONNES CONCERNÉES PAR LA PRÉVENTION DU VIH ET DU VHC

4.1. INTRODUCTION

Depuis le début des années 1990, les directions de santé publique ainsi que les organismes communautaires en prévention des ITSS ont déployé des moyens extraordinaires pour mettre en place des interventions préventives auprès des usagers de drogues par injection. Après plus de dix ans de travail assidu pour rejoindre et retenir les clientèles marginales à risque pour le VIH et le VHC dans les services d'aide et de soutien, l'essoufflement se fait sentir. Il semble que l'innovation, l'ingéniosité et les efforts des intervenants en prévention soient mis à rude épreuve avec la transmission du virus de l'hépatite C par le matériel d'injection et d'inhalation des drogues⁸. Il apparaît donc nécessaire de faire le point et de consulter les principaux intéressés sur les interventions réalisées, les stratégies utilisées et leur efficacité perçue ainsi que sur les actions à entreprendre dans la poursuite des efforts de prévention. À cet effet, des outils de consultation ont été développés pour soutenir la démarche auprès des usagers et des intervenants en prévention du VIH et du VHC dans différentes villes du Québec. La présente section du document fait état de cette consultation ainsi que des principaux résultats qui s'en dégagent.

4.2. MÉTHODES

L'objectif de la consultation auprès des intervenants et des usagers des programmes de prévention du VIH et du VHC visait à établir un portrait de la situation concernant des interventions et des stratégies jugées efficaces ainsi que sur des actions à explorer dans la poursuite des efforts de prévention amorcés il y a bientôt 15 ans. Pour répondre à cet objectif et structurer la démarche de collecte des données, un cadre de référence a été développé à partir des éléments discutés dans les deux sections précédentes. Tout le matériel analysé précédemment a servi de canevas à la discussion avec les participants à l'étude. La collecte des données s'est faite à l'aide d'une technique de groupe nominal accompagnée d'une plénière de discussion.

4.2.1. Cadre de référence et outils de consultation

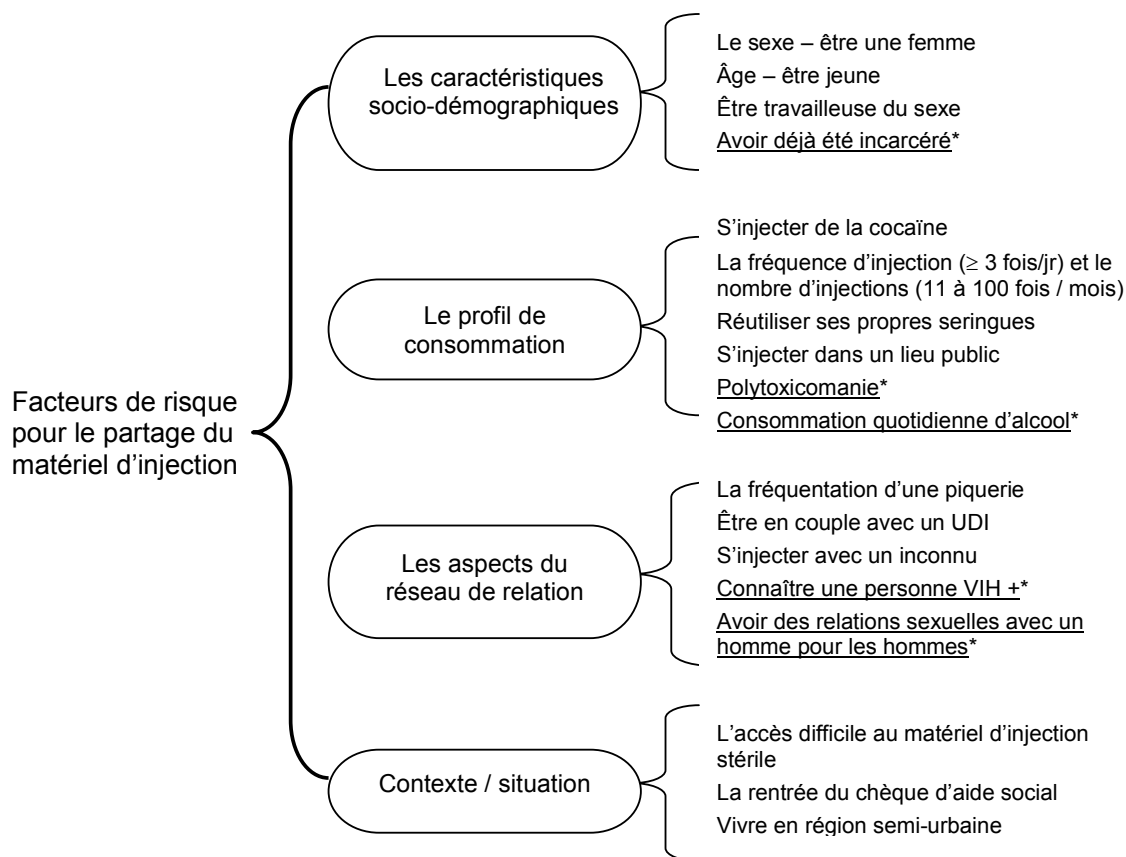
L'analyse de l'ensemble des projets d'intervention évalués, tant ceux réalisés au Québec qu'ailleurs dans le monde, correspond au modèle de départ tel que proposé dans la grille des interventions (distribution de matériel, information-éducation, dépistage-*counselling*, relation d'aide et thérapie et substitution à l'injection) et des stratégies d'intervention (le travail de milieu, l'intervention par les pairs, l'intervention sociale de mobilisation et les lieux d'injection supervisés) (tableau 8). Cette typologie a été corroborée par la littérature entourant les interventions jugées efficaces. Les archétypes sont présentés sous forme de fiches signalétiques décrivant l'intervention ou la stratégie accompagné des principales caractéristiques telles que le mode d'intervention, l'approche utilisée, le lieu, le type d'intervenant, l'organisme promoteur et la cible de prévention (se référer à l'annexe 4 pour le

⁸ L'utilisation de pailles, de papier roulé ou de pipes à crack a été identifiée dans la transmission du VHC.

contenu des fiches). Les résultats de leur application tels que rapportés dans les études évaluées dans le présent document sont aussi notés dans la fiche signalétique. (Se référer à la section 2 pour l'évaluation des interventions internationales et québécoises.)

Tout comme l'analyse des interventions et des stratégies jugés efficaces, l'analyse des facteurs de risque pour le partage du matériel d'injection a permis d'isoler les principaux facteurs autour desquels il conviendrait d'intensifier les activités de prévention en vue de modifier ce comportement dans un optique de prévention (se référer à la section 1 pour l'analyse des facteurs de risque). Au total, 18 items associés au partage du matériel d'injection ont été sélectionnés pour la consultation auprès des usagers et des intervenants en prévention (figure 10). Chacun de ces items avait été identifié dans la littérature comme un facteur de risque (seuil de probabilité à 0,05 %) pour le partage du matériel d'injection chez les clientèles UDI québécoises. La majorité de ces items présentaient un intérêt pour la consultation, d'une part, parce qu'ils concernaient directement des comportements connus des clientèles et des intervenants et, d'autre part, parce qu'ils permettaient d'ouvrir la discussion sur des pistes possibles d'action en prévention.

Figure 10 Facteurs de risques associés au partage du matériel d'injection identifiés à partir de la littérature québécoise sur l'usage de drogues par injection et le risque d'infection au VIH et au VHC



* Facteurs de risque retirés de la consultation à la suite du pré-test.

Le contenu des fiches-synthèses sur les interventions et les stratégies ainsi que les facteurs de risque ont fait l'objet d'un pré-test auprès d'intervenants et d'usagers, afin de valider la compréhension des items et leur pertinence dans le contexte de la prévention du VIH et du VHC auprès des personnes UDI. Lors du pré-test, les cinq types d'intervention et les quatre stratégies d'intervention ont été bien compris et jugés pertinents pour la prévention. Par ailleurs, l'intervention en relation d'aide et thérapie a soulevé plus de controverse et de jugements négatifs de la part des répondants en raison de l'association quasi instantanée entre thérapie et abstinence. À chaque fois, il a fallu demander un temps d'arrêt et réexpliquer la forme et le contenu dont le but premier n'est pas l'abstinence, même si les actions entreprises peuvent éventuellement mener à l'abstinence. Pour ces raisons, il convient de souligner les réserves entourant l'appréciation de ce type d'intervention. Les usagers et, à un degré moindre, les intervenants exprimaient spontanément des points de vue très défavorables ou au contraire plutôt favorables. Cette limite a été considérée dans l'analyse des données et sera discutée ultérieurement.

Les facteurs de risque pour le partage du matériel d'injection comportaient 18 items, dont il fallait au préalable tester la pertinence et la compréhension. Lors du pré-test, réalisé dans le cadre d'un groupe de discussion, cinq items ont été retirés de la liste destinée à la consultation en raison du manque de réalisme perçu par les répondants (items soulignés à la figure 10). Par exemple, les usagers et les intervenants ne comprenaient pas comment le fait de connaître une personne séropositive au VIH pouvait constituer un facteur de risque pour le prêt du matériel d'injection, tel que mis en évidence dans l'étude de Bélanger^[91]. Compte tenu du nombre important de facteurs de risque pour le partage, tous ceux qui ne conduisaient qu'à une discussion sur la validité de l'information plutôt que de susciter l'intérêt pour trouver un moyen efficace de réduire le partage n'ont pas été affichés sur carton lors des groupes de discussion. Toutefois, à chaque rencontre, ils ont été présentés verbalement, afin de valider leur pertinence auprès de chaque groupe spécifique. Si, dans le contexte particulier d'une région, il s'avérait qu'un facteur de risque, non présenté sur carton, obtenait l'approbation de plus d'une personne, il était remis avec les facteurs de risque soumis à la consultation. La polytoxicomanie et le fait d'avoir été incarcéré sont les deux items qui ont été demandés par des répondants de différentes régions. Ils font donc partie des analyses même s'ils se sont classés parmi les derniers items lors de la consultation initiale. La consommation quotidienne d'alcool, le fait de connaître une personne séropositive au VIH et celui d'avoir eu des relations sexuelles avec un partenaire masculin pour les hommes n'ont jamais été retenus par les participants et ne font pas partie de l'analyse. Toutefois, il ne faut pas conclure que ces comportements n'exposent pas aux risques de partager du matériel d'injection, mais plutôt au fait que ces résultats de recherches sont moins connus des personnes UDI et des intervenants.

4.2.2. Critères de sélection et recrutement des répondants

Le principal critère de recrutement pour les répondants aux groupes de discussion était d'être directement concerné par la problématique du VIH et du VHC, tant du point de vue des risques pour la transmission que de celui de la prévention. Les usagers des programmes de prévention et les intervenants impliqués auprès des clientèles à risque pour ces infections ont été ciblés. Un second critère devait être respecté, soit une représentation des régions

semi-urbaines et des régions urbaines du Québec. Tous les répondants devaient compléter un formulaire de consentement et une fiche contenant des renseignements sur l'âge, le sexe, le statut du répondant et le nombre d'années d'implication dans la problématique pour les intervenants et sur les habitudes de consommation et la participation à des activités de prévention pour les usagers. Ces derniers recevaient une compensation de 20 \$ pour leur participation au groupe de discussion, alors que les intervenants étaient rémunérés par leur employeur pour le temps dédié à la recherche.

Le recrutement des répondants s'est fait par le biais des organismes reconnus pour leurs activités de prévention auprès des clientèles utilisatrices de drogues par injection. Tous les répondants régionaux des dossiers de prévention auprès des personnes UDI avaient reçu une lettre leur indiquant les objectifs de la recherche et la possibilité que des organismes de leur territoire puissent être contactés, soit pour établir le portrait des interventions en prévention réalisées dans la région, soit pour participer aux groupes de discussion. Par la suite, dans les régions désignées pour une consultation de groupe, un membre de l'équipe de recherche établissait un premier contact avec la personne responsable de l'organisme communautaire pour expliquer le but de l'étude et les attentes des chercheurs ainsi que pour identifier une personne clé qui allait soutenir l'organisation des rencontres. Les organismes participants recevaient une compensation financière selon leur contribution à la recherche. Les intervenants ont été sélectionnés de concert avec les chercheurs, tandis que le recrutement des usagers a été laissé à la discrétion de la personne clé identifiée par l'organisme. Les seuls critères imposés portaient sur la composition des groupes de discussion. Chaque groupe d'usagers ne devait pas dépasser huit participants et devait être relativement homogène du point de vue de l'âge des répondants. Compte tenu de l'opinion souvent exprimée par nos interlocuteurs communautaires sur la question entourant la difficulté de certains programmes d'échange de seringues à rejoindre les jeunes usagers, il semblait pertinent de connaître le point de vue de ces derniers. Nous avons observé qu'en présence d'usagers matures, les jeunes avaient plutôt tendance à écouter et à limiter leurs interventions au sein du groupe. Il fut donc convenu de procéder à des consultations séparées pour les plus jeunes et les plus âgés. Le point charnière déterminé se situant autour de 25 ans, le critère d'appartenance à un groupe de jeunes était aussi considéré pour des répondants dont l'âge dépassait 25 ans. Finalement, la taille du groupe de discussion des usagers a souvent été un sujet d'inquiétudes pour les recruteurs qui craignaient qu'un certain nombre d'invités ne se présentent pas au rendez-vous. Dans certains cas, des invitations ont été lancées à un plus grand nombre d'individus, afin de s'assurer de la présence d'un nombre suffisant de participants. Toutefois, aucun répondant ayant reçu une invitation provenant de notre personne contact n'a été refusé en raison du nombre. Lorsque l'invitation à participer était le résultat du bouche à oreille entre les usagers, il est arrivé que des participants soient refusés en raison du nombre trop élevé.

4.2.3. Technique du groupe nominal

L'utilisation de la technique du groupe nominal devait permettre de classer par ordre d'importance les interventions et les stratégies ainsi que d'identifier des cibles (facteurs de risque pour le partage du matériel d'injection) sur lesquels il serait possible d'intervenir pour soutenir l'adoption de comportements sécuritaires. Cette approche a consisté à demander aux participants de se prononcer sur un nombre d'items pré-définis et de voter

individuellement sur le classement des items en fonction de la priorité qu'il ou elle voulait lui accorder. Le déroulement de la séance de consultation, d'une durée de deux heures, est décrit à l'annexe 5. La consultation s'est effectuée suivant quatre sections précises :

- Section 1 – les types d'intervention,
- Section 2 – les stratégies d'intervention,
- Section 3 – les facteurs de risque pour le partage et
- Section 4 - les actions à mettre en œuvre dans l'immédiat.

La consultation a aussi été réalisée en respectant les étapes suivantes pour les trois premières sections du groupe de discussion :

- Présentation des items de la section,
- Réponse à des questions de clarification,
- Ordonnancement et cotation individuelle sur les items de la section par les répondants,
- Compilation des résultats individuels et classement général des items de la plus haute cote à la plus basse et
- Discussion sur les résultats du groupe.

La section quatre a donné lieu à des discussions plus libres sur les trois ou quatre facteurs de risque prioritaires identifiés par les répondants. La notion de facteurs de risque prioritaires étant associée à l'idée d'un comportement à risque sur lequel il apparaissait urgent d'agir maintenant en vue de réduire le partage du matériel d'injection et, par le fait même, limiter la transmission du VHC et du VIH. Les participants étaient invités à faire des suggestions d'interventions et de stratégies à mettre en œuvre pour agir sur les facteurs de risque pris un à un et à discuter entre eux de la faisabilité et des limites associées aux interventions de prévention. Les groupes de discussion ont été enregistrés, afin de permettre une analyse du contenu des entretiens.

4.2.4. Analyse des données

L'analyse du matériel recueilli lors des groupes de discussion est de deux types : quantitatif et qualitatif. Les données quantitatives sur la cotation des items sont de nature descriptive et permettent de classer les items selon le score total obtenu (somme totale des points obtenus dans l'ensemble des groupes), selon le rang moyen (rang moyen par rapport à l'ensemble des groupes) et selon la variable type de répondant (intervenants ou usagers). Autrement, les données quantitatives informent peu sur l'efficacité des interventions et des stratégies à utiliser, ce sont les données qualitatives qui prennent le relais et permettent la compréhension du classement.

Le contenu des groupes de discussion a été transcrit directement en catégories d'analyse suivant les items de la consultation. Par la suite, des unités d'analyse ont été extraites du *corpus* de données pour rendre compte de thèmes plus spécifiques entourant les items et de la variation dans le discours en fonction des deux catégories de répondants. Une analyse des énoncés en fonction de certaines caractéristiques des répondants a montré une relative uniformité dans le discours des usagers d'une part, et des intervenants d'autre part.

Toutefois, cette analyse a aussi montré que le groupe d'intervenants constitué des pairs aidants présentait un discours qui se rapprochait davantage de celui des usagers tout en endossant la position des intervenants sur certains aspects. Il fut convenu de distinguer les énoncés de ce groupe lorsqu'ils sont utilisés dans la présentation des résultats. Les catégories d'énoncés ont aussi été analysées en fonction de la région de réalisation des groupes de discussion. Toutes les données ont été traitées à l'aide du logiciel *Microsoft Excel* pour les catégories d'analyse.

4.2.5. Limites

Il faut toujours garder en mémoire que les répondants ont été recrutés par le biais des programmes de prévention du VIH et du VHC. Certains injecteurs ne sont pas rejoints par ces programmes et il est actuellement impossible d'en évaluer le nombre et les caractéristiques. Ces derniers pourraient avoir des opinions divergentes de celles recueillies auprès des répondants aux groupes de discussion. Une autre source d'erreur tient au fait que ce sont souvent les usagers les plus organisés qui peuvent plus facilement être consultés, ce qui nous laisse dans l'ignorance de la position des injecteurs plus désorganisés et moins présents au programme de prévention. Finalement, les intervenants recruteurs peuvent aussi être une source de biais dans le recrutement, car ils connaissent un certain nombre d'usagers et c'est à travers cette filière qu'ils sont le plus à l'aise de recruter. Pour toutes ces raisons, la généralisation des données à l'ensemble des clientèles utilisatrices de drogues par injection ne peut être faite sans restriction.

4.3. RÉSULTATS

4.3.1. Caractéristiques des répondants

Au total, 12 groupes ont été rencontrés pour un total de 71 répondants (tableau 18). Les groupes d'usagers, recrutés en Abitibi-Témiscamingue (1 groupe), à Montréal (2 groupes), dans les Laurentides (2 groupes) et à Québec (2 groupes) ont participé aux rencontres. La moyenne d'âge des usagers est de 33 ans (étendue de 18 à 59 ans) et six répondants sur dix sont de sexe masculin. À l'exception de quatre répondants, tous s'injectent depuis une période plus ou moins longue : quatre sur dix depuis moins de 6 ans et six sur dix depuis au moins six ans. Un peu plus de la moitié des répondants rapportent s'être injectés sur une base régulière (tous les jours ou toutes les semaines) au cours du mois précédant la rencontre, tandis que les autres disent s'être injectés sur une base occasionnelle ou ne pas s'être injectés durant cette période. Plus de six usagers sur dix ont déjà collaboré avec un organisme communautaire dans des activités de prévention, dont plus de la moitié à des interventions en prévention du VIH et du VHC. L'échantillon comporte des individus présentant des caractéristiques relativement différentes, assurant ainsi un potentiel de réponses très variables lors de la consultation.

Tableau 18 Caractéristiques des répondants aux groupes de discussion

Variable	Usagers N = 48	Intervenants N = 23
Région		
Abitibi-Témiscamingue	8	3
Etrie	--	3
Montréal-Centre	15	10
Laurentides	12	--
Québec	13	7
Sexe		
Hommes	28	9
Femmes	20	14
Âge		
18-19 ans	4	1
20-30 ans	19	11
31-40 ans	11	6
Plus de 40 ans	14	5
Nombre d'année d'injection		
Jamais injecté	4	--
2 ans et moins	8	--
3 à 5 ans	8	--
6 à 10 ans	13	--
Plus de 10 ans	15	--
Fréquence d'injection /dernier mois		
Tous les jours	19	--
Hebdomadaire	7	--
À l'occasion pas toutes les semaines	10	--
Jamais	10	--
Inconnu	2	--
Collaboration avec un OC		
Oui	30	--
Non	18	--
En prévention du VIH ou VHC		
Oui	26	--
Non	21	--
Fonction dans l'organisation		
Gestionnaire	--	5
Intervenant	--	7
Travailleur de milieu	--	5
Pairs	--	6
Personnellement – nombre d'années en prévention des ITSS		
Moins de 5 ans	--	13
5 à 10 ans	--	5
Plus de 10 ans	--	5
Votre organisation – nombre d'années d'intervention auprès de la clientèle UDI		
Moins de 5 ans	--	2
5 à 10 ans	--	3
Plus de 10 ans	--	18

Les intervenants de différentes organisations concernées par la prévention auprès des usagers de drogues par injection étaient réunis au sein des groupes de discussion régionaux (tableau 18). Ils proviennent de quatre régions différentes, soit l'Abitibi-Témiscamingue (1 groupe), l'Etrie (1 groupe), Montréal (2 groupes) et Québec (1 groupe). On compte deux femmes pour un homme dont près de la moitié ont entre 20 et 30 ans. La majorité d'entre

eux travaillent au sein d'organismes communautaires. Ils sont gestionnaires, intervenants, travailleurs de milieu ou pairs aidants dans des organisations qui œuvrent auprès de clientèle UDI depuis plus de dix ans dans la majorité des cas. La moitié des répondants ont moins de cinq ans d'expérience en prévention des ITSS. Les données empiriques sur les interventions en prévention du VIH et du VHC, sur les stratégies d'intervention en prévention du VIH et du VHC et sur les facteurs de risque pour le partage du matériel d'injection ont été recueillies auprès de ces personnes par le biais de groupes de discussion. Les analyses ont porté principalement sur le *corpus* de données qualitatives recueillies lors des entrevues. Une analyse descriptive des résultats quantitatifs issus de la technique du groupe nominal complètent l'information.

4.3.2. Interventions en prévention du VIH et du VHC

Les interventions en prévention du VIH et du VHC ont été présentées aux participants dans la séquence la plus souvent utilisée lorsqu'il est question de prévention auprès des usagers de drogues par injection soit : la distribution du matériel, l'information-éducation, le dépistage-*counselling*, la relation d'aide et thérapie et la substitution à l'injection. Par la suite, les participants pouvaient demander des précisions sur les interventions, afin de s'assurer que tous avaient la même compréhension des interventions avant de procéder à la cotation individuelle sur une échelle de 5 à 1 (5 étant l'intervention jugée la plus efficace de leur point de vue personnel et 1 celle qu'ils classaient au dernier rang). Des outils de rappel (carton avec le chiffre et sa correspondance en termes de priorité) étaient présentés durant toute la période de cotation afin que les participants puissent s'y référer. La compilation du vote individuel était faite par les chercheurs et les résultats étaient présentés au groupe. Les items étaient inscrits dans l'ordre attribué par les participants sur le tableau de présentation et une discussion s'amorçait sur la pertinence et l'explication du choix collectif. Ces informations ont été enregistrées, transcrites en catégories et analysées. Dans un premier temps, les scores attribués lors du vote individuel des participants (technique du groupe nominal) seront discutés pour ensuite concentrer l'analyse sur le contenu des discussions suivant les types d'intervention.

4.3.2.1. Données descriptives sur la cotation des interventions

Globalement, les scores obtenus par type d'intervention (tableau 19) les placent dans l'ordre suivant : distribution du matériel 1^{er} rang (moyenne 4,0), information-éducation 2^e rang (moyenne 3,4), dépistage-*counselling* 3^e rang (moyenne 2,5), relation d'aide et thérapie 4^e rang (2,4) et substitution à l'injection 5^e rang (2,1). En comparant la distribution des scores des usagers à celle des intervenants, on constate que les deux premiers items distribution du matériel et information-éducation occupent les mêmes rangs avec un score moyen un peu plus élevé chez les intervenants (moyenne 4,4) pour la distribution du matériel. Les usagers ont attribué un poids plus élevé (moyenne 2,7) au dépistage-*counselling* (comme stratégie efficace de prévention que les intervenants, si bien que ce type d'intervention est classé au 3^e rang par les usagers et au 4^e rang par les intervenants. Chez ces derniers, la substitution à l'injection occupe le 3^e rang, alors que les usagers la classent au dernier rang. L'analyse des données qualitatives confirme que la séquence attribuée par les usagers reflète bien le choix qu'ils ont fait lors du groupe nominal. Par ailleurs, l'hypothèse d'un choix guidé par l'ordre de présentation ne peut pas non plus être écartée. Il aurait été préférable

de présenter les types d'intervention dans le désordre afin d'éliminer l'introduction d'un biais du à l'ordre de présentation.

Tableau 19 Distribution des scores totaux et des scores moyens selon les types d'intervention et par catégorie de répondants

Interventions	Score total pour l'item	Rang de 1 à 5 (score moyen*)		
		Tous n = 71	Usagers n = 48	Intervenants n = 23
Distribution du matériel	283	1 (4,0)	1 (3,8)	1 (4,4)
Information-éducation	240	2 (3,4)	2 (3,4)	2 (3,3)
Dépistage-counselling	178	3 (2,5)	3 (2,7)	4 (2,1)
Relation d'aide et thérapie	170	4 (2,4)	4 (2,6)	5 (2,0)
Substitution à l'injection	151	5 (2,1)	5 (1,9)	3 (2,5)

* Le score moyen individuel correspond à la sommation des cotes de l'item divisée par le nombre de répondants dans la catégorie (ex. : $283 \div 71 = 4,0$). Le score moyen individuel le plus élevé correspond au premier rang et ainsi de suite.

La courte période sur les questions de clarification était généralement le lieu où s'échangeait l'information entre les participants permettant ainsi d'assurer une compréhension commune d'un même concept. Les usagers s'approprièrent le concept énoncé et le traduisait dans leurs mots, alors que l'animatrice soutenait la compréhension, si nécessaire. De plus, la période de compilation des résultats par les animateurs était une période de discussion libre qui a été enregistrée et analysée, afin de déceler si des incompréhensions avaient pu mener à des interprétations divergentes. Il est arrivé dans un cas où la séquence a été inversée en raison d'une inattention entourant l'ordre des scores (ordre 5 à 1 inversé pour 1 à 5). Ce fut le cas pour une personne au sein d'un groupe. Il fut convenu de le conserver tel quel puisque le rang n'en était pas affecté. D'autres erreurs du même type ont pu avoir cours sans avoir été expressément signalées comme ce fut le cas pour cette personne. Toutefois, ce biais, s'il est présent, affecte le score des items, mais il ne compromet en rien la qualité du contenu des groupes de discussion.

4.3.2.2. Données qualitatives sur les interventions

Distribution du matériel d'injection

L'importance de la distribution du matériel stérile : la distribution du matériel stérile pour l'injection a suscité beaucoup de commentaires à la fois de la part des usagers que de celle des intervenants (tableau A12, annexe 6). Les répondants s'entendent généralement sur l'importance de la distribution du matériel comme intervention de prévention. Les intervenants comme les usagers estiment que c'est le premier contact pour accéder aux autres interventions.

Par contre, les intervenants discutent davantage de la nécessité de mettre à disposition un plus grand nombre de seringues et du matériel adapté à la consommation des usagers et surtout, de ne jamais présumer qu'un arrêt de consommation est définitif. « Il faut du

matériel, car même lorsque la clientèle est en substitution, elle consomme; Intervenant-05 » Pour les usagers, la gratuité et la nécessité de faire intervenir les pairs ont fait partie de leurs préoccupations. L'accès a été abordée sous deux angles, la barrière à l'accès à du matériel en raison des coûts « *L'accès au matériel d'injection est une priorité lorsqu'on s'injecte. Les pharmacies qui vendent les seringues pourraient les distribuer gratuitement au lieu de les vendre; Usager-06 »* et l'action des pairs dans le milieu. « *Je distribue et je récupère des seringues dans le milieu, je contribue à la prévention; Usager-06 »*

La récupération du matériel souillé : préoccupe davantage les intervenants que les usagers (tableau A12). Les intervenants disent éprouver un malaise à distribuer de grandes quantités de seringues lorsque les taux de récupération du matériel sont faibles. Même si la crainte de s'exposer à la grogne des citoyens est présente « *Les organismes communautaires finissent par avoir des « coups » des citoyens du quartier à cause des seringues à la traîne. C'est inconfortable de recevoir un appel concernant des seringues à la traîne que l'intervenant a distribué; Int-06 »*, les intervenants tentent de se rassurer et de conforter leur position de distributeurs de seringues en mentionnant que la distribution de grandes quantités est souvent garante d'un meilleur taux de récupération.

Lorsqu'il est question de récupération, les usagers cherchent à rentabiliser leurs déplacements tout en augmentant leur degré d'adhésion aux consignes maintes fois répétées par les intervenants. « *Si les gens pouvaient prendre des seringues (distributrices) au même endroit que les boîtes de récupérations urbaines, ils seraient plus enclins à ramener leurs seringues; Usager-03 »*. Ces derniers soulignent aussi les barrières engendrées par la non-récupération des seringues « *Lorsque les gens de la rue ne ramènent pas les seringues, les intervenants en donnent seulement 2 ou 3; Usager-06 »*.

Le matériel dans sa forme physique : alors que les intervenants sont peu préoccupés par la qualité, l'utilité et l'utilisation du matériel, les usagers eux le sont (tableau A12). Il faut retenir que les sécuricups se partagent encore malgré le fait qu'ils soient largement accessibles et surtout que les usagers semblent trouver le nouveau matériel peu intéressant « *Le matériel distribué (filtre et cup) n'est pas intéressant à utiliser; Usager-03 »* ou mal adapté « *Les pailles font mal, on devrait distribuer du papier roulé; Usager-08 »*. Il y a lieu de poursuivre la réflexion sur ces points, afin de rechercher le meilleur rapport usage-prévention. De plus, des usagers établissent des comparaisons entre le matériel distribué dans certains sites par rapport à d'autres « *La qualité des seringues dépend du lieu de distribution : au programme d'échange de seringues, elles sont meilleures que celles de la pharmacie; Usager-15 »* et, curieusement, ce sont toujours des groupes en région qui abordent la question de la qualité du matériel distribué.

Limites à l'acquisition du matériel : adéquat pour la consommation sont de diverses natures (tableau A12). Alors que les intervenants estiment que les usagers se mettent eux-mêmes des limites sur la quantité de matériel qu'ils peuvent demander « *Les usagers se mettent une propre limite de seringues (gêne). Ils demandent aux intervenants de contrôler le nombre de seringues [de contrôler leur consommation]. »*, les usagers mentionnent les limites imposées par les intervenants lorsqu'ils ne rapportent pas leurs seringues pour la récupération. Par ailleurs, les usagers sont aussi réalistes et soulignent l'urgence de consommer, la paresse de leur part et la non-disponibilité du matériel au moment crucial de

la consommation comme limites. À ces dernières, les intervenants opposent le fait que si tous les organismes en contact avec ces clientèles étaient sollicités pour contribuer aux efforts de prévention « *Les organismes qui sont en contact avec cette clientèle ne font pas nécessairement de distribution; Int-08* », il serait possible d'assurer une meilleure couverture (tableau A12). Finalement, il faudra tenir compte du volume qu'occupe le matériel nécessaire à la consommation quotidienne d'un injecteur de cocaïne qui en limite le transport et l'entreposage dans certains cas. « *Pour quelqu'un qui vit dans la rue aussi, 200 seringues, les sécuricups et l'eau dans un pack-sac prennent de la place; Usager-06* ».

Les barrières à l'accès au matériel d'injection stérile : il y a encore des barrières importantes qui nuisent aux efforts de prévention (tableau A12). Pour les usagers, ces barrières touchent au statut de consommateur que l'on ne veut pas dévoiler « *Quand la personne vit chez ses parents ou chez des gens qui ne savent pas qu'elle s'injecte, les bacs [de récupération] et avoir 200 seringues, ce n'est pas l'idéal; Usager-06.* » et à la répression policière qui fait en sorte que les consommateurs ne veulent pas traîner de seringues sur eux de peur d'être interpellés par la police. Les barrières que s'imposent les intervenants sont d'une toute autre nature. Pour eux, c'est la crainte de distribuer du matériel sans action préventive qui demeure la principale préoccupation :

« *Dans la région, les pharmacies et les CH qui distribuent des seringues ne font que cela, ils ne font pas d'éducation. Ils ont moins d'intérêt; Int-08* ».

« *Le matériel ce n'est pas tout, il faut l'information aussi. Il faut que ce soit égal; Int - 06* ».

« *Il faut inverser le continuum, d'abord favoriser l'arrêt d'injection et en dernier lieu inciter à aller chercher des seringues; Int-05* ».

« *Dans son organisme, les travailleurs de rue ne donnent pas de seringues sur la rue sauf pour du dépannage. Ils réfèrent au site où il y a du matériel de prévention plus adapté au mode de consommation; Int-06* ».

Les intervenants endossent difficilement le rôle de simple distributeur de matériel et ils sentent le besoin d'ancrer leur intervention dans des actions qu'ils estiment plus louables, moins réprobatoires. Cette position n'est pas étrangère à la pression imposée aux organismes de prévention auprès des clientèles marginales qui doivent sans cesse prouver leur capacité à intervenir dans un univers où la demande du client n'est pas exprimée ou est contraire aux normes sociales. Finalement, retenons une barrière toute particulière à surmonter, soit celle de la stigmatisation qui limite l'accès aux seringues pour les jeunes injecteurs « *Du matériel sans intervenant (ex. : distributrice) pourrait faciliter l'accès pour certains jeunes, car il n'y aurait pas de barrières à franchir; Int-03* » (tableau A12).

La création de liens de confiance : les usagers rencontrés se sentent probablement beaucoup plus concernés par la prévention que ne l'étaient leurs prédécesseurs il y a dix ou quinze ans. Ils ont évolué, dans leur consommation, avec la présence des programmes de prévention et des intervenants qui ont graduellement marqué le paysage de la consommation et transmis des valeurs à la fois différentes et semblables qui permettent de tisser un lien entre consommateurs et intervenants en prévention « *Dans ce milieu, c'est rare*

d'avoir des choses gratuites. Lorsqu'un intervenant donne du matériel, ça crée une réflexion et un questionnement et ça permet d'ouvrir sur d'autres interventions; Usager-03 » (tableau A12). Les programmes d'échange de seringues ne sont pas non plus perçus uniquement comme des centres de distribution « *Distribution et information, c'est un peu la même chose, car les usagers qui fréquentent un programme d'échange de seringues n'ont pas le choix d'avoir de l'information; Usager-03 »*.

Information-éducation

Aspects positifs de l'intervention : les usagers accordent une valeur positive à l'information-éducation et estiment que l'information pénètre dans les réseaux sociaux secondaires et circule entre les usagers. « *Que ce soit la première personne avec qui la personne se shoote ou un intervenant qui donne l'information, elle circule. Les personnes avec qui on se pique expliquent comment faire l'injection; Usager-03 »* (tableau A13). Si l'information s'obtient par le bouche à oreille et circule entre les intervenants et les usagers pour ensuite se disperser dans les réseaux de consommateurs, elle est aussi accessible dans les publications destinées aux usagers « *Pusher d'info »*, c'est utile et ça transmet de la bonne information; Usager-03 ».

Importance de l'intervention : alors que les intervenants ont une position très réservée quant à l'efficacité de l'information-éducation avec les usagers de drogues par injection « *ça pourrait amener au dépistage; Int- 06 »* ou « *ça pourrait inciter à ne pas s'injecter; Int-05 »*, les usagers se sentent, pour leur part, interpellés par ce type d'intervention (tableau A13). Ils estiment que la distribution du matériel d'injection stérile est la base d'une intervention préventive efficace et qu'ils ont besoin d'être mis à jour régulièrement sur les différents aspects de protection et de comportements sécuritaires. Par ailleurs, les usagers estiment important de se préoccuper aussi des personnes qui ne sont pas encore des injecteurs, car si l'initiation peut se faire dans des conditions sécuritaires « *Le premier qui te shoote te montre certaines choses; Usager-03 »*, elle peut aussi être le théâtre d'un drame « *La première personne avec qui on s'injecte n'est pas nécessairement la meilleure : des fois ce sont des bons amis, mais parfois ce sont des inconnus avec des comportements non sécuritaires; Usager-03 »*.

Limites de l'intervention : les intervenants, et ce principalement en région, mettent en lumière les limites de l'information-éducation dans la prévention auprès des utilisateurs de drogues par injection. Certaines de ces limites concernent les usagers qui ne veulent pas recevoir d'information et le peu d'efficacité perçue sur la réduction des comportements à risque. Cette perception est confirmée par certaines attitudes des usagers décrites lors des rencontres « *Dans un PES, les gens viennent chercher leur matériel et s'en vont, ils ne viennent pas jaser; Usager-03 »* et par un constat d'impuissance sur le fait que les gens savent qu'il ne faut pas partager et qu'il faut trouver d'autres moyens (tableau A13). Une autre facette de l'intervention qui préoccupe les intervenants est le manque de temps dévolu aux intervenants des sites satellites de distribution, comme les pharmacies et les CLSC, pour réaliser pleinement les interventions d'information-éducation.

Dépistage-counselling

Importance et aspects positifs de l'intervention : le dépistage des ITSS (volet clinique) et le *counselling* (activité de prévention) a mis en évidence des points de vue assez différents entre les usagers et les intervenants. Les usagers estiment que l'accès au dépistage doit être facilité compte tenu de son importance « *Il n'y a pas suffisamment de dépistage par rapport aux risques lorsqu'une personne s'injecte. À l'hôpital, c'est trop long. On ne va pas attendre trois mois pour prendre des prises de sang ; Usager-08* ». Cette intervention représente une opportunité qui « *permet aux personnes de savoir s'ils ont quelque chose et de faire attention, sans nécessairement dévoiler leur statut; Usager-03* ». Certains vont même jusqu'à préconiser une rétribution pour le dépistage des jeunes « *Donner de l'argent aux jeunes pour qu'ils fassent du dépistage, c'est un bon moyen de les inciter; Usager-06* ».

Pour les intervenants, il convient de distinguer les commentaires des pairs aidants et ceux des autres intervenants. Les pairs aidants qui ont participé à l'étude ne sont pas des consommateurs, mais ils sont issus du milieu et côtoient au quotidien les usagers. Leur réflexion est parfois similaire à celle des intervenants des organisations qui les embauchent, mais elle diffère en certains points et c'est le cas pour les interventions de dépistage-counselling. Par exemple, les pairs aidants estiment que pour un consommateur, le fait de savoir qu'il n'est pas atteint donne de l'espoir et constitue un aspect positif de ce type d'intervention (tableau A14). Quant à l'importance de cette intervention, ils soulignent que le résultat d'un test permet de faire plus attention. « *Les tests sont vraiment importants, car lorsque les personnes pensent qu'elles sont atteintes, elles partagent, elles s'en foutent. Un résultat négatif peut même conduire à l'arrêt de la consommation; Int-P-06* ».

Limites de l'intervention : alors que les intervenants en font ressortir les limites en termes d'efficacité en prévention, les usagers soulignent ses limites en termes d'accès à une intervention qu'ils jugent efficace (tableau A14). Lorsqu'il est question de limites, les usagers ne les perçoivent pas en termes d'intrusion dans leur vie privée, mais sous l'angle des difficultés particulières de réalisation dans certaines conditions comme dans les piqueries.

Pour les intervenants communautaires, le dépistage-counselling apparaît comme une intervention de dernier recours (tableau A14). Ils sont peu convaincus de son efficacité pour la prévention du partage du matériel d'injection et estiment qu'il y a beaucoup de travail à faire avant même de parler de dépistage à leur clientèle, le comble de l'inefficacité étant l'interprétation que peuvent faire les consommateurs d'un test négatif. « *Un test négatif donne une sécurité, gage que les comportements sont appropriés; Int-03* ». La question de la réaction des usagers à l'annonce d'un résultat positif préoccupe les intervenants, car ce sont eux qui ont à gérer les crises post-dépistage « *Il ne faut pas suggérer de faire le dépistage si les personnes ne sont pas à l'aise avec le résultat; Int-06* ». Il conviendra de prêter une attention toute particulière à ces aspects dans l'interface entre le personnel qui effectue le dépistage et les intervenants terrain qui accompagnent les personnes qui reçoivent un résultat.

Relation d'aide et thérapie

Aspects positifs de l'intervention : contrairement aux premières réactions de désapprobation lors de la présentation de cet archétype aux participants des groupes de discussion⁹, ni les usagers, ni les intervenants ont formulé des commentaires totalement négatifs à l'égard de ce type d'intervention. Une fois bien compris le sens d'une relation d'aide ou d'une thérapie qui vise soit l'adoption de comportements sécuritaires ou l'engagement vers une prise en charge de sa santé, les participants endossaient le concept sans trop de réticences. Toutefois, il est permis de douter de sa parfaite compréhension dans un contexte où ce type d'intervention est très peu développé au Québec et offre très peu de points de référence concrets. Ainsi, il n'est pas certain que les usagers aient bien intégré ce concept même s'ils le préfèrent à celui de substitution (tableau A15). Tout en demeurant intéressés par l'idée, la discussion s'est déroulée avec en toile de fond l'image de la thérapie visant l'arrêt de la consommation. Les commentaires soulignent que la présence soutenue d'un intervenant peut être un bon moyen pour aider à prendre des décisions et que, conformément à leur position sur le dépistage-*counselling*, le passage en thérapie est une occasion de se faire dépister. Devant la difficulté à se faire une image assez précise de ce type d'intervention, le concept de thérapie visant à l'abstinence est demeuré présent dans l'esprit des répondants.

Limites à l'intervention : les intervenants ont exprimé des réserves à l'égard de ce type d'intervention (tableau A15). Les faits que la thérapie ne soit pas appropriée pour les consommateurs actifs ou que l'accès soit difficile pour la clientèle ont été mentionnés. Par ailleurs, le contact plus étroit avec les personnes exposées au programme de prévention est vu comme un aspect très positif, surtout selon les pairs aidants. Ils y voient un moyen d'entrer en relation plus direct avec les usagers et de soutenir des actions de prévention. Finalement, un intervenant en région souligne aussi le caractère privilégié de ce type d'intervention et son efficacité dans les relations avec les usagers.

Retenons que l'énoncé de ce type d'intervention demeure encore trop abstrait et empreint du concept traditionnel de thérapie qui mène à l'abstinence, avec son lot d'échecs, pour permettre une véritable appropriation. Compte tenu de la place centrale que pourrait occuper la relation d'aide dans le développement de futures interventions, il faudra explorer davantage son contenu et au besoin, revoir la sémantique pour en préciser le sens et le distinguer des approches traditionnelles.

Substitution à l'injection

Aspects positifs de l'intervention : la substitution à l'injection a suscité beaucoup de discussion et d'animation dans les échanges sur ce type d'intervention (tableau A16). Parmi les usagers, seuls un groupe en région a identifié une valeur positive à la substitution en raison de son impact sur la réduction de la fréquence d'injection et l'arrêt de la consommation par injection. Autrement, les usagers ont exprimé beaucoup de réserves, voire d'objections, à l'égard de cette intervention et les intervenants émettent des doutes quant à son utilité. Parmi les limites, la substitution par la prise de méthadone est peu

⁹ se référer au point cadre de référence et outils de consultation de la section des méthodes.

appréciée des usagers « *Il y a des effets secondaires importants et ce n'est pas aussi satisfaisant que le produit consommé avant; Usager-06* » et est considérée comme un mode transitoire qui n'écarte pas le passage obligatoire par le sevrage « *La substitution n'est pas une solution. Ne convient pas du tout, car il faut aussi faire le sevrage; Usager-06* ». Ils expriment autant de réserve pour les autres modes de substitution « *Sniffer la cocaïne, c'est aussi dangereux pour l'hépatite; Usager-08* ».

Même si les intervenants accordent une valeur positive à ce type d'intervention, le manque de recul et de données factuelles, dans le contexte québécois, les laissent perplexes. Ils expriment des points de vue sans vraiment prendre position, un peu comme s'ils tentaient d'approprier ce nouveau créneau d'intervention sans toutefois en cerner complètement les contours. Aussi, les expressions utilisées renvoient non pas à une connaissance expérientielle, mais davantage à une représentation instrumentale comme la substitution est « *techniquement un bon moyen pour lutter contre les ITSS; Int-08* » ou il faudrait que la substitution s'offre « *avant l'injection comme choix alternatif; Int-05* » (tableau A16).

Limites à l'intervention : a la section des limites, plusieurs raisons sont invoquées quant à la difficulté de développer ce type d'intervention (tableau A16). La consommation prédominante de cocaïne, l'absence de consommateurs d'héroïne et le manque d'accessibilité comptent parmi les limites à l'application d'une telle intervention. Les intervenants rejoignent aussi le point de vue des usagers en exprimant certaines réserves sur la capacité de substituer un produit par un autre pour des injecteurs ayant développé des habitudes de consommation centrées sur un produit en particulier.

Effets indésirables : comme la substitution est associée à la pharmacologie, à cause de la méthadone, les usagers l'identifient à des effets adverses comme les effets secondaires, les risques pour la santé et surtout la dépendance à long terme. « *La méthadone cause des effets secondaires désagréables. Il y a un mauvais contrôle du dosage, il y a des décès à cause de la méthadone; Usager-06* » ou « *Le programme de méthadone d'un an et demi m'a encore plus accroché à l'héroïne; Usager-06* » (tableau A16). Le psychotrope illicite consommé, même s'il peut entraîner une dépendance et que ni le contenu ni la qualité ne sont contrôlés, fait office de mesure étalon et renferme une valeur symbolique plus positive que le produit de substitution proposé par les compagnies pharmaceutiques. Les intervenants qui avaient eu comme réflexe de conseiller aux usagers de fumer la cocaïne comme mode de substitution à l'injection ont le sentiment d'avoir berné leur clientèle lorsque qu'ils ont réalisé l'importance de la transmission du VHC par les pipes.

Barrières à l'intervention : les principales barrières à la substitution ont été relevées dans le discours des usagers de la région de Montréal qui voient la substitution comme le remplacement d'une dépendance par une autre (tableau A16). Ils estiment être pris en otage par les compagnies pharmaceutiques puisque le produit de substitution ne règle pas le problème réel. Les pistes soulevées par les usagers vont plutôt dans le sens d'une plus grande prise en charge personnelle comme l'opportunité d'occuper un emploi. « *Donner de l'emploi aux utilisateurs de drogues permettrait qu'ils se sentent comme des êtres humains. Innover plutôt que donner des pilules; Usager-06* ». Les usagers traduisent ici une demande d'innovation et de recherche de solution hors de la consommation. Plus qu'un produit se substituant à un produit qu'ils utilisent déjà, ils souhaitent des interventions novatrices qui

leurs permettront de les sortir de leur marginalité. Les barrières à franchir pour étendre une intervention de substitution sont importantes et ne pourront être levées sans un travail soutenu de démystification. Même les intervenants estiment qu'il n'est pas réaliste de croire qu'un produit de substitution va permettre d'apporter une modification des comportements chez les usagers.

4.3.2.3. Commentaires généraux sur les types d'intervention

Des stratégies pour soutenir l'intervention : du point de vue des usagers, il y a lieu de travailler plus étroitement avec les forces de l'ordre, afin de modifier les perceptions et les manières de faire. Au Québec, la formation des jeunes recrues dans les forces de l'ordre a bien évolué au cours de la dernière décennie et ils sont de plus en plus nombreux à opter pour une approche préventive. Il y a un souhait d'être informé des moyens alternatifs à la répression pour contrer les méfaits associés à l'usage de drogues. *« Il faut changer les mentalités (des policiers) pour que l'intervention puisse prendre place. Le chef de police n'est pas intéressé à avoir de la documentation, mais les policiers aimeraient savoir où référer; Usager-06 »*. Cette même réflexion interpelle aussi les intervenants qui espèrent plus de considération de la part des organisations, des corps policiers et de la politique pour les clientèles marginales auprès desquelles ils font de l'intervention. Le travail en amont et la mobilisation des usagers et des personnes qui interviennent auprès de cette clientèle fait aussi partie des stratégies à maintenir ou à développer.

Les aspects financiers : pour les intervenants, discuter des aspects financiers ramène inévitablement aux problèmes de leurs organisations et soulève des points maintes fois répétés à savoir que le financement par projet est inapproprié et désolidarise le milieu communautaire. Les volets entourant l'hépatite C sont trop peu développés pour répondre à la demande d'interventions. Lorsque les usagers parlent d'aspects financiers, c'est pour souligner le fait qu'ils sont constamment à la recherche de financement pour leur consommation ce qui les empêche de participer à des activités de prévention. *« L'incitatif financier est important parce que pendant que les usagers participent à une recherche ou une intervention, ils ne sont pas en train de ramasser de l'argent pour leur consommation, donc il faut une compensation. On est consommateur d'abord et avant tout. C'est rare les consommateurs qui sont inactifs (pas de quête, de vente ou autres); Usager-06 »*. Il y a donc quelque part, entre les besoins financiers des organisations et les besoins primaires des usagers, une réflexion à faire sur les meilleures stratégies de prise en charge personnelle, collective et communautaire.

Finalement, entourant les interventions elles-mêmes, il y aurait lieu de tenir compte des besoins des usagers et d'évaluer le niveau d'atteinte des objectifs, non pas sur l'ensemble des participants à un programme de prévention, mais plutôt sur des sous-ensembles. Les intervenants mentionnent souvent l'idée de programmes axés sur des objectifs atteignables pour les clientèles à multiples problèmes. *« Il faut que les programmes soient construits en fonction de petits buts, des choses concrètes, une stabilité, sinon l'intervenant manque son coup; Int-05 »* ou *« Les besoins de la clientèle ne sont pas toujours en accord avec ce que l'intervenant juge le plus efficace; Int-05 »* ou encore *« on doit prendre la personne où elle est rendue; Int-03 »*.

4.3.3. Stratégies d'intervention en prévention du VIH et du VHC

Tout comme pour les types d'intervention, les stratégies d'intervention ont été présentées aux participants à l'aide d'affiches, placées au mur sans ordre précis, expliquant les quatre stratégies soit : le travail de milieu, l'intervention par les pairs, la mobilisation des usagers et le local d'injection supervisé. Par la suite, les participants pouvaient demander des questions permettant de clarifier les concepts présentés. La cotation individuelle s'est faite sur une échelle de 4 à 1 (4 étant la stratégie jugée la plus efficace du point de vue des participants). Des outils de rappel (carton avec le chiffre et sa correspondance en termes de priorité) étaient présentés durant toute la période de cotation afin que les participants puissent s'y référer. La compilation du vote individuel était faite par les chercheurs et les résultats étaient présentés au groupe. Les items étaient inscrits dans l'ordre attribué par les participants sur le tableau de présentation et une discussion s'amorçait sur la pertinence et l'explication du choix collectif. Ces informations ont été enregistrées, transcrites en catégories et analysées. Dans un premier temps, les scores attribués lors du vote individuel des participants (technique du groupe nominal) seront discutés pour ensuite concentrer l'analyse sur le contenu des discussions suivant les stratégies d'intervention.

4.3.3.1. Données descriptives sur la cotation des stratégies

Globalement, les scores obtenus par stratégie d'intervention placent le travail de milieu au 1^{er} rang (212), l'intervention par les pairs au 2^e rang (188) suivi de très près par les locaux d'injection supervisés au 3^e rang (176) et la mobilisation des usagers au 4^e rang (130) (tableau 20). Toutefois, une analyse faite sous l'angle des catégories de répondants démontre que les usagers placent les locaux d'injection supervisés au 3^e rang alors que les intervenants ne font pas vraiment de différence entre l'intervention par les pairs et les locaux d'injection supervisés qu'ils jugent aussi efficaces. La mobilisation des usagers est la stratégie qui a été classée au dernier rang par les usagers et par les intervenants. Il convient de souligner que d'une part, ce concept demeure encore abstrait pour beaucoup d'entre eux et que d'autre part, il effraie. Notons que dans le discours entourant cet item, les intervenants se sentaient un peu dépassés sur la façon d'amorcer une telle intervention, alors que les usagers craignaient d'être identifiés à l'usage de drogues par injection s'ils s'impliquaient ouvertement dans des actions de mobilisation. Ce classement peut possiblement être mis sur le compte du peu d'expérience des personnes UDI dans des activités de mobilisation. Il conviendrait de ne pas conclure trop hâtivement à un manque d'intérêt de leur part, mais de questionner la faisabilité d'une telle stratégie dans les structures actuelles mises à leur disposition.

De plus, l'identification d'activités concrètes, connues des répondants, permet généralement de se représenter la notion abstraite. La plénière après le pointage des items et celle de fin d'atelier ont souvent été le moment d'une appropriation plus complète des concepts énoncés par le partage d'information entre les participants. En ce sens, il ne serait pas totalement erroné de croire que la compréhension de l'ensemble des archétypes présentés ait évolué en cours de discussion en raison même de l'appropriation commune qu'en ont faite les participants. C'est un biais sur lequel le chercheur a peu de contrôle.

Tableau 20 Distribution du score total et des scores moyens selon la catégorie de répondants et la stratégie d'intervention

Stratégies d'intervention	Score total pour l'item	Rang de 1 à 4 (score moyen*)		
		Tous	Usagers	Intervenants
		n = 71	n = 48	n = 23
Travail de milieu	212	1 (3,0)	1 (3,0)	1 (2,9)
Intervention par les pairs	188	2 (2,6)	2 (2,8)	2 (2,3)
Local d'injection supervisée	176	3 (2,5)	3 (2,5)	4 (2,3)
Mobilisation des usagers	130	4 (1,8)	4 (1,9)	3 (1,7)

* Le score moyen individuel correspond à la sommation des cotes de l'item divisée par le nombre de répondants dans la catégorie (ex. : $212 \div 71 = 3,0$). Le score moyen individuel le plus élevé correspond au premier rang et ainsi de suite.

4.3.3.2. Données qualitatives sur les stratégies d'intervention

Travail de milieu

Le rôle du travailleur de milieu : est perçu différemment selon le type de répondants (tableau A17). Alors que les usagers le décrivent comme une personne qui fait le lien entre les gens du milieu et les sites d'intervention, qui aide ceux qui sont dans la rue et surtout, qui distribue des seringues, les intervenants rejettent partiellement cette image. Pour les intervenants, le travailleur de milieu ne doit pas être un distributeur de seringues. « *Beaucoup de personnes pensent que les travailleurs de rue servent à donner du matériel, mais s'il en était ainsi, il démissionnerait immédiatement; Int-06* ». Son rôle s'inscrit à l'intérieur d'une organisation et il est en quelque sorte au service de cette organisation et en complémentarité avec les autres intervenants. La représentation de son intervention se conçoit en fonction du démarchage qu'il fera pour ramener des clients au site fixe où se trouve concentrée l'expertise. « *Le travail de milieu et le site ne sont pas en opposition, ils permettent de rejoindre plus de personnes; Int-03* ». Les usagers émettent même l'hypothèse que la venue des locaux d'injection supervisés apporterait un changement dans le rôle du travailleur de milieu. « *Le travail de milieu, c'est important, mais si les consommateurs ont un site pour aller s'injecter où le matériel est disponible, ça a moins sa raison d'être; Usager-06* ».

Aspects positifs du travailleur de milieu et méfiance : pour les usagers, la valeur positive d'un travailleur de milieu se mesure sur le plan humain, il est présent dans le milieu, il comprend les gens et il leur parle (tableau A17). Les intervenants parlent plutôt de soutien aux activités du programme d'échange de seringues pour rejoindre les clientèles qui ne fréquentent pas le site et de gardien des bons préceptes de prévention par sa présence dans le milieu. Toutefois, cette présence dans le milieu exacerbe la tension entre confiance et méfiance. Les usagers tout comme les intervenants estiment que le travailleur de milieu doit constamment maîtriser l'art de bien se comporter et d'être accessible pour les clientèles qu'il dessert. Même après des années d'intervention, la confiance ne s'acquière pas d'emblée et les intervenants en sont conscients. « *La confiance c'est long à acquérir et facile à perdre;*

Int-03 » et « Les gens sont très méfiants, ils pensent qu'ils sont accouquinés avec les policiers; Usager-06 ».

Obstacles au travail de milieu et financement : les intervenants sont à la fois préoccupés par les obstacles au travail de milieu « *C'est plus compliqué d'aller chercher la clientèle par «l'outreach» dans certains milieux où tout se passe d'une façon cachée, comparativement aux endroits où ça se passe sur la rue; Int-08 »* et par son financement qui apparaît insuffisant ou mal défini. « *Le financement ne prend pas en compte le temps et les efforts que nécessite le travail de milieu, élément important de la prévention; Int-03 »*. Au-delà de ces préoccupations, il y a la professionnalisation du travail de milieu qui, selon les intervenants, risque de les exclure des milieux d'intervention. Plus ils se rapprochent des institutions de la santé, plus ils se professionnalisent et plus ils s'éloignent des clientèles (tableau A17).

Pour les usagers, le travail de milieu comble un besoin d'accessibilité au matériel d'injection et de présence dans les milieux de consommation pour renforcer les messages de prévention. Pour les intervenants, la distribution du matériel se justifie par la possibilité d'étendre les activités de prévention du site fixe au milieu avec et d'encourager les usagers à se rendre au site fixe. Cette dichotomie entre les besoins des uns et des autres devra être considérée dans le développement du travail de milieu car cette représentation différenciée pourrait être source de conflits lorsque viendra le moment de définir le rôle des pairs aidants.

Intervention par les pairs

L'intervention par les pairs a suscité beaucoup d'intérêt chez les participants. Le contenu du matériel recueilli lors des discussions s'organise autour du rôle des pairs, de leur expertise, de la reconnaissance, mais aussi de l'intérêt de cette stratégie pour aller au-delà des tabous qui empêchent les usagers de se procurer du matériel stérile (tableau A18). Les échanges ont aussi permis d'élargir la représentation du concept même d'intervention par les pairs et ce, de manière plus marquée chez les usagers. Il fut question de structure à développer, de formation nécessaire pour réaliser l'intervention, de manière efficace d'intervenir et de rémunération pour effectuer le travail de pairs. L'identification des limites et des obstacles a aussi fait partie intégrante des propos des participants.

Rôle des pairs : de manière générale, les intervenants, sauf les pairs aidants (on se souviendra qu'un groupe de pairs aidants a participé à la consultation à titre d'intervenants), se représentent le pair aidant comme un usager abstinent qui endosse le rôle d'intervenant et assure les services là où l'intervenant communautaire ne peut le faire. « *Des pairs avec des travailleurs de rue, ça permet de pallier au fait que ces derniers ne sont pas là 24/24; Int-03 »* L'image la plus prégnante est celle de l'ex-toxicomane qui, après une période d'abstinence prolongée et soutenue, est embauché à titre d'intervenant communautaire.

Cette perception contraste avec la représentation que se font les usagers des pairs aidants. Même la terminologie diffère : ce sont des pairs et rarement des pairs aidants. La notion d'abstinence n'est pas non plus présente dans le concept de pair chez les usagers, pour eux ce sont des personnes du milieu qui, dans certains cas, jouent déjà ce rôle. Les pairs sont des personnes du milieu qui consomment, mais à qui l'on reconnaît une certaine notoriété

pour assurer le *continuum* de services préventifs dans la communauté et surtout la diffusion des messages (tableau A18). « *Les pairs devraient intervenir auprès des personnes qui s'injectent, pas pour ceux qui veulent cesser leur consommation. La job ne serait pas d'aider à arrêter de consommer. Si la personne veut arrêter, tu la réfères à un travailleur de rue. Vraiment ciblé sur la prévention des maladies et la bonne façon de s'injecter; Usager-08* ». Pour les usagers, les services préventifs dépassent le simple cadre de la distribution de seringues « *C'est entre nous, s'entraider, garder des seringues disponibles; Usager-15* » et de l'information-éducation « *Accompagnement et information, pas faire la morale aux autres ; Usager-03* » et entrent de plein pied dans la relation d'aide « *Possibilité qu'il se pique avec la personne, de montrer [enseigner] aux personnes comment bien se piquer, etc.; Usager-08* », voire la mobilisation des usagers « *C'est le plus important, car ce sont eux qui vont nous amener au lieu d'injection supervisé; Usager-08* ».

Expertise : lorsque les intervenants mentionnent l'expertise des pairs, elle est généralement associée au lien que ces derniers entretiennent avec le milieu. « *Les intervenants ne peuvent se permettre de ne pas miser sur les pairs, car ce sont des personnes qui ont des liens dans le milieu; Int-08* ». Ils sont, d'une certaine manière, le fil conducteur pour amener l'intervention dans les milieux (tableau A18). Pour les usagers, la notion d'expertise s'exprime, d'une part, par la connaissance du milieu, mais aussi par un savoir pratique qui lui permet d'agir dans des contextes particuliers. « *S'il y a quelqu'un qui peut dire où trouver du matériel, c'est un toxico qui vient de consommer la veille; Usager-03* » et « *La personne qui consomme évolue là-dedans et en sait plus que le travailleur de rue; Usager-03* ». L'expertise et la reconnaissance sont intimement associées et comme le soulignent les usagers, ils ont une crédibilité auprès de leurs pairs et les messages passent mieux. Sur cet aspect, les intervenants abondent dans le même sens que les usagers et renforcent l'idée que l'information transmise par les pairs a plus de chances de porter fruit, car ils sont significatifs et plus près des usagers qu'un intervenant diplômé.

Stigmatisation : les questions du jugement et du regard porté sur les consommateurs sont centraux dans le discours des usagers. « *Il y a des gens qui ne veulent pas se présenter à l'OC qui distribue le matériel et ce, même si c'est confidentiel; Usager-15* » ou « *L'intervention par les pairs peut faire que les consommateurs se sentent moins jugés, moins mal à l'aise; Usager-06* ». (tableau A18). Les intervenants vont eux aussi dans le même sens « *Il y a comme une aura de honte. Les gens n'affichent pas ça; Int-08* ».

Structure : il faudra aussi être attentif à la façon dont les usagers se représentent l'organisation de l'intervention par les pairs. Il est question d'encadrement des activités, de règles de fonctionnement et de code d'éthique (tableau A18). Si l'abstinence n'est pas une condition de base, elle demeure de mise pendant les heures de travail. Notons par ailleurs, que les principaux commentaires entourant le développement d'une structure sont venus des usagers de la région de Québec qui sont actuellement dans un processus d'appropriation d'un modèle d'intervention préventive par les pairs¹⁰ qui s'inspire entre autres du mouvement VANDU (Vancouver Area Network of Drug Users; www.vandu.org). Des idées similaires ont été exprimées par le groupe des pairs de la région de Montréal avec une réserve sur la question de l'abstinence. « *Même si la personne consomme encore un peu, c'est dans une*

¹⁰ Le projet a été subventionné par les IRSC pour une période de trois ans (2005-2008).

perspective de réduction des méfaits, il se peut qu'elle soit dans un processus d'arrêt de consommation; P-06 ». Ce qu'il faut retenir, c'est la représentation différenciée que se font les usagers et les intervenants d'un pair aidant. Sur la question du comment faire pour rendre possible de telles interventions, tous s'entendent sur le fait qu'il sera nécessaire que des organisations puissent en soutenir le développement. « *Des personnes de la santé et des services sociaux pourraient supporter l'intervention par les pairs; Int-08* » ou « *Il faut une structure, des règles, une formation et de l'aide, la théorie est importante aussi, pas juste la technique; Usager-03* ».

Formation : la formation et la rémunération sont des questions qui interpellent les usagers, mais pas les intervenants (tableau A18). La demande en formation porte sur des objets précis comme savoir faire des injections sécuritaires, savoir comment prodiguer les premiers secours en cas d'overdose et d'abcès et aussi comment s'opère un programme d'échange de seringues. « *Il faudrait une formation pour pouvoir travailler au PES; Usager-03* ». Quant à la rémunération, c'est le statut social et l'insertion dans l'univers du travail rémunéré qui sont recherchés par les usagers « *Faire une intervention c'est être payé pour le travail que l'on fait. Quand on va chercher des seringues et qu'on en donne à tout le monde, ce n'est pas de l'intervention par les pairs, car on n'est pas payé pour le faire; Usager-03* ». Comme le souligne un usager, il y a peu de toxicomanes qui sont inactifs, car pour soutenir la consommation, il faut qu'ils soient constamment à l'affût des opportunités pour trouver l'argent nécessaire.

Les usagers sont conscients d'un certain nombre d'obstacles à surmonter pour actualiser le travail d'intervention par les pairs, comme celui de surmonter l'envie de consommer pendant les heures de travail, l'utilisation du statut de pair pour des bénéfices personnels ou celui d'accepter des manières de travailler qui seraient imposées par des intervenants dont ils ne reconnaissent pas les compétences.

« Un consommateur qui rencontre un autre consommateur, ça peut donner le goût de consommer; Usager-08 ».

« Il n'y a personne de plus menteur et tricheur qu'une personne qui se pique. Il ne faut pas que les pairs montrent (enseignent) quelque chose pour recevoir en retour. Il ne faut pas qu'après les trois heures d'ouvrage, le pair aille voir les personnes qu'il a aidées pour avoir un quart ou quelque chose. Il faut que le pair donne sans attendre rien en retour; Usager-03 ».

« Ne veut pas se faire dire quoi faire par une personne qui ne connaît pas son milieu; Usager-15 ».

Limites : les limites à cette stratégie d'intervention sont surtout venues des intervenants. Pour les usagers, le seul aspect limitant repose sur le fait d'être consommateur face à d'autres consommateurs (tableau A18), ce qui oblige à une certaine humilité. Pour les intervenants, une des limites vient du fait que cette stratégie demande un investissement d'énergie que ne permet pas l'organisation actuelle du travail « *Le travail entre pairs et la mobilisation demandent de l'énergie, il faut de la collaboration entre tous les OC; Int-03* », d'autant plus que l'intervention par les pairs constitue une activité qui semble se développer

en dehors des structures en place « *Ne développe pas le sentiment d'appartenance à nos organisations; Int-06* ».

Obstacles : contrairement au discours des usagers, teinté d'optimisme malgré les obstacles à surmonter, celui des intervenants y compris le groupe des pairs est beaucoup plus réservé (tableau A18). Les risques de rechute et l'incompatibilité entre intervention et consommation sont au cœur des préoccupations pour plusieurs intervenants. « *L'intervention et la consommation semblent incompatibles; P-06* » ou « *peur de cela, car il y a risque de rechute à côtoyer le milieu; Int-05* ». Comme ce n'est pas une intervention très répandue au Québec, les modèles de référence manquent et l'inconnu suscite beaucoup de craintes. Par ailleurs, comme le souligne un intervenant « *Les clientèles sont toujours exclues de toutes les consultations. On peut se demander si les bailleurs de fonds vont accepter les risques, si les usagers sont davantage impliqués; Int-03* ». Les obstacles ne sont donc pas uniquement associés aux doutes des intervenants, mais aussi aux difficultés à faire financer ces interventions.

Mobilisation des usagers

Les représentations : la question de la mobilisation des usagers a surtout alimenté le discours des intervenants qui estiment que cette stratégie permet d'obtenir plus de visibilité, et donc des services pour les usagers (tableau A19). Bien que les usagers soulignent le fait que les jugements à leur égard compromettent leur désir de revendiquer des droits sur la place publique « *C'est difficile parce que les toxicomanes sont jugés; Usager-03* », ils reconnaissent que la mobilisation débouche sur une prise de conscience de sa propre valeur en tant qu'individu. Ce propos trouve écho du côté des intervenants qui voient la mobilisation comme une stratégie pour favoriser la prise de conscience des droits des usagers. Parmi les représentations que se font les intervenants, il y a celle de la sortie de la consommation qui demeure persistante malgré le fait que la mobilisation se situe dans le champ de la réduction des méfaits. Finalement, une réflexion qui doit être mentionnée est celle d'un usager pour qui « *La mobilisation serait une alternative si les autres moyens ne fonctionnent pas. S'il n'y avait pas de lieu comme le PES, les toxicomanes revendiqueraient et il y aurait un peu d'autogestion. S'il n'y avait pas d'intervenants, de gens payés pour faire de la prévention, ils s'organiseraient entre eux; Usagers-03* ». Il apparaît évident que ce commentaire constitue une amorce de réflexion sur les enjeux de la mobilisation.

Stratégie à développer : pour développer la mobilisation, il faudra, selon les intervenants, laisser de la place aux usagers et reconnaître leur contribution si l'on souhaite leur implication (tableau A19). Les usagers, pour leur part, ne définissent pas la mobilisation en relation avec un organisme, mais plutôt en lien avec un courant d'autogestion qui les situe au cœur de l'action. « *Ce qui est plus important que tout, c'est la mobilisation. C'est par cela qu'on peut arriver à tous les autres moyens; Usager-06* » ou « *Premier pas vers autre chose, d'abord travailler à la mobilisation pour ensuite avoir les pairs aidants puis le travail de milieu et éventuellement le site d'injection supervisé; Usager-06* ». Il y aura certes une réflexion à faire entre les leaders de la communauté et les institutions qui auront comme mandat de soutenir les usagers dans leurs démarches.

Limites : si les usagers ne mentionnent pas de limites à la mobilisation, les intervenants estiment pour leur part que c'est une stratégie qui exige beaucoup de temps et des ajustements (tableau A19). Par exemple, les tensions entre les personnes toxicomanes et les différences dans leur cheminement limitent la possibilité de développer une intervention uniforme et oblige à envisager plusieurs regroupements d'usagers. Certaines caractéristiques comme le mode de consommation, les produits consommés, la culture particulière d'un groupe, ou l'âge peuvent limiter le regroupement des individus au sein d'un même groupe.

Obstacles : les obstacles identifiés dans le discours des intervenants sont de trois ordres : organisationnel, efficience de la stratégie et stigmatisation entourant l'univers de la consommation. Au plan de l'organisation, les intervenants déplorent le manque de temps qu'ils attribuent au fait que les usagers ont des besoins plus pressants. *« Il y a des demandes plus urgentes de la part des usagers que la mobilisation; Int-03 »*. Par ailleurs, ils sont nombreux à se préoccuper de la stigmatisation qui entoure le statut de toxicomane et se sentent interpellés par cette problématique. Le sentiment de devoir s'impliquer pour que cette action se réalise est partagé par des intervenants de toutes les régions. *« À cause de la stigmatisation, il va falloir que ce soit les intervenants qui amorcent la mobilisation, mais savoir aussi quand se retirer; Int-03 »*. Finalement, un obstacle dont il faudra tenir compte concerne le doute quant à l'efficacité d'une telle stratégie d'intervention.

Locaux d'injection supervisés

Contrairement à la mobilisation, les locaux d'injection supervisés (LIS) ont suscité beaucoup de discussion chez les usagers (tableau A20). Pour eux, de tels lieux existent déjà dans la communauté mais l'absence de structure les rend difficiles à gérer. *« C'est difficile de garder le contrôle (dans une piquerie); Usager-15 »* ou *« C'est pas toujours facile à gérer dans les piqueries; Usager-06 »*. Parmi les raisons invoquées pour la mise en place de LIS, les usagers mentionnent la nécessité d'un lieu salubre *« C'est important d'avoir un lieu pour faire l'injection, car ce n'est pas intéressant de se retrouver n'importe où (toilette, etc.); Usager-06 »* à l'abri des regards *« Les sites d'injection supervisés sont intéressants, car ça évite de s'injecter n'importe où, dans les parcs et dans les toilettes; Usager-03 »* et aussi d'un lieu où le matériel d'injection stérile et le soutien pour le maintien de comportements sécuritaires seraient disponibles.

Raisons en faveur des locaux d'injection supervisée : les LIS ont le potentiel de limiter la répression et les inconvénients occasionnés par la présence de matériel d'injection laissé à la traîne dans l'environnement (tableau A20). On reconnaîtra ici le discours et l'argumentaire des acteurs qui font la promotion du développement de ces lieux. Il n'y a pas une parfaite concordance entre les représentations que se font les usagers et les intervenants des LIS, et il faudra s'assurer que la mise en place de tels lieux réponde aux attentes des usagers si nous souhaitons qu'ils les utilisent. Comme l'a signalé un intervenant lorsqu'il était question de la mobilisation des usagers, les attentes des intervenants et celles des usagers ne sont pas nécessairement les mêmes. *« Les intervenants projettent leurs attentes sur les usagers, c'est ce qui nuit à la mobilisation; Int-03 »*.

Obstacles : alors que les intervenants estiment que les LIS constituent une bonne stratégie pour contrer la répression policière, les usagers voient la répression policière comme un obstacle à la fréquentation de ces lieux. *« C'est évident que ce n'est pas tous qui s'y rendraient, il y aurait de la paranoïa par rapport à la surveillance policière; Usager-03 »* (tableau A20). Les usagers sont aussi concernés par les objections de la population *« Les gens ne veulent pas avoir une piquerie dans leur quartier, ils ne veulent même pas d'un centre pour personnes âgées; Usagers-03 »*, par le stigma qui entoure les clientèles marginales *« Possibilité que les gens les voient; Usager-08 »* et par la gêne *« La proximité d'un intervenant est un frein à s'y rendre; Usager-08 »*. La localisation d'un site pose certes des problèmes en raison des populations avoisinantes, mais aussi pour les usagers qui ont à s'y rendre. *« Il y aurait tout de même le problème de la localisation et le fait de devoir se déplacer pour se rendre au site; Usager-08 »*.

Sur la question du profil différencié des consommateurs de cocaïne et d'héroïne, les usagers et les intervenants ont des points de vue similaires *« Il ne faudrait pas mélanger les gens qui consomment de la cocaïne et de l'héroïne. Il n'y a pas de contrôle sur la cocaïne; Usager-08 »* et *« Doute de l'applicabilité pour la coke, dépend de la substance consommée; Int-06 »* (tableau A20). Toutefois, pour les usagers, le désaccord entre les consommateurs, plus que le produit consommé, semble être un obstacle. Lorsque les usagers mentionnent la difficulté à gérer les piqueries, c'est à la tension qui s'installe en cours de consommation à laquelle ils font référence. Un mélange de paranoïa, d'anxiété et d'excitation qui accompagnent la toxicité des produits consommés. Pour minimiser les effets néfastes liés à la consommation, il faut que la quiétude des lieux soit assurée par des personnes non intoxiquées, mais ayant une bonne connaissance des états seconds dans lesquels se trouvent les utilisateurs.

L'identification des usagers préoccupe surtout les répondants recrutés dans les régions semi-urbaines (tableau A20). Le manque d'anonymat écarte la possibilité d'une formule avec local identifié à des populations toxicomanes. *« Pourrait marginaliser davantage les exclus, ceux qui ne cadrent pas; Int-05 »* ou *« Pas de faisabilité dans une petite ville. Un lieu marqué injection a peu de chances d'être fréquenté, ça va être désert. Les gens seront trop identifiés; Int-08 »*.

Objections : au-delà des obstacles soulevés, les intervenants et les usagers ont exprimé des objections à la présence de lieux d'injection supervisés (tableau A20). Pour les usagers, la protection des enfants a été la seule objection soulevée à l'égard de ces lieux, *« Âge minimum pour s'y rendre, car un enfant qui fréquente un lieu comme ça ça brise le cœur; Usager-08 »*. Les intervenants pour leur part ont manifesté des doutes quant à l'efficacité d'une telle mesure, *« Doute que les cocaïnomanes se déplaceraient jusqu'au site avant de s'injecter, intéressant pour les gens plus organisés; Int-06 »* ou *« C'est un service parmi d'autres, pas convaincu de sa nécessité; Int-06 »*. Curieusement, les intervenants de Québec et Montréal, incluant les pairs aidants, estiment que cette stratégie ne reflète pas la réalité *« Montréal n'est peut-être pas le meilleur milieu pour installer un site; Int-06 »* ou *« Ça ne reflète pas la réalité de la région; Int-03 »*. Ce n'est certes pas le point de vue de tous les intervenants, mais il y a lieu de considérer les objections formulées par les intervenants dans la mise en place de cette stratégie. Si les intervenants en région ne mettent pas en doute l'efficacité d'une telle stratégie, c'est possiblement en raison des obstacles trop importants

qui mettent une distance entre le concept de local d'injection supervisé et la réalité. Il faudra garder en mémoire que l'organisation et la gestion de tels lieux apparaissent complexes et l'univers de la consommation difficile à gérer par des non-initiés.

4.3.4. Interventions préventives pour réduire le partage du matériel d'injection

Les principaux facteurs de risque pour le partage du matériel d'injection identifiés dans la littérature québécoise sur les personnes UDI (tableau 7) ont été repris et pré-testés (figure 10) en vue de la consultation auprès des usagers et des intervenants des programmes de prévention du VIH et du VHC. Le matériel, organisé en vignette, a été présenté aux participants aux groupes de discussion. Pour chaque facteur de risque présenté, les participants pouvaient intervenir afin de demander des précisions et jusqu'à un certain point manifester leur scepticisme voire leur désaccord, mais sans étendre la discussion. Les consignes étaient fermes, la discussion avait lieu après la cotation des facteurs de risque tout comme pour les deux blocs précédant sur les interventions et les stratégies d'intervention. Cette section relativement brève servait à introduire la notion de facteurs de risque pour le partage du matériel d'injection sur lesquels il serait important d'agir pour réduire la prévalence de ce comportement chez les personnes UDI.

Avant de distribuer les cartes de cotation, la question suivante était adressée à l'auditoire : si vous aviez à choisir un facteur de risque sur lequel il faut agir en priorité, lequel mettriez-vous au 1^{er} rang, pensez aussi à ceux qui occuperaient les 2^e, 3^e rangs et ainsi de suite jusqu'au 6^e rang? Individuellement, les participants devaient procéder à une première étape d'élimination des facteurs de risque qu'ils décidaient de ne pas retenir. Une fois que chaque participant avait choisi ses six facteurs de risque, il devait ensuite les mettre en ordre d'importance et leur attribuer une cote de 6 à 1 (6 étant le facteur sur lequel il fallait agir en priorité, afin de faire réduire le partage du matériel d'injection). Comme lors des étapes précédentes, les animateurs procédaient à une compilation des résultats du groupe qui étaient ensuite présentés et soumis à la discussion.

Dans l'ensemble du processus, les 15 facteurs de risque proposés ont obtenu des points (tableau 21). Le score total indique l'intérêt porté à cet item dans son ensemble puisque les participants pouvaient le choisir sans nécessairement lui accorder une cote maximale. Les items qui se sont classés dans les premiers rangs étaient retenus dans l'ordre et soumis à la discussion dans chacun des groupes. Par exemple, l'accès difficile au matériel d'injection a obtenu le score maximal, soit 261 et, pour 12 groupes rencontrés, il s'est classé 7 fois au 1^{er} rang, 3 fois au 2^e rang et 1 fois au 5^e rang (données non présentées en tableau). Un groupe d'intervenants ne l'a pas retenu parmi les six premiers items prioritaires. Ainsi, pour les trois premiers items, les usagers et les intervenants ont accordé un pointage supérieur à ces facteurs de risque les classant automatiquement comme les trois principaux facteurs de risque sur lesquels il fallait agir en priorité, afin de diminuer les risques de partager le matériel d'injection.

Les usagers se sont exprimés premièrement sur l'accès au matériel d'injection, deuxièmement sur la fréquentation d'une piquerie, troisièmement sur la fréquence et le nombre d'injection, quatrièmement sur le fait de s'injecter avec des inconnus, cinquièmement sur le fait de réutiliser ses seringues et d'être en couple avec une personne qui s'injecte et

sixièmement sur le fait de s'injecter dans un lieu public. Les items classés dans les rangs de six à dix ont été discutés seulement lorsque le temps le permettait. Les intervenants ont, pour leur part, classé les facteurs de risque différemment des usagers. Pour les trois premiers rangs, premièrement l'accès au matériel d'injection, deuxièmement la fréquentation d'une piquerie, troisièmement la fréquence et le nombre d'injection, la classification ne diffère pas. Par contre, ils ont retenus le fait de vivre dans une région semi-urbaine au quatrième rang et s'injecter avec des inconnus et s'injecter de la cocaïne au cinquième rang et réutiliser ses seringues au sixième rang. Ils ont aussi eut l'occasion de s'exprimer sur les facteurs de risque classés au-delà du sixième rang lorsque le temps le permettait.

Tableau 21 Distribution des scores par item pour l'ensemble des participants et rang moyen selon la catégorie de répondants

Items	Score total de l'item	Rang moyen de 1 à 10		
		Tous	Usagers	Intervenants
1. Accès difficile au matériel	261	1	1	1
2. Fréquentation d'une piquerie	215	2	2	2
3. Fréquence et nombre d'injections	121	3	3	3
4. S'injecter avec des inconnus	70	4	4	5
5. Vivre dans une région semi-urbaine	75	5	9	4
6. S'injecter de la cocaïne	102	6	9	5
7. Réutiliser ses seringues	98	6	5	6
8. S'injecter dans un lieu public	91	6	6	7
9. Être en couple avec une personne qui s'injecte	81	7	5	8
10. Être travailleuse du sexe	61	8	8	--
11. Le dépôt du chèque d'aide social	55	9	7	9
12. L'âge (les jeunes plus à risque)	27	10	10	9 [‡]
13. La polytoxicomanie	50	--	--	--
14. Le sexe (les femmes plus à risque)	17	--	--	--
15. L'incarcération	12	--	--	--

‡ : Les intervenants n'ont pas coté plus haut que le 9^e rang.

Pour les facteurs de risque 4 à 12, ils ont été classés selon le rang moyen déterminé par les participants (de 4 à 10) et non selon le score total obtenu (tableau 21). Les groupes étant de

tailles variables, le score obtenu servait à déterminer le rang des items à discuter en priorité dans chacun des groupes. Les intervenants et les usagers ont fait ressortir l'accès difficile au matériel d'injection stérile, la fréquentation des piqueries et la fréquence et le nombre d'injection aux trois premiers rangs. Dans les faits seulement 3 groupes d'usagers sur 7 ont retenu la fréquence et le nombre d'injection au 3^e rang, alors que chez les intervenants, ce sont 4 groupes sur 5 qui l'ont classé au troisième rang. Au-delà de ces trois premières positions, on remarque une différence dans le classement selon la catégorie de répondants. Les intervenants ont généralement coté les facteurs de risque les plus connus dans la littérature tels que s'injecter avec des inconnus, vivre en région semi-urbaine et s'injecter de la cocaïne. Les usagers, pour leur part, ont identifié des facteurs de risque qu'ils associaient directement à leurs propres comportements comme le fait de s'injecter avec des inconnus (4^e rang), de réutiliser sa propre seringue (5^e rang), de s'injecter en couple (5^e rang) et de s'injecter dans un lieu public (6^e rang).

4.3.4.1. Accès difficile au matériel d'injection

Les usagers comme les intervenants expliquent l'accès difficile au matériel d'injection stérile par la stigmatisation qui entoure le statut d'injecteur (tableau A21, annexe 6). Les intervenants observent que les usagers ont tendance soit à sous-estimer la quantité de seringues dont ils auront besoin, soit à ne pas demander autant de seringues qu'il serait nécessaire compte tenu de leur consommation. Ils attribuent cette attitude à la barrière que constitue l'intervenant par son discours moralisateur ou à une certaine pudeur devant une personne qui est là pour les aider. Pour les usagers, l'accès difficile s'explique par le manque de connaissance des lieux de distribution et par l'urgence de consommer. « *L'accès au matériel n'est pas le seul enjeu. L'urgence de consommer fait que parfois les gens vont utiliser une seringue usagée même si un PES est ouvert et à proximité; Usager-08* ».

Peu importe la région ou la catégorie de répondants, la localisation et l'horaire des sites ont été identifiés comme des limites à l'accès au matériel d'injection stérile (tableau A21). Pour les usagers, le coût du matériel « *Le problème dans les pharmacies est qu'ils n'acceptent pas de donner de seringues sans argent. Il pourrait en donner au moins une; Usager-03* » et le fait que certaines pharmacies refusent de vendre des seringues « *Les intervenants disent d'aller dans les pharmacies lorsque les sites sont fermés, mais ce n'est pas toutes qui acceptent de vendre des seringues; Usager-08* » limitent l'accès.

Pour rendre le matériel plus accessible, il faudra surmonter plusieurs obstacles dont celui de la stigmatisation qui entoure le statut de toxicomane, mentionné à la fois par les usagers et les intervenants de la majorité des régions. « *À l'hôpital, il pose plusieurs questions et en pharmacie, certaines personnes nous connaissent; Usager-08* » et « *Il y a des personnes qui ne sont pas à l'aise d'aller chercher des seringues. C'est une petite ville, à la pharmacie, il y a le risque de rencontrer quelqu'un qu'ils connaissent; Int-08* » (tableau A21). Les usagers sont gênés d'aller chercher des seringues et ils craignent d'être étiquetés s'ils transportent de grandes quantités de matériel sur eux. Ces derniers ne se définissent pas en premier lieu comme un toxicomane, mais d'abord comme un individu membre d'une communauté, d'une famille et, à cet égard, la présence de matériel d'injection sur soi ou dans son environnement trahit une situation réprouvée par l'entourage « *C'est une question sociale. Quand on va*

chez ses parents, on ne veut pas avoir 100 seringues avec soi. Avoir plusieurs seringues identifie à l'usage de drogues par injection; Usager-06 ».

Les attitudes des usagers et des intervenants ont aussi fait partie du discours des répondants (tableau A21). Les usagers estiment qu'ils ont leur part de responsabilité lorsqu'il y a des seringues à la traîne dans l'environnement et que, pour certains d'entre eux, la question du partage du matériel est secondaire en comparaison aux autres problèmes auxquels ils sont confrontés. Par contre, l'attitude des intervenants telle que véhiculée dans le discours des usagers est un frein à l'accessibilité et ce, rarement parce que les intervenants leur refusent des seringues, mais plutôt en raison du jugement qui accompagne la distribution du matériel. *« L'accessibilité doit être comprise en fonction des préjugés. Les seringues sont disponibles, mais les personnes qui les distribuent portent un jugement sur les utilisateurs qui en demandent (dans les hôpitaux et en pharmacie); Usager-08 ».* Ces attitudes ne sont pas exclusives aux régions semi-urbaines. Des usagers des grands centres urbains ont aussi signalé des situations similaires. *« Les pharmacies n'aiment pas que ça paraisse que les gens consomment; Usager-06 ».*

Chez les intervenants, trois idées différentes ont été dégagées sur le thème des attitudes comme obstacles à l'accès, soit la position des intervenants, les attitudes restrictives et la responsabilité des usagers (tableau A21). Sur la position des intervenants, on note que certains d'entre eux se sentent encore tiraillés entre deux rôles, celui de prévenir la toxicomanie et celui de prévenir la transmission des infections, alors que d'autres ne sont tout simplement pas convaincus de l'efficacité de la stratégie de prévention. *« Donner des quantités industrielles de seringues ne change rien, il faut de la sensibilisation avant le matériel; Int-06 ».* Lorsqu'il est question d'attitudes restrictives, il est aussi fréquent d'entendre les intervenants indiquer que les usagers ne prennent pas les quantités dont ils ont besoin, que de souligner le fait que des intervenants réfléchissent encore en termes de quota *« Éducation à faire du côté des quotas. Les usagers doivent savoir qu'ils peuvent prendre le nombre de seringues qu'ils veulent; Int-06 ».* Certains estiment qu'il est plus facile d'acheter de la drogue que de trouver des seringues. Au plan de la responsabilité des usagers, les intervenants sont préoccupés par le fait que malgré la présence de sites d'accès aux seringues, les usagers continuent de partager le matériel d'injection. *« Les usagers se déplacent pour aller acheter la drogue, mais pas pour les seringues. Il y a une part de responsabilité des consommateurs dans l'accès; Int-06 ».* Cette observation trouve écho dans la réponse que fait un pair aidant rencontré dans un autre groupe de discussion *« Il est vrai que les usagers doivent être responsabilisés, mais par contre c'est difficile pour un usager de respecter les heures d'ouverture. Les consommateurs perdent souvent la notion du temps et ça ne veut pas dire qu'ils ne sont pas responsables. Si le site est ouvert 24 h, c'est encore plus facile de responsabiliser les usagers; P-06 ».* Il y a donc un juste équilibre à trouver entre l'opinion des intervenants qui estiment que les usagers doivent faire preuve de plus de sens des responsabilités et celle des usagers qui sont gênés d'aller chercher du matériel ou se sentent jugés par les intervenants.

Les intervenants mentionnent également le fait qu'il y a encore du travail à faire pour surmonter les obstacles d'accès dans les lieux non conventionnels que sont les établissements de détention et les piqueries (tableau A21). Finalement, la question de la répression est omniprésente dans le discours de tous les répondants de Montréal et

Québec. La peur de la police, la crainte d'être pris avec des seringues sur soi, les difficultés rencontrées avec la police, la paranoïa des usagers face à la possible répression et la dispersion des consommateurs à la suite de la répression sont les thèmes abordés par les usagers. Chez les intervenants, la présence policière dans l'environnement des sites d'accès demeure une source de préoccupation.

Les difficultés identifiées par les usagers et les intervenants ne les empêchent pas de proposer des solutions pour améliorer la situation (tableau A21). Les usagers de l'Abitibi-Témiscamingue soutiennent que les pairs peuvent faciliter l'accès au matériel, ce que confirment les pairs de Montréal *« Pour agir sur l'accès difficile au matériel, il faut faire de la distribution du matériel; P-06 »*. Tous les répondants s'entendent sur le fait qu'il faut revoir les horaires et envisager l'ajout de sites différents d'accès aux seringues. Ils estiment aussi qu'il serait souhaitable d'explorer l'avenue de la livraison du matériel et des distributrices.

« Il faudrait qu'ils s'organisent pour que le PES ferme au moment où les pharmacies ouvrent. Il y aurait une continuité dans l'offre de seringues. De 3 à 7 heures du matin, les gens n'ont pas fini de consommer « la poudre »; Usager-03 ».

« Avoir un numéro où tu peux appeler pour qu'une personne, un pair, vienne chercher tes vieilles seringues; Usager-08 ».

« Elle livre des seringues chez les gens. Encourage les usagers à prendre beaucoup de seringues, en fonction des besoins; Int-06 ».

« Ça prendrait des distributrices comme celles à condom qui seraient accessibles 24h/24. Il pourrait y avoir un code d'accès, un code de toxico, disponible dans les ressources pour pas que n'importe qui, les enfants, les personnes avec des problèmes de santé mentale aient accès aux seringues. Le vieux matériel pourrait être déposé à cet endroit également. « Des distributrices dans différents lieux dans la ville. Il faudrait pouvoir en avoir 10 à la fois; Usager-03 ».

« Il faudrait travailler sur les heures d'ouverture, 24 heures, des distributrices; Int-06 ».

« Il évoque la possibilité d'avoir des machines distributrices dans les parcs et les endroits stratégiques; Int-05 ».

« Accès dans les hôpitaux, car il y en a partout, dans tous les quartiers; Usager-06 ».

« Lieux à bas seuil : pas de préjugés ou de peur de l'intervenant et l'accessibilité 7 jours/24 h. Un projet de roulotte pourrait répondre à cela; Int-03 ».

À cela, les usagers ajoutent que les pharmacies distribuent gratuitement des seringues lorsque des seringues usagées sont rapportées. *« Les pharmacies devraient donner des seringues lorsque la personne en rapporte des vieilles; Usager-03 ».*

Au plan des interventions à réaliser, les intervenants sont apparus peu inspirés. Ils considèrent qu'il faut travailler sur les divers aspects de la répression et surtout qu'il convient

de consulter les usagers « *Il faut consulter les personnes UDI, ce sont eux qui savent; Int 06* » Cette observation a du sens dans la mesure où ces derniers ont manifesté un intérêt pour la question et ont proposé beaucoup d'idées (tableau A21). Malgré le fait que l'information ait largement circulé, les usagers estiment que les lieux de distribution du matériel doivent être publicisés davantage, notamment afin de rejoindre les nouveaux injecteurs. Finalement, la stigmatisation représente pour les usagers un enjeu dont il faudra traiter pour réduire le partage du matériel d'injection. « *La population a beaucoup de préjugés envers les drogués. Il faudrait qu'il y ait de la sensibilisation; Usager-03* ».

4.3.4.2. Fréquentation des piqueries

Le second item le plus discuté, tout groupe confondu, fut celui des piqueries (tableau A22). Tous connaissent ces lieux de consommation généralement à l'abri des regards et surtout en marge des activités traditionnelles de prévention. À la question « qu'est-ce qui fait qu'une piquerie est un lieu à haut risque pour le partage du matériel d'injection? » les usagers répondent : le manque de matériel propre et la désorganisation qui y règne, tandis que les intervenants répondent : l'intensité de la consommation, l'urgence de consommer et le grand nombre de consommateurs qui se retrouvent dans ces lieux au même moment. « *Dans une piquerie, lorsque les gens deviennent trop gelés, ils mettent leur stock par terre et peuvent se mélanger; Usager-06* » ou « *Beaucoup de personnes se sont infectées en piquerie. Quand il n'y a plus de seringues, les gens se mettent à fouiller; P-06* ».

Les limites à l'intervention dans les piqueries découlent des caractéristiques mêmes de ces lieux « *Le travail de milieu dans les piqueries n'est pratiquement pas développé, ils n'ont pas accès à ces lieux. Difficile d'intervenir lorsqu'il y a de la vente; Usager-06* », du manque de soutien « *Avoir une « piquerie » et donner du matériel sans l'appui d'aucune « institution », ça devient difficile à gérer; Usager-06* » et de la répression dont elles font l'objet « *Il y a les gangs de rue, il y a les escouades de « cochons » qui ne lâchent pas les piqueries, ce qui fait en sorte que le monde s'éparpille; Usager-03* » (tableau A22). Pour les intervenants, l'accès aux piqueries se conçoit sous un angle différent. Lorsqu'ils mentionnent que ces lieux sont difficiles d'accès, c'est en lien avec les ressources dont ils disposent pour réaliser cette intervention « *Avoir des ressources supplémentaires pour pouvoir accompagner les travailleurs de rue plus souvent; Int-08* ». Ils font aussi référence à l'organisation de leur travail qui ne leur permet pas de réaliser ces interventions « *Manque de temps et de ressource; Int-05* ». Finalement, la réussite d'une intervention en piquerie repose sur l'ouverture et la collaboration des tenanciers.

S'il y a des limites au développement de l'intervention en piquerie, il y a aussi des obstacles qui empêchent d'éviter le partage (tableau A22). Du point de vue des usagers, la capacité de réaliser une injection sécuritaire dépend du type de piquerie et de la disponibilité du matériel stérile. Lorsqu'une piquerie est un point de vente de drogues, il est beaucoup plus difficile de réaliser des interventions efficaces. Aussi, lorsqu'il y a un manque de seringues dans une piquerie, il arrive que les consommateurs se servent dans les bacs de récupération.

Parmi les stratégies d'intervention sur le partage du matériel en piquerie, usagers et intervenants s'entendent sur l'intervention par les pairs comme stratégie efficace (tableau A22). « *Intervention par les pairs, mais accompagnés d'un travailleur de rue. Il*

faudrait peut-être qu'il y en ait encore plus; Usager-03 » ou « C'est sûr qu'une intervention en piquerie, ça serait important qu'il y ait de l'intervention par les pairs; Int-08 ». Alors que les intervenants parlent de responsabiliser les tenanciers de piquerie et de leur confier des mandats de prévention, les usagers mentionnent des situations relativement fréquentes où les tenanciers font preuve de responsabilité et se comportent de manière adéquate en mettant du matériel stérile à la disposition des autres consommateurs. Il y a lieu de croire que la volonté des uns et les espoirs des autres puissent se concrétiser par le développement d'interventions en piquerie, différentes certes de celles qui sont faites dans les PES, mais complémentaires. Toutefois, ces actions demandent de la confiance, du soutien et une mobilisation des usagers vers une action commune, qui est celle de mettre à disposition des seringues stériles et de récupérer de manière adéquate et régulière le matériel souillé, afin d'éviter tout accident.

Dans le discours des intervenants, leurs présence intimide les consommateurs, la répression qui disperse et désorganise les piqueries et le détournement des clientèles des programmes d'échange de seringues lorsque l'intervention est réalisée en piquerie, constituent des limites à considérer dans l'élaboration des interventions en piquerie. *« Les gens qui se rendent en piquerie ne fréquentent plus les PES, car ils se mettent à utiliser des seringues usagées. Si une seringue traîne sur une table, les gens ne vont pas marcher 15 minutes pour aller au PES se chercher une seringue; Int-06 ».*

4.3.4.3. Fréquence et nombre d'injections

La fréquence et le nombre d'injections sont en lien avec l'arrivée du chèque d'aide sociale et l'escalade de la consommation qui s'ensuit. Les usagers tout comme les intervenants interrogés s'entendent pour affirmer qu'il est extrêmement difficile d'intervenir sur ce facteur de risque du partage, d'autant plus qu'elle est liée à la substance consommée, la cocaïne. Du côté des usagers, on pense qu'il faut augmenter la disponibilité du matériel, tandis que les intervenants affirment qu'il faut aider les usagers à mieux gérer leur consommation et à ajuster la quantité de seringues demandées à leurs besoins réels pour consommer.

4.3.4.4. Autres facteurs de risque abordés lors des discussions

Régions semi-urbaines : plusieurs participants des groupes de discussion étaient originaires de régions semi-urbaines, même s'ils habitaient maintenant la ville de Montréal. L'absence de ressources en région et le manque d'information sur les risques sont, selon les usagers, les principales raisons qui expliquent le risque accru de partager en région. En ce qui a trait à l'accès aux seringues en région, la stigmatisation et un mauvais accueil constituent des obstacles pour se procurer des seringues (identifiés tant par les usagers que par les intervenants). Un usager a mentionné qu'il serait bon d'augmenter le nombre de seringues disponibles. Dans le groupe des pairs aidants, l'idée d'avoir des sites de distribution de seringues dont la vocation n'est pas ciblée uniquement sur les usagers de drogues par injection a été évoquée. Une telle précaution limiterait la stigmatisation associée à la fréquentation de ces lieux dans des petites villes où tout le monde se connaît. Il a également été question d'une méconnaissance des ressources chez les jeunes qui déménagent en milieu urbain.

Injection dans un lieu public : la principale préoccupation concernant les personnes qui s'injectent dans des lieux publics est de leur rendre accessible du matériel d'injection stérile. L'utilité des distributrices a été mentionnée par un intervenant, bien que la surveillance policière autour de ces lieux puisse constituer une barrière à son utilisation. Cependant, la concertation avec les citoyens pourraient faciliter l'implantation de tels services. Les usagers ont parlé d'un camion qui distribuerait des seringues et offrirait une gamme de services pour les personnes qui vivent et consomment dans la rue.

Chèque d'aide sociale : l'escalade de consommation associée à l'arrivée du chèque d'aide sociale constitue une situation sur laquelle les intervenants reconnaissent avoir peu d'emprise. La seule intervention proposée par les intervenants interrogés a été d'intensifier le travail de milieu la journée du dépôt du chèque. Les usagers sont quant à eux plus loquaces. D'une part, compte tenu que le chèque arrive par dépôt direct la nuit, moment où les pharmacies et les programmes d'échange de seringues sont fermés, la solution des distributrices de seringues a été suggérée. D'autre part, les usagers ont exprimé le désir d'obtenir de l'aide pour mieux gérer l'argent reçu. Le recours à des fiducies ou à un proche pour administrer l'argent du chèque assureraient l'accès à un loyer, diminuerait la somme d'argent disponible pour la consommation, réduirait la fréquence d'injection et par le fait même, les risques de partage. La fiducie serait un premier pas vers un meilleur contrôle de la consommation et aussi, éviterait que les usagers se retrouvent à la rue.

Finalement, les usagers et les intervenants consultés ont fourni des explications sur certains facteurs de risque du partage, sans que de réelles pistes de solution ne soient envisagées. Par exemple, le risque de partager à la suite d'une incarcération viendrait du fait que les personnes acquièrent une connaissance du milieu de la consommation en prison, mais aussi parce que le nombre restreint de seringues en milieu carcéral développe l'habitude de partager. De la même manière, le partage des seringues dans un couple se justifierait par le degré d'intimité et la confiance qui existent entre les deux partenaires.

5. CONCLUSION

La réalisation d'une revue systématique de la littérature des études réalisées autour de la thématique de l'usage de drogues par injection au Québec et des interventions internationales et québécoises en prévention du VIH et du VHC auprès de cette clientèle a fourni les bases pour une meilleure compréhension du phénomène et pour une réflexion sur les approches préventives à développer. L'information recueillie dans la littérature a été soumise à des analyses transversales, afin d'en dégager des profils de consommateurs, des facteurs de risque pour le VIH et le VHC, des facteurs de risque du partage du matériel d'injection ainsi que des interventions jugées efficaces pour la prévention et la promotion de comportements sécuritaires. Ces données organisées en catégories et structurées autour de thèmes spécifiques ont servi à une consultation provinciale des intervenants en prévention et des usagers des programmes de prévention du VIH et du VHC. Cet exercice aura aussi permis de constituer deux banques de données exhaustives, une pour les études auprès des personnes UDI au Québec, et l'autre pour les interventions internationales et québécoises en prévention du VIH et du VHC auprès de cette clientèle. Ces banques de données pourront être mises à jour régulièrement en vue de poursuivre des activités de surveillance de la situation au Québec. À l'instar d'autres régions du monde, comme la Suisse^[197, 198], l'Australie^[115, 129], voire l'Europe^[118], le Québec pourrait se doter d'un système de surveillance permettant de réagir plus rapidement et de manière plus efficace à l'épidémie de VIH et de VHC chez les personnes faisant usage de drogues par injection. Rappelons d'abord les grandes conclusions qui se dégagent de ce rapport ainsi que les pistes d'action à privilégier pour soutenir les efforts de prévention déjà en cours.

5.1. ÉTUDES AUPRÈS DES PERSONNES UDI

Dans l'ensemble, on note que la production de connaissances autour de la situation de l'usage de drogues par injection au Québec est riche, tant au plan de l'épidémiologie des infections et des comportements à risque pour le VIH et les hépatites qu'au plan des environnements et des situations à risque. Si l'évaluation des programmes d'intervention fournit des données intéressantes sur les environnements des programmes de prévention, la recherche sociale visant spécifiquement la problématique de l'usage de drogues et l'organisation des communautés d'usagers demeure encore timide. Par ailleurs, les données émanant des études quantitatives, incluant les études épidémiologiques, constituent une source importante d'informations utiles pour l'orientation des stratégies de prévention.

La consommation de drogues par injection se caractérise par une préférence pour la consommation de cocaïne avec pratiquement neuf injecteurs sur dix qui en font usage. Toutefois, la situation a évolué au fil des ans et une proportion non négligeable de jeunes injecteurs fait maintenant usage d'héroïne. Il faut aussi souligner qu'une proportion non négligeable d'injecteurs fait usage d'opioïdes tels que la morphine, le Dilaudid™, le Percodan™ ou la méthadone de rue. La combinaison des amphétamines avec la cocaïne est aussi relativement fréquente.

L'âge et le sexe des consommateurs constituent des indicateurs d'intérêt pour l'orientation des activités de prévention. Le ratio homme/femme qui était de trois hommes pour une

femme, au tournant des années 1990, semble évoluer vers un ratio de deux hommes pour une femme dans les études plus récentes. Les études québécoises, à l'exclusion de celles auprès des jeunes de la rue, indiquent une moyenne d'âge voisine de 30 ans avec un vieillissement de la population des personnes UDI dans les études plus récentes. Alors qu'au début des années 1990, les recherches réalisées au Québec semblaient indiquer des populations plus jeunes que celles des études réalisées ailleurs dans le monde, il semble que ce ne soit plus le cas. Des données sur les populations carcérales ainsi que sur des groupes de femmes exposées à la violence et à des activités de prostitution mettent sur la piste d'une grande vulnérabilité des femmes à l'intérieur de la population des personnes UDI.

La prévalence du VIH chez les personnes UDI québécois demeure présentement inférieure à 20 %, mais le VHC atteint près de deux personnes UDI sur trois et demeure préoccupant à la fois pour les injecteurs et les consommateurs qui font usage de pipes et de pailles pour la consommation de la cocaïne principalement. Les principaux facteurs de risque pour le VIH et le VHC identifiés au Québec sont le partage de seringues. L'injection avec des inconnus, la fréquentation des piqueries et l'injection en milieu carcéral sont aussi des facteurs de risque importants. Même si le partage de matériel d'injection est un comportement qui a diminué de manière significative dans le temps, il demeure le principal facteur de risque pour la transmission des infections. Les études montrent aussi que les principaux facteurs de risque pour le partage du matériel d'injection sont variés et touchent différents aspects de la consommation.

5.2. DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE

Rappelons que la distribution du matériel de prévention entourant l'usage de drogues par injection n'a pas fait l'objet d'une revue systématique de la littérature dans le cadre du présent rapport. Plusieurs documents incluant des méta-analyses entourant les programmes d'échange de seringues sont actuellement disponibles^[10, 108, 117, 118, 124] et présentent les conditions de réussite, les effets indésirables et les positions en faveur de cette approche. Globalement, les auteurs et les spécialistes en prévention s'entendent sur le fait que la distribution du matériel d'injection stérile demeure la première intervention à réaliser avec les populations à risque d'infections par l'usage de seringues contaminées. Pour les autres outils de prévention tels que le *sécuricup*, l'ampoule d'eau, la pipe, la paille et le garrot, la littérature demeure peu abondante et peu éclairante pour le moment.

La distribution du matériel stérile a été présentée comme une intervention jugée efficace et elle a été soumise à la consultation lors des groupes de discussion. Dans tous les cas, ce type d'intervention retenait l'attention des usagers et des intervenants qui l'ont classée au premier rang des activités de prévention à réaliser. Les usagers estiment que la situation actuelle à l'égard de l'accès au matériel d'injection est sub-optimale et ne permet pas de limiter adéquatement le partage du matériel d'injection. Les principaux aspects à améliorer touchent la disponibilité du matériel tant en termes de lieux d'accès que d'heures d'ouverture des centres d'accès et la stigmatisation qui empêche les usagers de poser des gestes conséquents avec la réduction des risques liés à l'usage de drogues. Différentes solutions impliquant entre autres, la mobilisation des usagers et le recours à l'intervention par les pairs sont proposées pour remédier à la situation.

Par ailleurs, il persiste un inconfort chez les intervenants impliqués auprès des clientèles à risque quant à la distribution du matériel pour la consommation de drogues. Ces derniers estiment que la distribution du matériel constitue une stratégie pour rejoindre les populations marginales pour ensuite pouvoir intervenir. Même s'ils estiment que c'est la principale activité à réaliser, ils sont mal à l'aise avec l'idée que leur rôle puisse se limiter à la simple distribution du matériel. Les intervenants veulent se convaincre qu'ils posent un geste en conformité avec des objectifs de prévention lorsqu'ils distribuent du matériel d'injection, mais les situations critiques les interpellent constamment. L'impopularité de ces programmes, la présence de seringues dans l'environnement, source de plaintes de la part des citoyens et menace à la survie des programmes, les pressions pour intervenir sur plusieurs plans et offrir une gamme plus large de services sont toutes des conditions qui rendent difficiles le développement de ces programmes.

L'information-éducation est, selon les usagers et les intervenants, intimement liée à la distribution du matériel stérile. Alors que les intervenants ont le sentiment d'avoir tout dit et de ne pas avoir été écoutés, les usagers soutiennent qu'il faut encore plus d'information et d'éducation pour mieux prévenir. Ils observent les limites des messages préventifs et certains estiment que l'information-éducation n'est pas aussi efficace qu'elle ne devrait l'être puisque le partage de matériel d'injection demeure présent. La consultation montre par ailleurs que les usagers peuvent s'approprier les messages et les diffuser dans les milieux. Cependant, pour que les usagers prennent le relais, il faut développer leurs habiletés à transmettre adéquatement les messages.

La revue systématique de la littérature sur les interventions publiées a montré qu'en général, celles en éducation-information qui obtenaient des résultats positifs utilisaient l'intervention par les pairs ou le travail de milieu et offraient du matériel stérile dans les milieux. La collaboration entre les établissements du réseau de la santé et les organismes communautaires semble aussi être un trait marquant des interventions avec résultats positifs. De plus, les interventions en information-éducation présentant une atteinte des objectifs ont été réalisées avec des approches *behaviorales*-cognitives structurées. Au Québec, la majorité des interventions évaluées sont de type intervention-éducation. L'intervention par les pairs et la mobilisation des usagers y sont de plus en plus utilisées, mais la distribution du matériel demeure marginale dans le cadre de ces interventions.

Le dépistage-counselling, peu valorisé, par les intervenants s'est avéré une intervention porteuse de sens pour les usagers. Parmi les interventions de dépistage-counselling avec évaluation publiée, celles qui ont produit des effets positifs ont été réalisées par des intervenants de santé avec des approches *behaviorales*-cognitives ou psychosociales. Cependant, bon nombre de ces interventions développées en partenariat avec le communautaire et impliquant des pairs, ont aussi permis l'atteinte des objectifs. Au Québec, les interventions en dépistage-counselling ont surtout été orientées vers les jeunes et les clientèles carcérales et plusieurs ont permis une atteinte des objectifs. Le développement des SIDEPS dans le cadre de la stratégie de lutte aux ITSS offre l'opportunité de jumeler des approches préventives destinées aux usagers de drogues par injection en vue d'optimiser les retombées de ces unités d'intervention destinées aux clientèles vulnérables.

Les interventions en relation d'aide et thérapie sont celles qui ont donné les meilleurs résultats dans les études internationales. Elles sont majoritairement basées sur des approches théoriques et impliquent des intervenants de santé et des intervenants communautaires. Les projets se déroulent dans des sites fixes et utilisent peu de moyens tels que l'intervention de milieu, l'intervention par les pairs ou la mobilisation. Au Québec, un seul projet correspondant aux critères de ce type d'intervention a été répertorié et présentait des résultats positifs.^[95] De plus, ce projet reposait sur l'intervention de milieu, l'intervention par les pairs et la mobilisation et il bénéficie d'une collaboration entre le milieu universitaire et le milieu communautaire. Il y a certainement une réflexion à faire entourant la place à donner à ce type de projets dans le développement futur des interventions auprès des usagers de drogues par injection.

La substitution : les projets entourant la substitution à l'injection sont peu nombreux à avoir été évalués et n'ont pas vraiment été à la hauteur des attentes. Ils se sont déroulés dans des milieux fermés dans la majorité des cas et n'impliquent pas les usagers, soit par l'intervention par les pairs ou la mobilisation ni même par du travail de milieu. Au Québec, un seul projet visant la substitution^[184], a été évalué et les résultats obtenus étaient moyens. Ce sont aussi les projets pour lesquels les usagers se sont montrés très critiques. La substitution demeure, pour les usagers, une solution de dernier recours pour les cas où aucune autre thérapie n'a eu de résultat. Il conviendra donc d'explorer davantage ce type d'intervention au regard de la prévention du VIH et du VHC et d'envisager comment impliquer les usagers dans le développement des interventions en substitution.

Les stratégies d'intervention ont toutes été jugées d'intérêt pour la prévention des ITSS. Toutefois, l'intervention par les pairs a particulièrement retenu l'attention des usagers qui y voyaient un moyen de s'impliquer dans la prévention et surtout, d'actualiser des actions qui sont déjà reconnues dans leur communauté. La mobilisation des usagers a surtout fait partie du discours des intervenants, mais une meilleure appropriation du concept par les usagers serait nécessaire pour permettre de développer cette stratégie. Les gains en prévention des ITSS auprès des usagers de drogues par injection passent nécessairement par une plus grande implication de ces derniers et la mobilisation constitue une stratégie de toute première importance. Les formules les plus appropriées pour permettre cette mobilisation demeurent à développer. Enfin, les locaux d'injection supervisés du Québec ressembleraient davantage à des lieux d'éducation à la prévention et de soutien aux personnes toxicomanes aux prises avec des problèmes sévères de consommation qui souhaiteraient être accompagnées dans l'adoption de comportements sécuritaires.

5.3. PISTES D'ACTION À PRIORISER

À partir de ces pistes d'action et à travers de nouvelles consultations ciblées avec les clientèles des différents sites en province, il devrait être possible pour les intervenants d'amorcer un dialogue avec des usagers et de les impliquer davantage dans des actions de prévention. Toutefois, comme le signale un intervenant, il faut s'attendre à des remises en question et accepter de recevoir des propositions qui s'écartent des pratiques d'intervention conventionnelle. Dans la mesure où les usagers se prêtent volontiers à la consultation par groupe de discussion et qu'ils en tirent un bénéfice, ces pistes pourraient faire l'objet de groupes de discussion d'usagers dans chacune des régions. Cette activité permettrait une

meilleure compréhension et une appropriation par les usagers de ces facteurs de risque dans l'optique d'identifier des actions à développer en collaboration avec des pairs pour la prévention. Travailler autour de petites idées concrètes pour assurer une plus grande autonomie des usagers dans la prise en charge de la prévention semble une idée partagée par bon nombre de participants aux groupes de discussion.

Les usagers ont été relativement secoués par la prise de conscience de l'épidémie du VHC au sein de leur population. S'il n'était pas approprié de suggérer aux personnes UDI de se faire dépister alors que les traitements et les solutions alternatives à la consommation n'étaient pas disponibles, ce moyen de prévention semble de plus en plus soulever l'intérêt des usagers. Il faudra voir comment traiter cette question en lien avec le développement des SIDEPS et des services destinés aux populations vulnérables.

Les interventions qui obtiennent des résultats positifs sont surtout des interventions avec approches *behaviorales*-cognitives ou psychosociales. Elles sont généralement mises en œuvre par des organismes de santé et font appel à des groupes communautaires pour leur réalisation. Elles bénéficient de l'appui d'unités de recherche pour le développement de l'intervention et impliquent une rémunération pour les participants. Les interventions réalisées au Québec sont principalement orientées sur l'information-éducation. Elles sont initiées majoritairement par des organismes communautaires et réalisées par des intervenants communautaires. Les interventions reçoivent peu de soutien des établissements de santé en termes de développement d'approches basées sur des théories *behaviorales*-cognitives ou psychosociales. Il sera nécessaire de mettre en place des mesures permettant d'associer davantage le réseau communautaire et celui de la santé et les chercheurs universitaires dans le développement d'intervention impliquant des approches structurées et d'en évaluer les effets.

Pour les interventions avec les usagers, les projets mettant en lien des équipes de chercheurs et des intervenants-terrain (transfert d'expertise et de savoir-faire nécessaire) et ceux impliquant la collaboration des pairs (soutenus par les intervenants, rémunérés et avec de la formation pour les usagers-intervenants) devraient être favorisés. Les programmes de prévention dédiés aux usagers de drogues par injection devraient prévoir du financement permettant d'embaucher des usagers de drogues actifs dans le cadre d'interventions par les pairs. Les toxicomanes qui reçoivent des usagers de drogues par injection et des consommateurs de crack dans leur lieu de résidence devraient être recrutés pour de la formation. Finalement, des contrats d'embauche adaptés à la situation particulière des usagers de drogues par injection devraient être développés, afin d'encadrer les usagers qui souhaitent travailler en prévention du VIH et du VHC.

Même s'il y a eu beaucoup de travail de sensibilisation pour la mise en place des centres d'accès aux seringues, il faut continuer de travailler sur la stigmatisation et les représentations que se font les intervenants des personnes UDI (établir des bases de confiance pour impliquer les usagers en prévention, leur confier des responsabilités, les mobiliser). De plus, les intervenants communautaires devraient avoir accès à de la formation pour les habiliter à soutenir les personnes toxicomanes utilisatrices de drogues par injection dans le développement d'habiletés en prévention-promotion de la santé.

Finalement, des efforts soutenus doivent être mis en œuvre, afin de développer une stratégie nationale de prévention des toxicomanies et des infections transmises sexuellement et par le sang comme l'ont fait, entre autres, la Suisse et l'Australie. Il n'est plus souhaitable que les efforts en prévention des toxicomanies et ceux en prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang se fassent en parallèle, alors qu'une stratégie concertée pourrait optimiser les actions des uns et des autres.

RÉFÉRENCES

1. Hankins CA, Gendron S, Bruneau J. (1989). Infection au VIH-1 dans une prison à sécurité intermédiaire pour femmes - Québec. *RHMC*. **15**(33): 168-170.
2. Lamothe F, Bruneau J, Soto J, *et al.* (1988). Prévalence de l'infection à VIH-1 chez les usagers de drogues par injection, Montréal, 1985-1987. *RHMC*. **14**(50): 225-227.
3. Lamothe F, Bruneau J, Soto J, *et al.* (1992). Progression of prevalence of HIV-1 infection among injection drugs users in Montréal, Québec. *RHMC*. **18**(3): 98-101.
4. Lamothe F, Bruneau J, Coates R, *et al.* (1993). Seroprevalence and risk factors for HIV-1 infection in injecting drug users in Montreal and Toronto : a collaborative study. *CMAJ*. **149**(7): 945-951.
5. Hankins CA, Alary M, Parent R, *et al.* (2002). Continuing HIV Transmission Among Injection Drug Users in Eastern Central Canada: The SurvUDI Study, 1995 to 2000. *JAIDS*. **30**(5): 514-521.
6. Roy É, Haley N, Boivin J-F, *et al.* (1998). Injection Drug Use Among Street Youth: A Dynamic Process. *Can J Public Health*. **89**(4): 239-240.
7. Dufour A, Alary M, Poulin C, *et al.* (1996). Prevalence and risk behaviours for HIV infection among inmates of a provincial prison in Quebec City. *Aids*. **10**(9): 1009-15.
8. Fischer B, Rehm J, Brissette S, *et al.* (2005). Illicit Opioid Use in Canada: Comparing Social, Health, and Drug Use Characteristics of Untreated Users in Five Cities (OPICAN Study). *J Urban Health*. **82**(2): 250-66.
9. Noël L, Cloutier R. (2005). Les centres d'accès aux seringues au Québec, un vaste réseau de collaborateurs. *L'intervenant*. **21**(02): 56-59.
10. Wodak A, Cooney A. (2006). Do needle syringe programs reduce HIV infection among injecting drug users: a comprehensive review of the international evidence. *Subst Use Misuse*. **41**(6-7): 777-813.
11. Remis RS. (1998). *Estimating the number of blood transfusion recipients infected by hepatitis C virus in Canada, 1960-85 and 1990-92*. Toronto, Laboratory Centre for Disease Control, Health Canada, 52p.
12. MSSS. (1999). *L'hépatite C. Information à l'intention des médecins*, Ministère de la Santé et des Services sociaux. 40p.
13. Zou S, Zhang J, Tepper M, *et al.* (2001). Enhanced surveillance of acute hepatitis B and C in four health regions in Canada, 1998 and 1999. *Can J Infect Dis*. **12**(6): 357-363.
14. Wiebe J, Single E, Reimer B. (2000). *Profil de l'hépatite C et de l'utilisation de drogues injectables au Canada - Document non publié*. Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada, 41p.
15. Strathdee SA, Patrick DM, Currie SL, *et al.* (1997). Needle exchange is not enough: lessons from the Vancouver injecting drug study. *AIDS*. **11**: f59-f65.
16. Roy É, Haley N, Leclerc P, *et al.* (2001). Risk factors for hepatitis C virus infection among street youths. *Can Med Assoc J*. **165**(5): 557-560.

17. Patrick DM, Tyndall MW, Cornelisse PG, *et al.* (2001). Incidence of hepatitis C virus infection among injection drug users during an outbreak of HIV infection. *CMAJ*. **165**(7): 889-95.
18. Roy É, Alary M, Morissette C. (2004). *Épidémiologie de l'hépatite C chez les participants au réseau SurvUDI*. Montréal, Direction de santé publique de Montréal-Centre, 16p.
19. Carruthers S, Loxley W. (1995). Hepatitis C and young drug users: are they about to join the epidemic? *Aust J Public Health*. **19**(4): 421-4.
20. Crofts N, Jolley D, Kaldor J, *et al.* (1997). Epidemiology of hepatitis C virus infection among injecting drug users in Australia. *J Epidemiol Community Health*. **51**: 692-697.
21. Crofts N, Aitken CK. (1997). Incidence of bloodborne virus infection and risk behaviours in a cohort of injecting drug users in Victoria, 1990-1995. *Med J Aust*. **167**(1): 17-20.
22. Sladden TJ, Hickey AR, Dunn TM, *et al.* (1997). Hepatitis C transmission on the north coast of New South Wales: explaining the unexplained. *Med J Aust*. **166**(6): 290-3.
23. Villano SA, Vlahov D, Nelson KE, *et al.* (1997). Incidence and risk factors for hepatitis C among injection drug users in Baltimore, Maryland. *J Clin Microbiol*. **35**(12): 3274-3277.
24. Fisher DG, Fenaughty AM, Paschane AA, *et al.* (1997). Hepatitis C virus infection among Alaskan drug users. *Am J Public Health*. **87**(10): 1722-4.
25. Garfein RS, Doherty MC, Monterroso ER, *et al.* (1998). Prevalence and incidence of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*. **18**(supplement 1): S11-S19.
26. Hagan H. (1998). Hepatitis C virus transmission dynamics in injection drug users. *Subst Use Misuse*. **33**(5): 1197-1212.
27. Kemp R, Miller J, Lungley S, *et al.* (1998). Injecting behaviours and prevalence of hepatitis B, C and D markers in New Zealand injecting drug user populations. *N Z Med J*. **111**(1060): 50-3.
28. Williams I. (1999). Epidemiology of Hepatitis C in the United States. *Am J Med*. **107**(6B): 2S-9S.
29. Woodfield DG, Harness M, Rix-Trott K. (1993). Hepatitis C virus infections in oral and injectable drug users. *N Z Med J*. **106**(961): 332-4.
30. Zou S, Tepper M, Giulivi A. (2000). Current status of hepatitis C in Canada. *Can J Public Health*. **91 Suppl 1**: S10-5, S10-6.
31. Hagan H, Thiede H, Weiss NS, *et al.* (2001). Sharing of drug injection equipment as a risk factor for hepatitis C. *Am J Public Health*. **91**(1): 42-6.
32. Alary M, Morissette C, Roy É. (2004). *Épidémiologie du VIH et du VHC chez les utilisateurs de drogue par injection, le réseau I-Track-SurvUDI. Rapport de surveillance 1995 - 30 juin 2004*. Québec, Unité de recherche en santé des populations, CHA-CUQ, 42p.
33. Roy É, Haley N, Boivin JF, *et al.* (1997). *Hepatitis B and C among street youth in Montréal*. Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 17p.
34. Alary M, Godin G, Lambert G, *et al.* (2005). *Étude de prévalence du VIH et de l'hépatite C chez les personnes incarcérées au Québec et pistes pour l'intervention*. Québec, Unité de recherche en santé des populations, CHA-CUQ, 93p.

35. Noël L, Antil T, Champagne M. (1998). *Les programmes de prévention de VIH chez les UDI au Québec : une démarche collective d'évaluation*. Québec, Centre de Santé publique de Québec, 104p.
36. Godin G, Alary M, Levy J, et al. (2003). *Bilan analytique des initiatives de prévention primaire des ITS et du VIH - Rapport de recherche*. Québec, Université Laval et UQAM, 75p.
37. Alary M, Godin G, Landry S, et al. (2004). *Bilan analytique des initiatives de promotion de la santé et de prévention des infections transmissibles sexuellement (ITS) et du VIH : Volet prévention secondaire*. Québec, URSP-CHA et Université Laval, 91p.
38. Leonard L, Navarro C, Pelude L, et al. (2001). L'efficacité des stratégies de réduction des méfaits de l'hépatite C chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*. **2753**: 59-62.
39. Lauzon P, Vincelette J, Bruneau J, et al. (1994). Illicit use of methadone among i.v. drug users in Montreal. *J Subst Abuse Treat*. **11**(5): 457-61.
40. Brogly SB, Bruneau J, Vincelette J, et al. (2000). Risk behaviour change and HIV infection among injection drug users in Montreal. *AIDS*. **14**(16): 2575-82.
41. Bruneau J, Lamothe F, Soto J, et al. (2001). Sex-specific determinants of HIV infection among injection drug users in Montreal. *CMAJ*. **164**(6): 767-73.
42. Bélanger D, Alary M, Gogin G, et al. (2002). Factors explaining the intention to use condoms among injecting drug users participating in a needle-exchange program. *J Appl Soc Psychol*. **32**(5): 1047-1063.
43. Noël L, Côté N, Godin G, et al. (2002). Processus de marginalisation et risque pour le VIH chez les utilisateurs de drogues par injection. *Psychotropes*. **8**(2): 7-27.
44. Brogly SB, Bruneau J, Lamothe F, et al. (2002). HIV-positive notification and behavior changes in Montreal injection drug users. *AIDS Educ Prev*. **14**(1): 17-28.
45. Alary M, Hankins CA. (2002). *Épidémiologie des infections par le virus de l'immunodéficience humaine chez les utilisateurs de drogues par injection*. Québec, URSP CHA-CHUQ, 25p.
46. Leri F, Stewart J, Tremblay A, et al. (2004). Heroin and cocaine co-use in a group of injection drug users in Montreal. *J Psychiatry Neurosci*. **29**(1): 40-7.
47. Bruneau J, Brogly SB, Tyndall MW, et al. (2004). Intensity of drug injection as a determinant of sustained injection cessation among chronic drug users: the interface with social factors and service utilization. *Addiction*. **99**(6): 727-37.
48. Roy É, Nonn É, Haley N, et al. (2003). Le « partage » des matériels d'injection chez les jeunes usagers de drogues injectables de Montréal. *Drogues, santé et société*. **2**(1): 19p.
49. Roy É, Haley N, Lemire N, et al. (1999). Hepatitis B virus infection among street youths in Montreal. *Can Med Assoc J*. **161**(6): 689-693.
50. Roy É, Haley N, Leclerc P, et al. (2003). Drug injection among street youths in Montreal: Predictors of initiation. *J Urban Health*. **80**(1): 92-105.
51. Haley N, Roy E, Leclerc P, et al. (2004). HIV risk profile of male street youth involved in survival sex. *Sex Transm Infect*. **80**(6): 526-30.

52. Roy É, Haley N, Leclerc P, et al. (2004). Injection drug use among street youth- Trends over nine years. *Can J Infect Dis.* **12**(Supplement B): 353P.
53. Roy É, Haley N, Leclerc P, et al. (2004). Mortality in a Cohort of Street Youth in Montreal. *JAMA.* **292**(5): 569-574.
54. Hankins CA, Gendron S, Handley MA, et al. (1994). HIV infection among women in prison : An assesement of risk factors using a nominal methodology. *Am J Public Health.* **84**(10): 1637-1639.
55. Damant D, Trottier G, Paré G, et al. (2003). *Femmes, violence, ITS/VIH-sida, rapport de recherche.* Québec, Faculté des sciences sociales, Université Laval, 119p.
56. Bibeau G, Perreault M. (1995). *Dérives montréalaises.* Montréal, Boréal. 240p.
57. Perreault A, Moore D. (1997). *Programme d'échange de seringues UDI/sida Montérégie. Consolidation du programme. Rapport d'activités.* St-Lambert, Direction de santé publique de la Montérégie, 40p.
58. Perreault M, Thivierge E. (1999). *La ville et la toxicomanie : les enjeux de la désintégration des quartiers - Synthèse.* Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 73p.
59. Bastien R, Joseph L, Olazabal I, et al. (2001). *Analyse descriptive de la prévention dans le travail de proximité : la problématique des MTS/VIH et celles connexes. Étude exploratoire : rapport de recherche.* Montréal, RRSSS Montréal-Centre. 82 p.
60. Simard P, Baron M, Caron J, et al. (2002). *Le travail de rue à Rouyn-Noranda : une histoire de collaboration.* Rouyn-Noranda, RRSSS Abitibi-Témiscamingue, 212p.
61. Remis RS, Leclerc P, A.C. V. (1999). *La situation du SIDA et de l'infection au VIH au Québec, 1996.* Ministère de la Santé et des Services sociaux, 93p.
62. Durand L, Lambert G, Leclerc P, et al. (2000). *Services offerts aux UDI dans les pharmacies de Montréal et participation des pharmaciens au projet Stop Sida/UDI- Pharmacies - septembre 1996 - juin 1998.* Montréal, RRSSS Montréal-Centre. 150p.
63. Haley N, Roy E, Leclerc P. (2003). Interventions de prévention efficaces contre le VIH et l'hépatite C chez les jeunes utilisateurs de drogues par injection (UDI). *Drogues, santé et société.* **2**(1): 14.
64. Noël L, Cloutier R, Bradet R, et al. (2005). *Statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention du VIH offert aux utilisateurs de drogues par injection du Québec, avril 2003 à mars 2004.* Québec, Institut nationale de santé publique du Québec, 23p.
65. Hamel D, Cloutier R, Roberge P. (2001). *Perception de la population québécoise en lien avec les programmes de prévention de la toxicomanie et du VIH.* Québec, INSPQ, 129p.
66. Hébert A. (2002). *De la tolérance zéro à l'approche de réduction des méfaits: perceptions de la population d'un quartier de Québec.* Québec, Département d'Anthropologie, Université Laval. 169p.
67. Dubé E. (2006). *Savoirs populaires, moralités séculières et éthique de santé publique: Les savoirs et les valeurs des résidents francophones de Québec sur la réduction des méfaits.* Québec, Département d'anthropologie, Faculté des sciences sociales Université Laval. 361p.

68. Imbleau M. (1996). *Bilan de la recherche UDI eu égard aux connaissances nécessaires à la prévention du VIH/sida, document interne*. Montréal, CQCS, 23p.
69. Wiebe J, Single E. (2000). *Moyens de rejoindre les utilisateurs de drogues injectables*. Ottawa, Santé Canada, 27p.
70. SantéCanada. (2000). *Programme de recherche, de prévention et de soutien pour l'hépatite C : Initiatives de Santé Canada pour l'hépatite C*. s29-s31p.
71. Santé Canada. (2002). *Inventory of HIV Incidence and Prevalence Studies in Canada*. Ottawa, Centre for Infectious Disease Prevention and Control, Population and Public Health Branch, 142p.
72. Roy É, Nonn E, Haley N. (2000). The importance of context in needle sharing practices among street youth who inject drugs. *Can J Inect Dis*. **11**(Supplement B): 54B.
73. Gauthier B. (1993). *Recherche sociale, de la problématique à la collecte des données*. Québec, Presses de l'Université du Québec. 584p.
74. Coates RA, Rankin JG, Lamothe F, et al. (1992). Needle sharing behaviour among injection drug users (IDUs) in treatment in Montreal and Toronto, 1988-1989. *Revue canadienne de santé publique*. **83**(1): 38-41.
75. Currie S, Tyndall M, Lachance N, et al. (2000). Policy meets practice: the impact of monthly welfare payments on drug use and risk behaviours among injection drug users. *Can J Inect Dis*. **11**(Supplement B): 419.
76. Forster MJ, Bruneau J, M.V. Z. (2002). The role of HIV risk behaviors among injecting drug users (IDU). *Can J Inect Dis*. **13**: 331P.
77. Spittal PM, Bruneau J, Craib KJ, et al. (2003). Surviving the sex trade: a comparison of HIV risk behaviours among street-involved women in two Canadian cities who inject drugs. *AIDS Care*. **15**(2): 187-95.
78. Bédard A, Noel L, Bradet R, et al. (2004). Drug Combination Among Untreated Illicit Opiate Users at the Quebec City Site - The opican cohort at baseline. *Can J Inect Dis*. **15**(Supplement A): 350P.
79. Bradet R, Noel L, Fischer B, et al. (2004). Predictors of Health and Social Services Use by Untreated Illicit Opiate Users in Canada - The opican cohort at baseline. *Can J Inect Dis*. **15**(Supplement A): 349P.
80. Fischer B, Brissette S, Brochu S, et al. (2004). Determinants of overdose incidents among illicit opioid users in 5 Canadian cities. *CMAJ*. **171**(3): 235-9.
81. Leri F, Stewart J, Fischer B, et al. (2005). Patterns of opioid and cocaine co-use: a descriptive study in a Canadian sample of untreated opioid-dependent individuals. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. **13**(4): 303-10.
82. Noël L, Fischer B, Tyndall MW, et al. (2006). Health and Social Services Accessed by a Cohort of Canadian Illicit Opioid Users Outside of Treatment. *Canadian Journal of Public Health*. **97**(3): 166-70.
83. Parent R. (1997). *SurvUDI : Les deux premières années de surveillance*. Québec, Centre de santé publique de Québec, 32p.
84. Alary M, Hankins C, Parent R. (2001). *Le réseau SurvUDI*. Québec, URSP-CHA-CHUQ, 27p.

85. Parent R, Alary M, Noël L, *et al.* (2003). High risk level for HIV infection among semi-urban injection drug users recruited in the SurvUDI study. *Can J Infect Dis.* **14**(supp A): 225P.
86. Green T, Hankins CA, Palmer D, *et al.* (2003). Ascertaining the Need for a Supervised Injecting Facility (SIF): The Burden of Public Injecting in Montreal, Canada. *J Drug Issues.* **Summer 2003**: 713-732.
87. Alary M, Morissette C, Roy É. (2003). *Le réseau SurvUDI - Épidémiologie des infections par le virus de l'immunodéficience humaine chez les utilisateurs de drogues par injection - Rapport de surveillance.* Québec, URSP-CHA et Université Laval, 39p.
88. Noël L, Alary M, Bradet R, *et al.* (2003). Risk behaviours among injection drug users (IDU) who hang around shooting gallerie. *Can J Infect Dis.* **14**(Supp A): 215.
89. Green TC, Hankins CA, Palmer D, *et al.* (2004). My Place, Your Place, or a Safer Place; The Intention Among Montréal Injecting Drug Users to Use Supervised Injecting Facilities. *Can J Public Health.* **95**(2): 110-114.
90. Parent R. (2005). La surveillance épidémiologique du VIH chez les UDI : faits saillants des observations du réseau SurvUDI. *L'intervenant.* **21**(2): 8-10.
91. Bélanger D, Alary M, Godin G, *et al.* (Year). *Identification of the Predictors of Sharing Injection Material.* in *The XI International Conference on AIDS.* Vancouver: WEC 3534.
92. Bourgois P, Bruneau J. (2001). Needle exchange, HIV infection, and the politics of science: confronting Canada's cocaine injection epidemic with participant observation. *Medical Anthropology.* **18**: 325-350.
93. Bélanger D, Noël L, Alary M, *et al.* (2000). Drogues, pauvreté et VIH : données en provenance du programme d'échange de seringues Point de Repères, Québec. *Revue canadienne de santé publique.* **91**(3): 176-180.
94. Bélanger D, Godin G, Alary M, *et al.* (2002). Prediction of Needle Sharing Among Injection Drug Users. *J Appl Soc Psychol.* **32**(7): 1361-1379.
95. Godin G, Alary M, Noël L, *et al.* (2006). Prévention du partage du matériel d'injection usagé chez les utilisateurs de drogues injectables: Évaluation d'une intervention dans les piqueries - projet pilote. Rapport de recherche interne, Université Laval et Institut national de santé publique. 6p.
96. Roy É, Haley N, Boivin J-F, *et al.* (1996). *Les jeunes de la rue de Montréal et l'infection au VIH - Étude de prévalence - Rapport final.* Montréal, 37p.
97. Roy É, Haley N, Boivin J-F, *et al.* (2001). *Étude de cohorte sur l'infection au VIH chez les jeunes de la rue de Montréal.* Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. 1-20p.
98. Roy É. (2004). *Des nouvelles de la cohorte des jeunes de la rue - Les ateliers "La prévention en actions":* Québec.
99. Roy É, Haley N, Leclerc P, *et al.* (2004). Needle sharing among young street-based IDUS : Need for targeted prevention strategies. *Canadian Journal of Infectious Diseases.* **15**(supp A): 57A.
100. Roy É, Haley N, Leclerc P, *et al.* (2004). Drug Injection Among Street Adolescents - An Alarming Problem. *Can J Infect Dis.* **12**(Supplement B): 355P.

101. Noël L, Gagnon H. (1993). *Le profil des toxicomanes en milieu urbain et semi-urbain et les comportements à risque pour la transmission du VIH*. Québec, Centre de santé publique de Québec, 40p.
102. Poulin C, Alary M, Bernier F, et al. (1999). Prevalence of Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, and HIV infection among drug users attending an STD/HIV prevention and needle-exchange program in Quebec City, Canada. *Sex Transm Dis*. **26**(7): 410-20.
103. Lévesque P-A, Billette I, Lafleur I, et al. (2001). *Vulnérabilité aux risques et prévention du VIH auprès des UDI du centre-ville de Montréal: évaluation des pratiques d'intervention à CACTUS-Montréal*. Montréal, Université de Sherbrooke, Direction de santé publique de Montréal-Centre, 109p.
104. Guyon L, Brochu S, Parent I, et al. (1999). At-risk behaviors with regard to HIV and addiction among women in prison. *Women Health*. **29**(3): 49-66.
105. Allard P-R, Noël L, Bradet R. (2005). *Évaluation d'un outil d'intervention en milieu carcéral : le jeu de cartes éducatif*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, 35p.
106. Beauchamp S. (2003). Motivation rationnelle de l'usage de drogue injectable et de la prostitution. *Santé mentale au Québec*. **28**(2): 195-210.
107. Damant D, Doitteau N, Trottier C, et al. (2005). *VIH, violence et régulation de la prostitution : une analyse comparative de genre de la prostitution de rue à Québec*. Québec, CRI-VIFF, Université Laval, 23p.
108. Burrows D. (2000). *Starting and Managing Needle and Syringe Programs A guide for Central and Eastern Europe and the newly independent states of the former Soviet Union*. Sydney, International Harm Reduction Development, 116p.
109. Gibson DR, McCusker J, Chesney M. (1998). Effectiveness of psychosocial interventions in preventing HIV risk behaviour in injecting drug users. *AIDS*. **12**(8): 919-929.
110. Alary M, Hankins CA, Parent R, et al. (2002). *Surveillance épidémiologique de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine chez les utilisateurs de drogues par injection*. Québec, URSP et Université Laval, 10p.
111. Nutbeam D. (1996). Improving the fit between research and practice in health promotion: overcoming structural barriers. *Can J Public Health*. **87 Suppl 2**: S18-23.
112. Wodak A. (2006). Lessons from the first international review of the evidence for needle syringe programs: the band still plays on. *Subst Use Misuse*. **41**(6-7): 837-9.
113. WHO. (1998). *Basic principles for effective prevention of HIV infection among injecting drug users*: Copenhagen. 15p.
114. Kamieniecki G, Vicent N, Allsop S, et al. (1998). *Models of intervention and care for psychostimulant users*. National Centre for Education and Training on Addiction, 109p.
115. Lowe D, Cotton R. (1999). *Hepatitis C: a review of Australia's response*. Canberra, Department of Health and Aged Care, 207p.
116. Dowsett GW, Turney L, Woolcock G, et al. (1999). *Hepatitis C Prevention Education for Injecting Drug Users in Australia*. Australian Research Centre in Sex, Health & Society, 133p.

117. Brown Rodgers A. (2000). *A Comprehensive Approach: Preventing Blood-Borne Infections among Injection Drug Users*. Academy for Educational Development, Centers for disease control & prevention division of HIV/AIDS prevention, 42p.
118. Wright NMJ, Millson CE, Tompkins CNE. (2005). *What is the evidence for the effectiveness of interventions to reduce hepatitis C infection and the associated morbidity?* Europe, WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network, 41p.
119. Coyle SL, Needle RH, Normand J. (1998). Outreach-based HIV prevention for injecting drug users: a review of published outcome data. *Public Health Reports*. **113** Suppl 1: 19-30.
120. Broadhead RS, Heckathorn DD, Weakliem DL, *et al.* (1998). Harnessing peer networks as an instrument for AIDS prevention: results from a peer-driven intervention. *Public Health Rep*. **113 Suppl 1**: 42-57.
121. CDC, AIDS community demonstration projects research group. (1999). Community-level HIV intervention in 5 cities: final outcome data from the CDC AIDS community demonstration projects. *Am J Public Health*. **89**(3): 336-345.
122. Des Jarlais DC. (2000). Structural interventions to reduce HIV transmission among injecting drug users. *AIDS*. **14 Suppl 1**: S41-46.
123. Prendergast ML, Urada D, Podus D. (2001). Meta-analysis of HIV risk-reduction interventions within drug abuse treatment programs. *J Consult Clin Psychol*. **69**(3): 389-404.
124. Gibson DR, Fynn NM, Perales D. (2001). Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS*. **15**: 1329-1341.
125. Porche DJ, Swayzer R, 3rd. (2003). HIV prevention: a review of interventions. *J Assoc Nurses AIDS Care*. **14**(1): 79-81.
126. Van Empelen P, Kok G, Van Kesteren NMC, *et al.* (2003). Effective methods to change sex-risk among drug users: a review of psychosocial interventions. *Social Science & Medicine*. **57**: 1593-1608.
127. Friedman SR, Maslow C, Bolyard M, *et al.* (2004). Urging others to be healthy: "invention" by injection drug users as a community prevention goal. *AIDS Educ Prev*. **16**(3): 250-263.
128. Riehm K. (1998). *Confronting AIDS: Evidence from the developing World*: Bruxelles. section 10p.
129. Drumond M. (2002). *Return on Investment in Needle and Syringe Programs in Australia. Report*. Australia, Commonwealth Department of Health and Ageing, 161p.
130. SantéCanada. (2004). *Hépatite C: Programmes d'intervention auprès des jeunes à risque*. Agence de santé publique du Canada, 55p.
131. Jamner MS, Wolitski RJ, Corby NH. (1997). Impact of a longitudinal community HIV intervention targeting injecting drug users' stage of change for condom and bleach use. *Am J Health Promot*. **12**(1): 15-24.
132. Rietmeijer CA, Kane MS, Simons PZ, *et al.* (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.

133. Rosenberg S, Brunette M, Oxman T, *et al.* (2004). The STIRR model of best practices for blood-borne diseases among clients with serious mental illness. *Psychiatr Serv.* **55**(6): 660-4.
134. Gibson DR, Lovelle-Drache J, Young M, *et al.* (1999). Effectiveness of brief counseling in reducing HIV risk behavior in injecting drug users: Final Results of randomized trials of counseling with and without HIV testing. *AIDS Behav.* **3**(1): 3-12.
135. Levy JA, Fox SE. (1998). The outreach-assisted model of partner notification with IDUs. *Public Health Rep.* **113** Suppl 1: 160-9.
136. Sterk CE, Theall KP, Elifson KW, *et al.* (2003). HIV risk reduction among African-American women who inject drugs: A randomized controlled trial. *AIDS Behav.* **7**(1): 73-86.
137. Robles RR, Reyes JC, Colon HM, *et al.* (2004). Effects of combined counseling and case management to reduce HIV risk behaviors among Hispanic drug injectors in Puerto Rico: a randomized controlled study. *J Subst Abuse Treat.* **27**(2): 145-52.
138. Avants SK, Margolin A, Usubiaga MH, *et al.* (2004). Targeting HIV-related outcomes with intravenous drug users maintained on methadone: a randomized clinical trial of a harm reduction group therapy. *J Subst Abuse Treat.* **26**(2): 67-78.
139. Latkin CA, Sherman S, Knowlton A. (2003). HIV Prevention among drug users: Outcome of a network-oriented peer outreach intervention. *Health Psychol.* **22**(4): 332-339.
140. Siegal HA, Russel SF, Carlson RG, *et al.* (1995). Reducing HIV needle risk behaviors among injection-drug users in the midwest: an evaluation of the efficacy of standard and enhanced intervention. *AIDS Educ Prev.* **7**(4): 308-319.
141. Gleghorn A, Clements KD, Marx R, *et al.* (1997). The impact of intensive outreach on HIV prevention activities of homeless, runaway, and street youth in San Francisco: the Aidsvaluation of street outreach project (AESOP). *AIDS Behav.* **1**(4): 261-271.
142. Sears C, Guydish JR, Weltzien EK, *et al.* (2001). Investigation of a secondary syringe exchange program for homeless young adult injection drug users in San Francisco, California, U.S.A. *J Acquir Immune Defic Syndr.* **27**(2): 193-201.
143. Weiker RL, Edgington R, Kipke MD. (1999). A collaborative evaluation of a needle exchange program for youth. *Health Educ Behav.* **26**(2): 213-224.
144. Stringari-Murray S, Clayton A, Chang J. (2003). A model for integrating hepatitis C services into an HIV/AIDS program. *J Assoc Nurses AIDS Care.* **14**(5 Suppl): 95S-107S.
145. Kwiatkowski CF, Fortuin Corsi K, Booth RE. (2002). The association between knowledge of hepatitis C virus status and risk behaviors in injection drug users. *Addiction.* **97**(10): 1289-94.
146. Ompad DC, Fuller CM, Vlahov D, *et al.* (2002). Lack of behavior change after disclosure of hepatitis C virus infection among young injection drug users in Baltimore, Maryland. *Clin Infect Dis.* **35**(7): 783-8.
147. Thiede H, Hagan H, Murrill CS. (2000). Methadone treatment and HIV and hepatitis B and C risk reduction among injectors in the Seattle area. *J Urban Health.* **77**(3): 331-45.
148. Kotranski L, Semaan S, Collier K, *et al.* (1998). Effectiveness of an HIV risk reduction counseling intervention for out-of-treatment drug users. *AIDS Educ Prev.* **10**(1): 19-33.

149. Booth RE, Kwiatkowski CF, Stephens RC. (1998). Effectiveness of HIV/AIDS interventions on drug use and needle risk behaviors for out-of-treatment injection drug users. *Journal of Psychoactive Drugs*. **30**(3): 269-278.
150. Latkin CA, Hua W, Davey MA. (2004). Factors associated with peer HIV prevention outreach in drug-using communities. *AIDS Educ Prev*. **16**(6): 499-508.
151. O'Neill K, Baker A, Cooke M, et al. (1996). Evaluation of a cognitive-behavioural intervention for pregnant injecting drug users at risk of HIV infection. *Addiction*. **91**(8): 1115-25.
152. Aitken CK, Kerger M, Crofts N. (2002). Peer-delivered hepatitis C testing and counselling: a means of improving the health of injecting drug users. *Drug Alcohol Rev*. **21**(1): 33-7.
153. Tucker T, Fry CL, Lintzeris N, et al. (2004). Randomized controlled trial of a brief behavioural intervention for reducing hepatitis C virus risk practices among injecting drug users. *Addiction*. **99**(9): 1157-66.
154. Dolan K, Clement N, Rouen D, et al. (2004). Can drug injectors be encouraged to adopt non-injecting routes of administration (NIROA) for drugs? *Drug Alcohol Rev*. **23**: 281-286.
155. Shewan D, Reid M, Macpherson S, et al. (2001). Injecting risk behaviour among recently released prisoners in Edinburgh: the impact of in-prison and community drug treatment services. *Legal and Criminological Psychology*. **6**: 19-28.
156. Skipper C, Guy JM, Parkes J, et al. (2003). Evaluation of a prison outreach clinic for the diagnosis and prevention of hepatitis C: implications for the national strategy. *Gut*. **52**(10): 1500-4.
157. Ingrand I, Verneau A, Silvain C, et al. (2004). Prevention of viral hepatitis C: assessment of a comic strip-based information campaign targeting adolescents. *Eur J Public Health*. **14**(2): 147-50.
158. Hernandez-Aguado I, Ramos-Rincon JM, Avinio MJ, et al. (2001). Measures to reduce HIV infection have not been successful to reduce the prevalence of HCV in intravenous drug users. *Eur J Epidemiol*. **17**(6): 539-44.
159. Wood E, Kerr T, Spittal PM, et al. (2003). An external evaluation of a peer-run "unsanctioned" syringe exchange program. *J Urban Health*. **80**(3): 455-64.
160. Kerr T, Oleson M, Wood E. (2004). Activisme pour la réduction des méfaits : étude de cas d'un lieu sécuritaire pour l'injection non autorisé, dirigé par des utilisateurs. *Revue canadienne VIH/SIDA et Droit*. **9**(2): 14-20.
161. Wood E, Kerr T, Small W, et al. (2004). Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. *CMAJ*. **171**(7): 731-4.
162. Dagmar H. (2004). *European report on drug consumption rooms*. Luxembourg, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 96p.
163. Fishbein M, Ajzen I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior*. Ontario, Canada, Addison-Wesley.
164. Ajzen I. (1991). The theory of planned behavior. *Organ Behav Human Decis Process*. **50**: 179-211.

165. Erickson PG, Cheung YW. (1999). Harm reduction among cocaine users: reflections on individual intervention and community social capital. *Int J Drug Policy*. **10**: 235-246.
166. Bruneau J, Lamothe F, Franco E, et al. (1997). High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: results of a cohort study. *Am J Epidemiol*. **146**(12): 994-1010.
167. Haley N, Roy E, Bélanger L, et al. (1998). A Hepatitis B vaccination outreach project for street youth in Montreal. *Can J Hum Sex*. **7**(4): 331-338.
168. Côté F, Godin G, Alary M, et al. (2006). Preventing HIV transmission among marginalized injection drug users: New insights from a Québec City based research. *The International Journal of Drug Policy*. **17**: 411-417.
169. Bourbeau C, Roos J-F, Pinet T. (2002). "Les grand coeurs d'artichauts" - Filière C - Rapport final du projet de prévention de soutien pour l'hépatite C. Sherbrooke, Coalition sherbrookoise pour le travail de rue, 47p.
170. Bujold M-Y. (2001). *Prévention du VIH/sida auprès des UDI et des autres toxicomanes en traitement (1999-2002)*. Montréal, Centre Option-Prévention T.V.D.S., 59p.
171. MSSS. (2004). *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement. Orientations 2003-2009*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 56p.
172. de la Boissière L, Gauthier M, Brisson M, et al. (1997). *Projet-pilote d'intervention dans les bars érotiques du Saguenay-Lac-Saint-Jean pour freiner la transmission du VIH, du VHB et des autres MTS*. Roberval, Direction de santé publique du Saguenay-Lac-St-Jean, 14p.
173. Martin G. (1996). *Vaccination de la clientèle de Point de Repères contre le virus de l'Hépatite B (22 mars 1995 au 27 mars 1996)*. Québec, Centre de santé publique de Québec, 12p.
174. Gagnon H, Scrosati P. (1997). *Intervention préventive auprès de jeunes hommes toxicomanes et prostitués ne s'identifiant pas comme homosexuels en regard du sida et des autres MTS - Rapport final d'activités*. Québec, Point de Repères, 14p.
175. Beauchemin J, Labadie J-F. (1997). *Évaluation de l'utilité et de l'accessibilité des services de counselling et de dépistage du VIH en milieu carcéral*. Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 97p.
176. Noël L, Bouchard L-M. (1998). *Prévention des maladies transmissibles sexuellement et par le sang en milieu carcéral*. Québec, Centre de santé publique de Québec, 136p.
177. Le Refuge La Piaule de Drummondville. (1999). *Les projets d'intervention terrain pour la prévention du sida et des autres MTS 1997-98 - Rapport d'activités*. Drummondville, Le Refuge La Piaule du Centre du Québec inc., 11p.
178. Morin C. (2000). *Rapport annuel 2000-2001. IRIS Estrie*. Sherbrooke, IRIS Estrie, 60p.
179. Dumont M, Pinet T. (2000). *Projet Réseau Toxico Santé - Rapport d'activités*. Sherbrooke, Centre régional de prévention et de dépistage anonyme du VIH, 10p.
180. Fortier J, Plante C, Bellot C, et al. (2001). *L'intervention par les pairs auprès des jeunes de la rue du centre-ville*. Montréal, RRSSS de Montréal-Centre, 91p.
181. Neault H. (2002). *Programme de prévention continuum du VIH*. Trois-Rivières, SIDACTION, 57p.

182. Scrosati P. (2002). *Consolidation de l'intervention de milieu auprès des UDI de Québec, dans le cadre du programme de Point de Repères*. Québec, Point de Repères, 9p.
183. Émond S. (2002). *Évaluation du Regroupement UDI (avril 2001 à mars 2002)*. Montréal, Spectre de rue, 57p.
184. Ferrari B. (2003). *DIANOVA - Rapport d'activités 2003*. Canada, DIANOVA, 14p.
185. Archambault J, Pinet T, Dumont M, et al. (2001). *Évaluation de l'efficacité d'un projet de prévention du VIH et des autres MTSS en milieu carcéral (projet S.A.P.)*. Sherbrooke, Université de Sherbrooke, 175p.
186. Risler I. (2001). *Sang-C*. Montréal, Spectre de rue, 21p.
187. Levesque J. (2001). *Évaluation du projet « le VHC en milieu carcéral »*. Outaouais, Bureau régional d'action SIDA, 15p.
188. Bujold M-Y. (2002). *Prévention des hépatites auprès des UDI, des ex-détenus et des détenus*. Montréal, Centre Option-Prévention T.V.D.S., 51p.
189. Bujold M-Y. (2003). *Édition Spéciale Santé du magazine ConStellation*. Montréal, Stella, 7p.
190. Bujold M-Y. (2003). *Le travail de rue, la prévention et le soutien communautaire dans le Sud-Ouest de Montréal*. Montréal, TRAC, 8p.
191. Jalbert Y. (2003). *Évaluation du projet : Un pas vers la santé*. Montréal, Spectre de rue, 22p.
192. Gagnon C. (2004). *Rapport d'évaluation du projet Comprendre et Agir ensemble sur le VHC*. Outaouais, Centre d'intervention et de prévention en toxicomanie de l'Outaouais (CIPTO), 35p.
193. Blouin F, Deshaies L. (2004). *Bilan d'une expérience de collaboration*. in 10e colloque provinciale en maladies infectieuses.
194. Bujold M-Y. (2004). *Prévenir l'infection par le VHC auprès des travailleuses du sexe*. Montréal, Stella, 8p.
195. Janelle F, Clément P, Guay M. (2003). *Interventions préventives auprès des clientèles vulnérables*. Longueuil, Direction de santé publique, RRSSS Montérégie, 70p.
196. Aral SO, Peterman TA. (1998). Do we know the effectiveness of behavioural interventions? *Sex Transm Dis*. **351**: sm33-sm36.
197. Emmanuelli J. (1999). *Caractéristiques et efficacité des programmes d'échanges de seringues à travers le monde: état des lieux et mise en perspective*. Veille, France, Institut de Veille Sanitaire, 22p.
198. Emmanuelli J. (2000). *Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques SIAMOIS (Description, analyse et mise en perspective des données de ventes officinales de seringues et de produits de substitution en France de 1996 à 1999)*. Saint-Maurice, France, Institut de veille sanitaire, 56p.

ANNEXE 1

TABLEAUX SYNTHÈSES DES ÉTUDES QUÉBÉCOISES AUPRÈS DES UTILISATEURS DE DROGUES PAR INJECTION

Tableau A1 *Portrait synthèse de la consommation de drogues, du partage du matériel et des infections chez les personnes UDI à partir des données recensées dans les études de cohorte réalisées au Québec entre 1988 et 2002¹¹ auprès de personnes UDI*

Année de recrutement	Type de drogues consommées	Partage	Prévalence du VIH et des Hépatites
1988-89	<u>Cocaïne</u> 65,6 % principale drogue injectée à Montréal 97,2 % durant les 6 mois précédant l'entrée en traitement ^[74]	<u>Matériel 6 derniers mois</u> ± 75 % des répondants <u>Raisons pour avoir partagé</u> Pas d'équipement disponible et difficulté à obtenir des seringues propres ^[74]	
1988-1990			<u>Prévalence du VIH</u> 8,2 % Montréal ^[4]
1989-1990	<u>Droque de choix</u> 70 % cocaïne / injecteurs 22 % héroïne / injecteurs 50 % usage de cocaïne sans opiacés ^[39]		
1992-1999	<u>Injection de cocaïne</u> 61 % dernier mois ^[40] 17 % avant le chèque d'aide sociale / 30 % après ^[75] <u>Injection d'héroïne</u> 30 % dernier mois ^[40] 5 % avant le chèque d'aide sociale / 7 % après ^[75]	97 % rapportent avoir déjà changé leurs pratiques par peur du sida ^[40] <u>Seringues</u> Avant chèque: 3 %, Après chèque : 6 % ^[75]	
1988-1998	<u>Injection d'héroïne</u> 39 % femmes / 19 % hommes 9,8 ans d'injection en moyenne ^[41]	<u>Seringues 6 derniers mois</u> 72 % des hommes ^[41]	<u>Prévalence du VIH</u> 11,1 % des participants 12 % hommes / 7,5 % femmes 27,6 % se savent VIH + [41]
1999-2000	<u>Injection 6 derniers mois</u> Cocaïne – 71 % travailleuses du sexe vs 43 % non TS ^[77] Héroïne – 38 % travailleuses du sexe vs 16 % non TS ^[77]	<u>Matériel</u> 73 % de celles déjà incarcérées 52 % de celles jamais incarcérées ^[76] Emprunt de seringues 6 derniers mois 35 % travailleuses du sexe vs 24 % non TS ^[77]	<u>Prévalence du VIH</u> 29 % travailleuses du sexe 29 % non TS ^[77]

¹¹ Les résultats de plusieurs études amorcées avant 1990 ont été publiés après 1990

Année de recrutement	Type de drogues consommées	Partage	Prévalence du VIH et des Hépatites
1999-2001	<u>Combinaison opiacés et autres drogues</u>	<u>Seringues</u>	<u>Prévalence du VIH</u>
2002	65,2 % avec cocaïne ^[78]	22 % Montréal / 16 % Québec ^[8]	13 % Montréal / 12 % Québec ^[8]
	<u>Injection dernier mois</u>	<u>Matériel</u>	<u>Prévalence du VHC</u>
	75 % cocaïne - 17,8 % cocaïne et héroïne - 7 % héroïne seule	31 % Montréal / Québec 25 % ^[8]	46,9 % Opiacés seuls
	14,2 ans d'injection en moyenne ^[46]	23 % chez ceux qui combinent ^[78]	69,6 % combinaison de drogues ^[78]
	88,4 % de ceux qui combinent ^[78]		
	89,5 % Montréal / 91,7 % Québec ^[8]		
2002	<u>Drogues consommée 6 derniers mois</u>	<u>Seringues 6 derniers mois</u>	<u>Prévalence du VIH</u>
	<u>Montréal</u>	22 % Montréal ^[8]	12,9 % Montréal
	Héroïne 89,8 %	15,6 % ville de Québec	11,8 % ville de Québec ^[8]
	Cocaïne 68,8 % ^[8]		
	<u>Québec</u>	<u>Matériel 6 derniers mois</u>	
	Héroïne 36,8 %	31,3 % Montréal	
	Cocaïne 79,3 % ^[8]	24,7 % ville de Québec ^[8]	
	<u>Injection 30 derniers jours</u>		
	89,5 % Montréal		
	91,7 % ville de Québec ^[8]		
	<u>Combinaison de drogues</u>		
	64,1 % Montréal		
	60,5 % ville de Québec ^[8]		

Tableau A2 *Portrait synthèse de la consommation de drogues, chez les personnes UDI, selon les données recueillies dans les études auprès des personnes UDI réalisées au Québec entre 1995 et 2003*

Année de recrutement	Type de drogues	Fréquence d'injection / durée de l'injection
1995	<u>Injection 6 derniers mois</u> 92 % cocaïne ^[93] <u>Cocaïne drogue la plus souvent injectée 6 derniers mois</u> 78 % Injecteur depuis ≤ de 2 ans 90 % Injecteur depuis > de 2 ans ^[93]	<u>Âge moyen à la 1^{re} injection</u> 20,5 ans - Injecteurs ≤ de 2 ans 23,2 ans - Injecteurs > de 2 ans ^[93] <u>Durée de l'injection</u> 5,3 ans - Injecteurs ≤ de 2 ans 8,9 ans - Injecteurs > de 2 ans ^[93]
1995-1997	<u>Injection 6 derniers mois</u> 88 % cocaïne 35 % héroïne ^[83]	<u>Fréquence d'injection</u> 64,8 % - 1 fois par semaine et plus ^[83] <u>Âge médian à la 1^{re} injection</u> 25 ans ^[83]
1997-1998	<u>Injection 6 derniers mois</u> 97 % cocaïne ^[42] 92 % cocaïne ^[94] <u>Droque la plus souvent injectée 6 derniers mois</u> 82 % cocaïne ^[94]	<u>Fréquence d'injection 6 derniers mois</u> 31 % au moins 3 fois par semaine ^[42] 318 injections en moyenne ^[94] <u>Durée de l'injection</u> 8 ans / moyenne ^[94]
1995-2003	<u>Injection 6 derniers mois</u> ≤ à 24 ans - 77 % cocaïne et 60 % héroïne ^[84] > 24 ans – 93 % cocaïne et 28 % héroïne ^[84] <u>Droque la plus souvent injectée 6 derniers mois</u> 74 % cocaïne ^{[84] [87]} semi-urbain: 82,5 % cocaïne urbain 73,7 % ^[85] 75 % cocaïne injectée ^[90] 18 % héroïne injectée ^[87, 90]	<u>Durée moyenne de l'injection</u> 9,5 ans tous 56 % plus de 6 ans ^[5] 7,5 ans femmes 10,4 ans hommes ^[45] 10,1 ans – semi-urbain ^[85] <u>Fréquence d'injection 6 derniers mois</u> 61 % au moins 1 fois par semaine ^[45, 87]
1999-2000	<u>Consommation 6 derniers mois (UDI en piquerie)</u> 90 % injection de cocaïne 60 % fumé du crack ^[88]	
2001-2002	<u>Injection 4 derniers mois (UDI en piquerie)</u> 84 % cocaïne 28 % Dilaudid TM ^[168]	

Tableau A3 *Portrait synthèse du partage du matériel et des infections chez les personnes UDI, selon les données recueillies dans les études auprès des personnes UDI réalisées au Québec entre 1995 et 2003*

Année de recrutement	Partage du matériel d'injection	Partage : situation, événements et lieux	VIH et hépatites Autres
1995-1996		Augmente le risque de partager La polytoxicomanie Ceux qui utilisent la même seringue plus d'une fois Ceux qui ont déjà habité dans une piquerie ^[91]	Prévalence du VIH 3,9 % - Injecteurs ≤ de 2 ans 22,5 % - Injecteurs > de 2 ans ^[93]
1995-1997	Partage 6 derniers mois 41 % seringues 46 % matériel ^[83]	Augmente le risque de VIH S'injecter depuis 6 ans et plus Partager des seringues S'injecter avec des seringues d'inconnus S'injecter de la cocaïne ^[83]	Prévalence du VIH 13,6 % réseau 17,3 % Montréal 9 % Québec ^[83]
1997-1998	Partage 6 derniers mois 56 % seringues au moins 1 fois ^[42] 64,1 % seringues au moins 1 fois ^[94]		73 % déjà passé un test de dépistage ^[94]
1995-2003	Partage de seringues 6 derniers mois 2000 – 38 % au moins 1 fois ^[5] 2001 – 37 % urbain / 45 % semi-urbain ^[45] 2002 – 36 % urbain / 44 % semi-urbain ^[85]		Prévalence du VIH 2000 – 14,3 % Tous 15,4 % hommes / 11,9 % femmes ^[84] 20,1 % urbain / 4,7 % semi-urbain ^[5] 2001 – 14,7 % Tous 17 % Montréal ^[45, 90] Incidence du VIH 4,8 par 100 pa – réseau ^[5] Prévalence du VHC 60,4 % Tous ^[18]
1999-2000	Partage de seringues 6 derniers mois 54 % de ceux qui vont en piquerie 30 % de ceux qui ne vont pas en piquerie ^[88] Partage de matériel 6 derniers mois 67 % de ceux qui vont en piquerie 43 % de ceux qui ne vont pas en piquerie ^[88]	Les piqueries sont des lieux de comportements à risque élevé ^[88]	Prévalence du VIH 20,3 % de ceux qui vont en piquerie 12,6 % de ceux qui ne vont pas en piquerie ^[88]
2002	Partage 4 derniers mois 31 % emprunt ^[168] À vie : 67 % au moins 1 fois ^[168]		Prévalence du VIH 22 % Tous 89 % déjà passé un test de dépistage ^[168]

Tableau A4 *Portrait de la consommation de drogues des répondants dans les études québécoises auprès des jeunes de la rue entre 1995 et 2004*

Année de recrutement	Type de drogues	Injection	Fréquence d'injection / durée de l'injection	Autres points d'intérêt
1995	<u>Dernier mois</u> 32 % cocaïne 18 % crack 16 % héroïne ^[96]	<u>À vie</u> : 36,1 % <u>Dernier mois</u> 23 % ^[6, 96] <u>6 derniers mois</u> Cocaïne 74 % UDI récents / 37 % UDI stables Héroïne 53 % UDI récents / 57 % UDI stables ^[6]	<u>Âge moyen, à la 1^{re} injection</u> 16 ans filles / 17,3 ans gars ^[96]	Taux d'incidence du passage à l'injection 12,3 par 100 p.a. ^[6]
1995-1996	<u>À vie</u> 76,7 % cocaïne 53 % crack ^[33, 97]	46 % se sont injectés ^[16, 33, 49]	<u>Dernier mois</u> 22 % injection > 2 fois sem. ^[33] 27 % injecteurs réguliers 22 % injecteurs occ. ^[49]	Âge moyen 16,8 ans (Étendue 10 - 24 ans) ^[33, 49]
1995-2000	<u>À vie</u> 86 % hallucinogène / 58 % coke-crack / 32 % amphétamine / 14 % Héroïne <u>Dernier mois</u> 71 % hallucinogène 31 % coke-crack 8 % héroïne 8 % amphétamine ^[100]	<u>À vie</u> 47 % Tous (46 % filles; 48 % gars) ^[97] <u>6 derniers mois</u> 41 % cocaïne 54 % héroïne ^[97]	Récents injecteurs 41,6 % dernier questionnaire	Incidence du passage à l'injection 7,8 par 100 personnes-années (PA) ^[97] <u>Première drogue injectée</u> 45,4 % héroïne 42,4 % cocaïne 9,1 % PCP Incidence du passage à l'injection 23,6 par 100 personnes-années (PA) ^[100]
2001 2001-2003		31 % sont UDI ^[99]		Usage de plusieurs drogues associé au sexe de survie - injection associée au sexe de survie ^[51]
1995-2004	<u>6 derniers mois</u> 66 % hallucinogène 62 % coke-crack 39 % amphétamine / 27 % héroïne ^[98]	<u>À vie</u> 87 % cocaïne / 73 % héroïne 38 % héroïne et crack ^[98]	29 % injecteur régulier <u>à vie</u> 12 % une seule injection ^[98]	

Tableau A5 Les infections au VIH, au VHB et au VHC et le partage du matériel d'injection dans les études québécoises auprès des jeunes de la rue entre 1995 et 2004

Année de recrutement	Partage du matériel d'injection	Partage : situations, événements et lieux	VIH et hépatites
1995	<u>Seringues</u> 58 % à vie / 54 % 6 derniers mois ^[96] 58 % récents injecteurs ^[6] 42 % ont déjà prêté une seringue souillée ^[6] <u>Matériel</u> 67 % à vie ^[96]	55 % avec un partenaire sexuel 62 % avec un ami 15 % avec un inconnu ^[96]	<u>Prévalence du VIH</u> 1,85 % Tous / 3,92 % UDI / 4,92 % HRSH ^[96]
1995-1996	<u>Seringues</u> 51,8 % au moins 1 fois ^[33, 49] <u>Matériel</u> 38,2 % filtre, 56,8 % cuillère, 42,2 % eau ou autres substances de nettoyage ^[33, 49]		<u>Prévalence hépatite B</u> 9,2 % Tous UDI 16,2 % ^[33] <u>Prévalence hépatite C</u> 12,6 % Tous ^[16]
1996-1997	Le partage est lié à des facteurs individuels et sociaux Le matériel d'injection autre que la seringue est largement partagé ^[48]	La disponibilité des seringues diminue les risques ^[48] Le degré élevé d'intimité et l'injection dans la rue et dans les piqueries augmente les risques ^[48]	
1995-2000	<u>Seringues 6 derniers mois</u> 47,2 % filles et gars ^[97]		<u>Prévalence du VIH</u> 1,3 % : 1995 / 1,4 % : 1996 / 1,5 % : 1997 / 0,9 % : 1998 / 1,7 % : 1999 ^[97] <u>Prévalence hépatite C</u> 20,5 % : 2000 UDI 35,7 % Non-UDI 0,7 % ^[97]
1995-2004 2004	<u>Seringues</u> 1 sur 2 déjà utilisé seringues souillées ^[98] 29,4 % récents UDI ^[52] 33,6 % dans les 5 derniers mois ^[99] <u>Matériel</u> 40 à 55 % (coton/filtre, cuillère/sac, garrot, contenant eau) ^[98] 34 % récents UDI ^[52]	<u>Associé au partage</u> OR : 2,5 (11 à 100 injections) OR : 9,4 (plus de 100) ^[99] Durée de l'injection OR : 1,1 par année d'injection ^[99] OR : 2,8 usage alcool quotidien ^[99]	<u>Prévalence du VIH</u> Général 1 % 0 % < de 19 ans / 1 % > de 19 ans déjà injecté 2 % (incidence 6 sur 1 000 pa) ^[98] Tous 0,8 % / 2,1 % Sexe survie / 0,3 % autres ^[51] <u>Hépatite C</u> Prévalence à l'entrée 14 % Moins de 19 ans 1 % 19 ans et plus 19 % Incidence 5 par 100 pa ^[98]

Tableau A6 *Portrait de la consommation de drogues chez les répondants aux études québécoises auprès de personnes toxicomanes ayant fait usage de drogues par injection publiées entre 1992 et 2002*

Année de recrutement	Drogues consommées et injection	Partage du matériel d'injection situations, événements et lieux	VIH et hépatites
1992	<u>Droque consommée 6 derniers mois</u> 84 % cocaïne 8 % héroïne ^[101] <u>Âge à la 1^{re} injection</u> 23 ans ^[101]	<u>Partage de seringues à vie</u> 64 % Tous 59 % Urbain 78 % Semi-urbain ^[101] <u>Partage de seringues 6 mois</u> 46 % Tous 63 % Urbain 41 % Semi-urbain ^[101] <u>Avoir fait faire son injection</u> 42 % des répondants ^[101]	
1991-1994	L'étude de Bibeau et Perreault traite de l'ensemble de la problématique de la consommation de drogues par injection et de la prostitution dans un quartier de Montréal ^[56]		
1997	<u>Droque consommée 6 derniers mois</u> Cocaïne – 96 % UDI / 37 % non UDI Héroïne – 24 % UDI / 1,5 % non-UDI <u>Injection dans le dernier mois</u> 51 % hommes 38 % femmes <u>Nombre moyen d'années d'injection</u> 8,3 ans – hommes 7,1 ans – femmes ^[102]	<u>Seringues 6 derniers mois</u> 29 % hommes 34 % femmes <u>Seringues à vie</u> 20 % avec personne VIH+ 8 % avec un inconnu ^[102] <u>S'être injecté en piquerie</u> 19 % hommes 22 % femmes ^[102]	<u>Prévalence du VIH</u> 5,5 % ex-UDI 10,1 % UDI 14,6 % femmes 8,4 % hommes ^[102]
1999	L'étude de Lévesques et al a été réalisée auprès de personnes fréquentant le programme d'échange de seringues Cactus-Montréal ^[103]		

Tableau A7 *Portrait de la consommation de drogues chez les répondants aux études québécoises auprès de personnes
incarcérées publiées entre 1994 et 2003*

Année de recrutement	Drogues consommées et injection	Partage de matériel d'injection	Le partage : situations événements et lieux	VIH et hépatites
1994	<u>UDI avant incarcération</u> 38 % Femmes 26 % Hommes ^[7] <u>Injection lors d'une incarcération</u> 11 % Femmes 2 % Hommes ^[7] <u>À vie</u> Dépendantes 80 % cocaïne / 18 % héroïne Non dépendantes 37 % cocaïne / 5 % héroïne ^[104] <u>Injection 12 derniers mois</u> 50 % dépendantes 10 % Non dépendantes ^[104]	<u>Seringues 12 derniers mois</u> 58 % Femmes 49 % Hommes ^[7] 41 % dépendantes 8 % non dépendantes ^[104]	Très peu de répondants rapportent s'injecter lors des incarcérations, mais lorsqu'ils l'ont fait 92 % des hommes avaient partagé des seringues ^[7] <u>Être déjà allé en piquerie</u> 38 % dépendantes 10 % Non dépendantes ^[104]	<u>Prévalence du VIH</u> 3 % Tous 8 % femmes 2 % hommes ^[7] 9 % Toutes 28 % prostituées ^[104]
2003	<u>Drogues consommées à vie</u> <u>Cocaïne</u> 81 % Femmes 79 % Hommes <u>Injection</u> 43 % Femmes 28 % Hommes <u>Drogues consommées lors d'incarcération</u> <u>Cocaïne</u> 13 % Femmes 24 % Hommes <u>Injection</u> 0,8 % Femmes 5 % Hommes ^[34]	<u>À vie</u> <u>Seringues</u> 56 % Femmes 53 % Hommes <u>Paille pour inhalation de cocaïne</u> 71 % des femmes 71 % des hommes ^[34] <u>Seringues lors d'une incarcération</u> 50 % femmes 63 % hommes ^[34]		<u>Prévalence du VIH</u> 3,4 % général 8,8 % femmes 2,3 % hommes <u>UDI</u> 20,6 % femmes 7,2 % hommes <u>Prévalence du VHC</u> 18,5 % général 29,2 % femmes 16,6 % hommes <u>UDI</u> 63,6 % femmes 60,1 % hommes ^[34]

ANNEXE 2

CATÉGORIES D'ANALYSE POUR LES INTERVENTIONS EN PRÉVENTION DU VIH ET DU VHC AUPRÈS DES POPULATIONS MARGINALES

Tableau A8 Catégories d'analyse et indicateurs pour les interventions en prévention du VIH et du VHC auprès des populations marginales

Catégories	Indicateur
Référence	Auteur, année, région administrative, ville, pays
Interventions	
Cible	VIH, VHC ou VIH et VHC
Population visée	UDI, jeunes de la rue, femmes, personnes incarcérées, porteurs du VHC marginalisés
Type	Distribution du matériel de prévention, information-éducation, dépistage et counselling, relation d'aide et thérapie, substitution à l'injection
Moyen	Travail de milieu, unité mobile, intervention par les pairs, mobilisation des usagers
Modalité	Rencontre individuelle, de groupe (séances ou atelier)
Approche	Béaviorale-cognitive, psychosociale et féministe, psychosociale et case management, réseau social, psychosociale, travail de milieu, réduction des méfaits, éducative
Théorie sous-jacentes aux approches	Action raisonnée, behavioral skills model, case management, comportements planifiés, croyances liées à la santé, efficacité personnelle, genre et pouvoir, genre et culture, identité sociale, modèle réseau social, motivationnelle, résolution de problème, sociale-cognitive, transthéorique
Caractéristique organisationnelle	
Moyen pour rejoindre la clientèle	Travail de milieu, séances organisées, site fixe, pairs aidants
Organisme	Organisme communautaire, réseau de la santé, unité de recherche
Personnel pour l'intervention	Intervenant de santé (infirmière, éducateur en santé, thérapeute) et intervenant communautaire ou pairs (ou bénévoles de la communauté)
Rôle du personnel	Dépistage et counselling, distribution du matériel, formation des pairs, intervention, éducation, notification aux partenaires, prestation de services, recrutement, référence et soutien
Matériel de soutien	Bande dessinée, matériel de prévention, matériel éducatif, vidéo
Cadre d'opération	Durée du projet, financement, philosophie organisationnelle, type d'actions et d'organismes
Environnement	
Physique	Centre de jeunes, clinique, école, milieu de vie, prison et programme d'échange de seringues
Géographique	Milieu urbain, semi-urbain et rural
Type de milieu	Ouvert, fermé ou semi-ouvert
Espace d'intervention	Policié, coercitif, neutre
Stratégie nationale	
Évaluation	Type d'évaluation Méthodologie Résultats

ANNEXE 3

TABLEAUX SYNTHÈSE DES INTERVENTIONS INTERNATIONALES VISANT À LIMITER LA TRANSMISSION DU VIH ET DU VHC

Tableau A9 Synthèse des interventions internationales visant à limiter la transmission du VIH

Auteurs	Intervention Approche	Population/ Milieu	Mode et Moyen	Organisme	Intervenants	Résultats/remarques
Siegal <i>et al.</i> (1995) ^[140] États-Unis	Dépistage et <i>counselling</i> , éducation / psychosociale : croyances sur la santé/distribution matériel	UDI/ Urbain	Individuel et Groupe/ Travail de milieu	Santé / unité de recherche	Intervenant de santé	Effets positifs Diminution des comportements à risque, surtout chez les UDI ayant une consommation moins fréquente.
O'Neill <i>et al.</i> (1996) ^[151] Australie	Relation d'aide, thérapie/ <i>Bébehaviorale</i> - cognitive	Femmes UDI enceintes en traitement méthadone/Ur bain	Individuel	Santé	Intervenant de santé	Effets positifs Diminution des comportements d'injection à risque et maintenance dans le temps (UDI en traitement méthadone).
Rietmeijer <i>et al.</i> (1996) ^[132] États-Unis	Information, éducation, distribution matériel/ <i>Bébehaviorale</i> -cognitive : «Prochaska»	UDI/Urbain	Individuel/ Travail de milieu	Santé et communautaire	Pairs et Intervenant communautaire	Effets positifs Augmentation de l'utilisation de l'eau de javel pour désinfecter aiguilles et augmentation de l'utilisation du condom avec partenaires occasionnels (UDI dans un secteur à haute prévalence VIH).
Gleghorn <i>et al.</i> (1997) ^[141] États-Unis	Information, éducation, distribution matériel/ Réduction des méfaits	Jeunes sans abri, fugueurs ou jeunes de la rue/Urbain	Individuel et Collectif/ Travail de milieu	Santé et communautaire	Intervenant communautaire et pairs	Effets moyens Population difficile d'accès rejointe, augmentation des contacts avec l'intervenant; pas de modification des comportements à risque, sauf dans les cas de grande exposition à l'intervention.
Jamner <i>et al.</i> (1997) ^[131] États-Unis	Information, éducation, distribution matériel/ <i>Bébehaviorale</i> - cognitive : «Prochaska», action raisonnée, comportement planifié, sociale-cognitive, croyances sur la santé	UDI/Urbain	Individuel/ Travail de milieu	Santé et communautaire	Pairs Intervenant communautaire	Atteinte des objectifs Grande exposition des UDI à l'intervention; augmentation de l'utilisation du condom avec partenaires occasionnels, mais non- augmentation utilisation eau de javel pour désinfecter.
Levy et Fox (1998) ^[135] États-Unis	Dépistage et <i>counselling</i> , notification / matériel/ Notification aux partenaires sexuels et d'injection	UDI séropositifs/Ur bain	Individuel/ Travail de milieu	Communautaire et santé	Intervenant communautaire et de santé	Effets moyens Identification grand nombre partenaires sexuels et d'injection, forte majorité des partenaires ont été notifiés par intervenants.

Auteurs	Intervention Approche	Population/ Milieu	Mode et Moyen	Organisme	Intervenants	Résultats/remarques
Booth et al. (1998) ^[149] États-Unis	Information, éducation, matériel/ Réduction des méfaits,	UDI/Consom- mateur de crack / Urbain	Individuel Travail de milieu	Santé et communautaire	Intervenant de santé communautaire	Effets positifs Arrêt de l'injection pour le tiers/diminution de la fréquence/diminution des comportements à risque.
Broadhead et al. (1998) ^[120] États-Unis	Information, éducation, référence, Intervention par les pairs en utilisant la théorie du réseau social	UDI/ Urbain	Individuel/Travail de milieu	Communautaire et santé	Pairs Intervenant de santé	Effets positifs Diminution des comportements à risque pour le VIH. Plus d'UDI rejoints et clientèle plus diversifiée.
Kotranski et al. (1998) ^[148] États-Unis	Relation d'aide, thérapie/Béaviorale- cognitive	UDI/ Urbain	Individuel / Séances organisées/Travail de milieu	Unité de recherche et communautaire	Intervenant de santé et communautaire	Effets positifs Diminution des comportements à risque surtout ceux liés à l'usage de drogues (UDI non en traitement).
Gibson et al. (1999) ^[134] États-Unis	Dépistage- counselling/Béaviorale- cognitive Résolution de problème	UDI/ Urbain	Individuel	Santé	N.D.	Effets positifs Diminution des comportements à risque dans les deux interventions.
Gibson et al. (1999) ^[134] États-Unis	Relation d'aide thérapie/Béaviorale- cognitive/Résolution de problème	UDI/ Urbain	Individuel	Santé	Santé	Effets positifs Diminution des comportements à risque
CDC AIDS (1999) ^[121] États-Unis	Information, éducation, distribution matériel/Béaviorale- cognitive : «Prochaska»	UDI/ Urbain	Individuel/ Travail de milieu	Santé et communautaire	Pairs Intervenant communautaire	Atteinte des objectifs Grande exposition à l'intervention dans la communauté.
Weiker et al. (1999) ^[143] États-Unis	Relation d'aide thérapie, distribution de matériel, counselling, référence/Réduction des méfaits	Jeunes/ UDI Urbain	Individuel/collectif Site fixe	Communautaire	Intervenant communautaire Pairs	Atteinte des objectifs PES permet d'orienter vers d'autres services.
Sears et al. (2001) ^[142] États-Unis	Distribution des seringues par les jeunes Matériel/ Réduction des méfaits	Jeunes UDI sans abri recrutés dans la rue/Urbain	Collectif	Communautaire	Pairs Intervenant communautaire	Effets positifs Effet protecteur sur 3 variables : diminution partage des seringues, réutilisation propre seringue, utilisation condom avec partenaires occasionnels.

Auteurs	Intervention Approche	Population/ Milieu	Mode et Moyen	Organisme	Intervenants	Résultats/remarques
Shewan <i>et al.</i> (2001) ^[155] Royaume-Uni	Substitution et efficacité personnelle	Détenus/Carc éral	Individuel et groupe	Santé et sécurité publique	N.D.	Faibles effets Effet de l'intervention ne se maintient pas après la sortie de prison.
Latkin <i>et al.</i> (2003) ^[139] États-Unis	Information, éducation/Psychosociale : identité sociale/Distribution matériel et réduction des méfaits	UDI/ Urbain	Groupe séances organisées	Unité de recherche et communautaire	Intervenant de santé et pairs	Effets positifs Diminution des comportements d'injection et des comportements sexuels à risque (UDI non en traitement, VIH+ ou non).
Sterk <i>et al.</i> (2003) ^[136] États-Unis	Relation d'aide, thérapie/Psychosociale et féministe : motivationnelle, action raisonnée, comportement planifié, «Prochaska», genre et pouvoir, genre et culture	Femmes UDI/ Urbain	Individuel Séances organisées	Unité de recherche	Intervenant de santé	Effets positifs Diminution des comportements d'injection et des comportements sexuels à risque (Afro- américaines).
Wood <i>et al.</i> (2003) ^[159] Canada	Distribution du matériel par les pairs / Réduction des méfaits/ <i>Empowerment</i> /	UDI/Urbain	Collectif/Site d'injection supervisé	Pairs	Pairs	Atteinte des objectifs Personnes à haut risque rejointes / limite les injections en public, aide pour l'injection, disposent des seringues de façon sécuritaire.
Avants <i>et al.</i> (2004) ^[138] États-Unis	Relation d'aide, thérapie/ <i>Béaviorale-</i> cognitive	UDI/Urbain	Groupe/ Séances organisées	Santé	Intervenant de santé	Effets positifs Réduction de la fréquence d'injection et partage d'aiguilles, les sujets du groupe expérimental plus abstinent dans leur consommation de cocaïne, réduction des comportements sexuels à risque.
Latkin <i>et al.</i> (2004) ^[150] États-Unis	Éducation par les pairs en utilisant la théorie du réseau social/Réduction des méfaits et <i>béaviorale-</i> cognitive	UDI/Urbain	Individuel/ Travail de milieu	Santé	Intervenant de santé et pairs	Atteinte des objectifs Les pairs modulent leurs interventions en fonction des personnes contactées et s'adaptent à leur réalité tout en transmettant les messages.
Robles <i>et al.</i> (2004) ^[137] États-Unis	Relation d'aide, thérapie / Psychosociale/Managemen t Motivationnel / Efficacité personnelle	UDI/ Semi-rural	Individuel/ Séances organisées/Travail de milieu	Unité de recherche	Intervenant de santé	Effets positifs Effet sur engagement dans un traitement contre drogues, arrêt de l'injection et diminution du partage (Hispanophones).

Tableau A10 Synthèse des interventions internationales visant à limiter la transmission du VHC

Auteurs	Intervention / Approche*	Population / Milieu	Mode et Moyen pour rejoindre	Organisme	Intervenants	Résultats/remarques
Ompad, <i>et al.</i> (2002) ^[146] États-Unis	Dépistage et <i>counselling</i> / Non spécifié	Jeunes UDI/Urbain	Individuel	Santé/ Unité de recherche	Intervenant de santé	Faibles effets Non-modification des comportements à risque lorsque connaissance du statut VHC+
Aitken <i>et al.</i> (2002) ^[152] Australie	Dépistage et <i>counselling</i> / Non spécifié	UDI/ Semi-urbain	Individuel Travail de milieu / site fixe	Santé	Effectué par un pair dans un PES / Intervenant de santé	Effets moyens Augmentation des connaissances, mais faible diminution des comportements à risque
Kwiatkowski, <i>et al.</i> (2002) ^[145] États-Unis	Dépistage et <i>counselling</i> / Non spécifié	UDI/Urbain	Individuel	Santé/ Unité de recherche	N.D.	Effets positifs Diminution des comportements à risque lorsque connaissance du statut VHC+ (UDI non en traitement)
Skipper, <i>et al.</i> (2003) ^[156] Royaume-Uni	Dépistage et <i>counselling</i> , éducation Information VHC/ Non spécifié	Nouveaux détenus/Carcéral	Individuel et collectif/Séances organisées/Travail de milieu	Santé	Intervenant de santé	Atteinte des objectifs Efficace pour diffusion information, mais peu de dépistage et référence pour suivi médical
Stringari-Murray, <i>et al.</i> (2003) ^[144] États-Unis	Dépistage et <i>counselling</i> , référence/Intégration des services pour l'hépatite C	Clientèles marginales/Se mi-urbain	Individuel Travail de milieu/Clinique	Santé	Intervenant de santé	Atteinte des objectifs Faisabilité et efficacité à intégrer les services VHC aux services VIH existants
Tucker, <i>et al.</i> (2004) ^[153] Australie	Relation d'aide, thérapie/ <i>Béhviorale-cognitive</i>	UDI/Urbain	Individuel Site fixe	Communautaire	Intervenant de santé	Effets positifs Diminution des comportements à risque (UDI en traitement)
Ingrand, <i>et al.</i> (2004) ^[157] France	Information, éducation, B.D./ Non spécifié	Adolescents en milieu scolaire/N.D.	Collectif Séances organisées écoles secondaires	Santé	Intervenant de santé	Effets moyens Augmentation des connaissances sur l'hépatite C

* Aucun des projets VHC ne comporte de distribution du matériel d'injection stérile.

Tableau A11 Synthèse des interventions internationales visant à limiter la transmission du VIH et du VHC

Auteurs	Intervention / Approche	Population	Mode et Moyen	Organisme	Intervenants	Résultats/remarques
Thiede, <i>et al.</i> (2000) ^[147] États-Unis	Substitution modification voie administration des drogues	UDI/Urbain	Individuel	N.D.	Intervenant de santé	Effets moyens Effet de la rétention dans un traitement méthadone sur les comportements d'injection et l'incidence du VIH, VHB, VHC, Diminution fréquence injection, injection avec une seringue souillée, mais pas du VHC
Hernandez-Aguado, <i>et al.</i> (2001) ^[158] Espagne	Information, éducation, distribution du matériel/Non spécifié	UDI/Urbain	Collectif/Dans le milieu	Santé	N.D.	Effets moyens Mesure des effets sur le VIH et le VHC Diminution du VIH, mais pas du VHC
Rosenberg, <i>et al.</i> (2004) ^[133] États-Unis	Dépistage et <i>counselling</i> prise en charge référence / Non spécifié	UDI avec problèmes de santé mentale/Rural, semi-urbain	Individuel Site fixe/ Semi-urbain	Santé	Intervenant de santé	Atteinte des objectifs Majorité de la clientèle ciblée a reçu intervention (UDI fréquentant cliniques pour problèmes santé mentale)
Dolan, <i>et al.</i> (2004) ^[154] Australie	Substitution/ <i>Béaviorale</i> -cognitive	UDI/N.D.	Individuel/ Séances organisées	Santé/Unité de recherche	Intervenant de santé	Faibles effets Peu d'UDI ont adopté une autre voie d'administration (âge moyen = 36 ans)
Kerr <i>et al.</i> (2004) ^[160] Canada	Distribution matériel, Information, éducation/Réduction des méfaits/Mobilisation des usagers	UDI/Ville	Collectif/Local d'injection supervisé	Communautaire et santé	Pair et bénévole / Intervenant de santé	Atteinte des objectifs Utilisation du lieu = 3 000 injections supervisées, 9 000 visites, faisabilité de l'implication d'UDI dans la gouvernance, coercition policière intense
Wood <i>et al.</i> (2004) ^[161] Canada	Distribution matériel, Information, éducation/Réduction des méfaits	UDI/Ville	Collectif/Local d'injection supervisé	Santé et communautaire	Intervenant de santé	Effets positifs Diminution de l'injection dans les lieux publics, diminution des seringues et du matériel liés à l'injection à la traîne

ANNEXE 4

FICHES SIGNANLÉTIQUES DES TYPES D'INTERVENTION ET DES MOYENS D'INTERVENIR

TYPES D'INTERVENTION

Distribution du matériel de prévention

La distribution du matériel d'injection stérile (seringue, filtre, contenant, tampon, eau) et de condoms se fait à partir d'un site fixe dans un organisme communautaire ou directement dans le milieu. Dans ces cas, un travailleur de milieu, un pair et même une unité mobile assurent la distribution du matériel.

Caractéristiques

- Mode collectif / groupe
- Approche de réduction des méfaits
- Site fixe ou dans le milieu
- Intervenants communautaires
- Organisme communautaire
- Cible de prévention : VIH et ITSS

Résultats

- Effet protecteur sur le partage, la fréquence d'injection, l'utilisation du condom
- Atteinte d'une clientèle difficile d'accès

Information - Éducation

L'intervention de type information/éducation est souvent accompagnée de la distribution du matériel éducatif, du matériel d'injection stérile et de condoms. Lorsqu'elle est pratiquée en groupe, elle s'appuie sur une approche structurée. Elle vise l'amélioration des connaissances par la transmission d'information et l'enseignement de mesures adéquates de prévention.

Caractéristiques

- Mode individuel ou de groupe
- Approche de réduction des méfaits et *behaviourale*-cognitive
- Site fixe ou dans le milieu
- Intervenants communautaires
- Organisme communautaire
- Cible de prévention : VIH et ITSS

Résultats

- Augmentation des connaissances
- Modification des comportements à risque
- Atteinte de la clientèle ciblée surtout lorsque des pairs sont intégrés

Dépistage - *counselling*

Le dépistage et *counselling* est généralement une initiative du réseau de la santé. Il arrive que les intervenants de santé s'associent à des organismes communautaires et que des cliniques mobiles soient organisées dans le milieu pour rejoindre une clientèle en particulier. Ce type d'intervention représente une opportunité de vaccination.

Caractéristiques

- Mode individuel
- Approche de réduction des méfaits ou indéterminée
- Site fixe
- Intervenants de santé
- Réseau de la santé
- Cible de prévention : VIH et VHC

Résultats

- Atteinte de la clientèle ciblée : augmentation des dépistages et des références vers d'autres services de santé
- Augmentation des connaissances
- Modification des comportements à risque

Relation d'aide et thérapie

L'intervention de type relation d'aide / thérapie se déroule individuellement sur plusieurs séances. Elle est réalisée par un intervenant du réseau de la santé. Il arrive qu'une compensation financière soit attribuée pour la participation.

Caractéristiques

- Mode individuel/groupe
- Approche structurée : *béaviorale*-cognitive ou psychosociale
- Site fixe
- Intervenants de santé
- Réseau de la santé, marginalement des organismes communautaires
- Cible de prévention : VIH et VHC

Résultats

- Modification des comportements d'injection à risque
- Effet sur l'engagement dans un traitement

Substitution à l'injection

Ce type d'intervention incite les UDI à adopter des modes de consommation à moindre risque (fumer ou sniffer au lieu de l'injection), à réduire leur consommation (prescription de méthadone) ou à atteindre l'abstinence.

Caractéristiques

- Mode individuel
- Approche de réduction des méfaits ou *béaviorale*-cognitive
- Site fixe
- Intervenants santé
- Réseau de la santé
- Cible de prévention : VIH, VHC, ITSS, toxicomanie

Résultats

- Diminution de la fréquence d'injection
- Difficulté d'effectuer le passage d'une voie d'administration à une autre
- Difficulté de maintenir l'effet de l'intervention à long terme (suivi)

STRATÉGIES D'INTERVENTION

Travail de milieu

Le travail de milieu est un moyen qui consiste à intervenir directement dans le milieu de vie de la clientèle ciblée. Il est utilisé pour rejoindre les populations les plus marginalisées (détenus, jeunes en difficulté, prostitués).

Caractéristiques

- Approche de réduction des méfaits
- Souvent jumelé à la distribution du matériel (n=2) et l'information/éducation (n=12)
- Utilisé pour le recrutement : dépistage et *counselling* (n=10) et relation d'aide/thérapie (n=3)
- Réalisé par des intervenants communautaires et des pairs
- Milieu : rue, parc, prison, bar, piquerie, etc.

Résultats

- Moyen privilégié dans les interventions obtenant les meilleurs résultats
- Atteinte de la clientèle ciblée

Intervention par les pairs

Description

L'intégration de pairs se fait dans tous les types d'intervention. Les pairs se retrouvent souvent dans les interventions qui ont recours au travail de milieu (n=8) et/ ou qui s'adressent aux jeunes (n=4). Un pair peut être un ex-utilisateur de drogues par injection, un consommateur actif ainsi qu'une personne ayant une certaine crédibilité dans le milieu.

Caractéristiques

- Majoritairement en information-éducation
- Organisme communautaire

Résultats

- Souvent associé avec des interventions obtenant des bons résultats

Mobilisation des usagers

Création d'un regroupement d'utilisateurs de drogues qui se rencontrent, sur une base plus ou moins régulière, pour discuter de sujets de santé, défendre leurs droits, exercer des pressions politiques. La mobilisation ou le travail de milieu (renforcement de l'autonomie) permet la prise en charge et le développement de l'estime de soi. « Amélioration des conditions de vie de ceux qui utilisent des drogues par l'entraide et l'éducation entre pairs » (mission de VANDU).

Caractéristiques

- Groupe plus ou moins formel
- En collaboration avec des intervenants et des organismes communautaires.

Résultats

- VANDU à Vancouver se démarque par ses actions et son implication
- Difficulté de recrutement et de mobilisation
- Possibilité d'effectuer des actions

Local d'injection supervisé

Site hygiénique pour la consommation de drogues achetées préalablement dans des milieux illicites. On retrouve sur place du matériel d'injection stérile et un personnel formé, afin d'éviter les complications liées à l'injection. On offre également des services de santé et des références en toxicomanie.

Caractéristiques

- Approche de réduction des méfaits
- Site fixe
- Intervenants communautaires et de santé

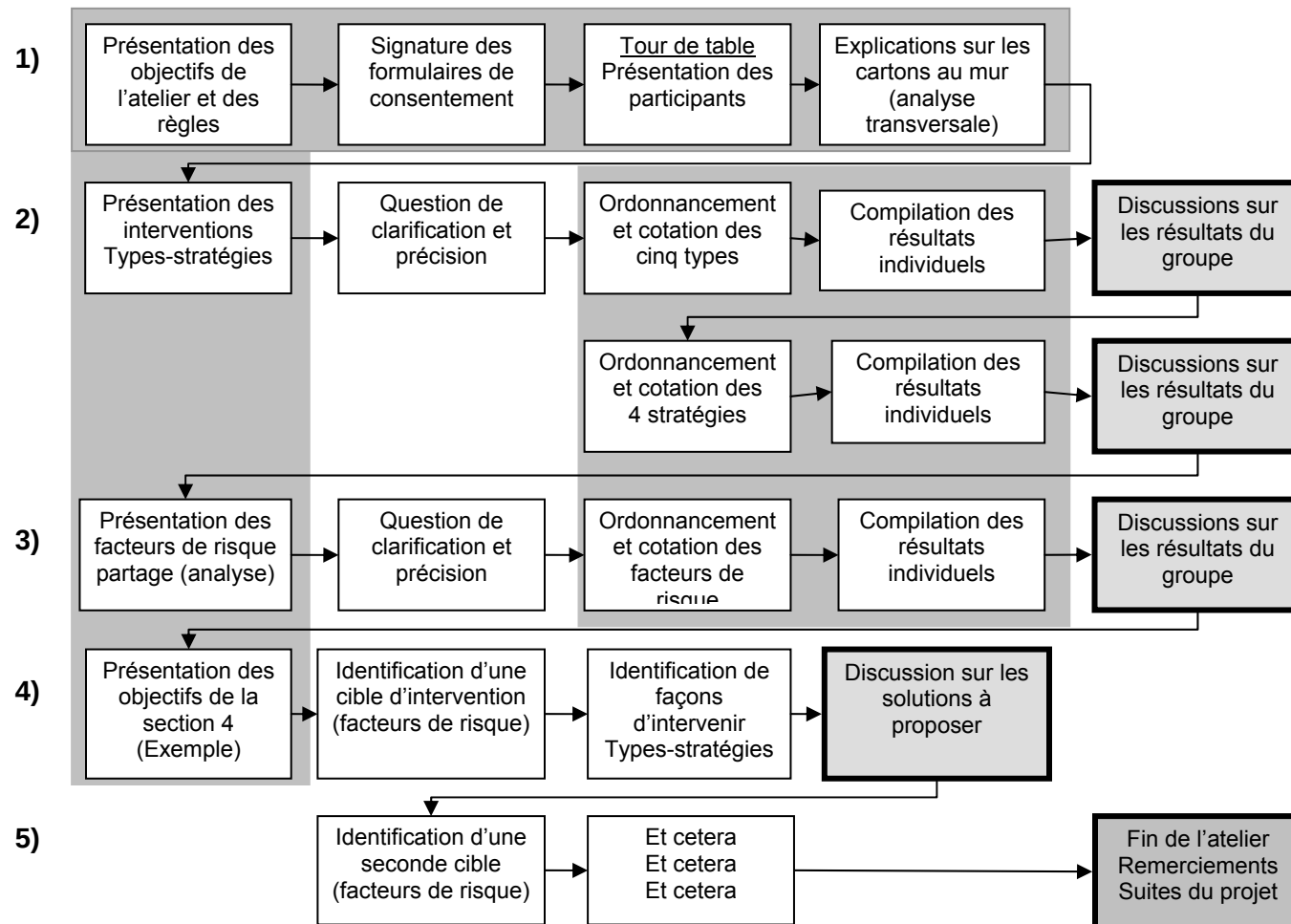
Résultats

- Ne perturbe pas l'ordre public
- Fréquentation élevée par une clientèle vulnérable
- Aucune overdose

ANNEXE 5

LOGIGRAMME DE RÉALISATION DU GROUPE DE DISCUSSION (TECHNIQUE DU GROUPE NOMINAL)

Logigramme de réalisation du groupe de discussion (technique du groupe nominal)



ANNEXE 6

TABLEAUX SYNTHÈSE DES ANALYSES QUALITATIVES ISSUES DES GROUPES DE DISCUSSION

Tableau A12 Synthèse des commentaires sur la distribution du matériel d'injection en prévention des ITSS auprès des utilisateurs de drogues par injection

Usagers	Distribution du matériel	Intervenants
<i>C'est le premier contact pour accéder aux autres types d'intervention (03 et 06)*</i> <i>La gratuité est nécessaire (06)</i> <i>L'implication des pairs (06)</i>	Importance	<i>Nécessité de plus de seringues (06)</i> <i>C'est la première étape de l'intervention (06)</i> <i>Toujours prévoir les rechutes en consommation même pour les personnes en thérapie (05)</i>
<i>Dispositif de distribution/récupération urbain favoriserait la récupération (03)</i>	Récupération	<i>Mal à l'aise de donner de grandes quantités lorsque le taux de récupération est faible (06)</i> <i>Les OC s'exposent à la grogne des citoyens si les seringues trainent (06)</i> <i>La distribution de grandes quantités est garante d'un meilleur taux de récupération (06)</i>
<i>Les sécuricups se partagent encore (03)</i> <i>Le nouveau matériel n'est pas intéressant (03)</i> <i>Les pailles font mal (08)</i> <i>La qualité et l'utilité du matériel (03, 08 et 15)</i>	Matériel	
<i>L'urgence de consommer (03)</i> <i>La paresse de notre part (03)</i> <i>La non disponibilité au moment crucial (08)</i> <i>Les limites imposées par les intervenants (06)</i> <i>L'ampleur du matériel (bac, seringues, sécuricups et eau) limite son transport (06)</i>	Limites	<i>Les limites que se mettent les usagers (06)</i> <i>Ce ne sont pas tous les organismes qui sont en contact avec cette clientèle qui distribuent (08)</i>
<i>La répression policière (03)</i> <i>La stigmatisation (06)</i>	Barrières	<i>La crainte de distribuer sans information-éducation (06 et 08)</i> <i>Les réticences à fournir ce type de matériel (06)</i> <i>L'impression qu'il y en a suffisamment (06)</i> <i>Focus sur la prévention de l'injection</i> <i>La stigmatisation (05)</i>
<i>Distribution et information ça va de pair (03)</i> <i>Le don crée une réflexion et un questionnement qui permet de faire la prévention (03)</i>	Créer des liens	

* Région ⇒ 03 : Québec | 05 : Estrie | 06 : Montréal | 08 : Abitibi-Témiscamingue | 15 : Laurentides.

Tableau A13 Synthèse des commentaires sur les interventions d'information-éducation en prévention des ITSS auprès des utilisateurs de drogues par injection

Usagers	Information- éducation	Intervenants
<i>Les dépliants ça fait des rappels (03)*</i> <i>L'information circule par les intervenants mais aussi par les usagers (03)</i>	Effets positifs	
<i>C'est la base de tout (03 et 06)</i> <i>Ça va de paire avec la distribution du matériel (08)</i> <i>Toujours nécessaire d'être mise à jour (03)</i> <i>Informers même ceux qui ne s'injectent pas encore (06)</i> <i>Les personnes qui initient à l'injection sont celles qui te transmettent les informations (03)</i>	Importance	<i>Peut amener au dépistage (06)</i> <i>Peut inciter à ne pas s'injecter (05)</i>
<i>Tout le monde sait qu'il ne faut pas partager c'est quoi qu'il faut faire de plus? (03)</i> <i>Les gens qui viennent dans les PES ne viennent pas pour jaser (03)</i>	Limites	<i>Certains centres d'accès aux seringues n'ont pas le temps de faire de l'éducation (08)</i> <i>Les usagers ne veulent pas toujours en recevoir (05)</i> <i>Ça ne réduit pas le partage (05)</i>

* Région ⇒ 03 : Québec | 05 : Estrie | 06 : Montréal | 08 : Abitibi-Témiscamingue | 15 : Laurentides.

Tableau A14 Synthèse des commentaires sur les interventions de dépistage-counselling en prévention des ITSS auprès des utilisateurs de drogues par injection

Usagers	Dépistage-counselling	Intervenants
<i>C'est accessible, disponible pour quelqu'un qui veut savoir et ça limite le partage parce que ça permet de faire attention (03 et 06)*</i>	Effets positifs	<i>Savoir qu'on n'est pas atteint donne de l'espoir (P-06)</i>
<i>Faciliter l'accès au dépistage (08)</i>	Importance	<i>Quand tu sais tu fais plus attention (P 06)</i>
<i>Le dépistage ne pourrait pas se faire en piquerie (03)</i> <i>Ça intéresse peut-être moins les gens que les autres types d'intervention (06)</i>	Limites	<i>Ça n'a pas d'effet sur le partage (06)</i> <i>Les autres interventions passent avant le dépistage, il faut d'abord prévenir (06)</i> <i>Ce n'est pas un mode de prévention adéquat, c'est un constat (06)</i> <i>Il y a beaucoup de travail à faire avant de référer au dépistage (06)</i> <i>Le moins efficace pour la prévention, un test négatif peu laisser croire que les comportements sont sécuritaires (03)</i> <i>Les intervenants ont probablement raison quand ils disent que les usagers ne sont pas intéressés par le dépistage (P-06)</i>

* Région ⇒ 03 : Québec | 05 : Estrie | 06 : Montréal | 08 : Abitibi-Témiscamingue | 15 : Laurentides.

Tableau A15 Synthèse des commentaires sur les interventions de relation d'aide et thérapie en prévention des ITSS auprès des utilisateurs de drogues par injection

Usagers	Relation d'aide et Thérapie	Intervenants
<i>La présence répétée d'un intervenant aide à prendre une décision (06)*</i> <i>En thérapie on est incité à se faire dépister (03)</i>	Effets positifs	<i>Intervention privilégiée car c'est vraiment efficace (P-06)</i> <i>Permet d'entrer en relation (08)</i> <i>Amènent au dépistage (P-06)</i>
	Limites	<i>Pas approprié quand la personne consomme (03)</i> <i>Nos clientèles ne sont pas abstinentes et les ressources en thérapie n'ont pas une approche de réduction des méfaits (03)</i> <i>Ce n'est vraiment pas efficace (Pairs, 06)</i>

* Région ⇒ 03 : Québec | 05 : Estrie | 06 : Montréal | 08 : Abitibi-Témiscamingue | 15 : Laurentides.

Tableau A16 Synthèse des commentaires sur les interventions de substitution dans la prévention des ITSS auprès des utilisateurs de drogues par injection

Usagers	Substitution	Intervenants
Permet d'arrêter de s'injecter et de devenir productif (08)* Permet de réduire la fréquence d'injection (08)	Effets positifs	Pour moi ça fait partie d'une intervention d'information-éducation (08) Un projet comme NAOMI** c'est intéressant (05) Il faudrait que ça arrive avant l'injection, comme choix alternatif (05) Techniquement c'est un bon moyen pour lutter contre les ITSS (08)
Ça n'enlève pas le sevrage (06) Sniffer au lieu de se piquer il n'y a personne qui fait ça ce n'est pas aussi satisfaisant, ce n'est pas réaliste (08) La méthadone ne réduit pas les risques de partager et donc de VIH (08) Sniffer de la cocaïne c'est aussi dangereux pour l'hépatite (08) Ce qui est difficile dans le sevrage c'est de ne pas dormir (06)	Limites	La méthadone n'est pas efficace pour la cocaïne (05) Le peu d'héroïnomanes dans la région rend cette approche peu applicable (05) La clientèle ne veut pas nécessairement de ce type d'intervention et la structure d'accueil est compliquée (08) Manque d'accessibilité dans la région (08) Pour quelqu'un qui s'injecte c'est difficile de le faire passer à autre chose (06)
Effets secondaires désagréables et risque de décès lorsque le dosage est mal contrôlé (06) Néfastes à long terme (06) Crée une dépendance plus grande pour des consommateurs occasionnels (06)	Effets indésirables	On a déjà pensé que fumer était moins pire, mais on s'est trompé (06)
Ça peut aider pour une courte période sans plus (06) Ça remplace une dépendance par une autre dépendance (06) Explorer d'autres moyens et croire que l'on peut réussir (06) Les compagnies pharmaceutiques prennent les usagers en otage (06)	Barrières	Les usagers peuvent difficilement changer leurs comportements (06)

* Région ⇒ 03 : Québec | 05 : Estrie | 06 : Montréal | 08 : Abitibi-Témiscamingue | 15 : Laurentides.

** NAOMI ⇒ Projet pilote de distribution d'héroïne à des consommateurs ayant échoué à plusieurs tentatives d'arrêt de consommation par la prescription de méthadone.

**Tableau A17 Synthèse des commentaires sur le travail de milieu en prévention des ITSS
auprès des usagers de drogues par injection**

Usagers	Travail de milieu	Intervenants
<i>Assurer un lien avec le milieu (06)*</i> <i>Distribuer des seringues et aller chercher les gens qui n'ont pas de place à s'injecter (06)</i> <i>La présence d'un site pour s'injecter limiterait le rôle du travail de milieu (06)</i>	Rôle	<i>Ce ne sont pas des distributeurs de seringues (06 et P-06)</i> <i>Ils dirigent les gens vers les sites fixes des OC pour offrir d'autres services (03)</i> <i>Complémentaire avec le travail en site fixe (03)</i> <i>C'est le moyen pour rejoindre les gens (P-06)</i>
<i>Les travailleurs de rue parlent aux gens (06)</i> <i>Ils les comprennent (06)</i> <i>Ils sont sur le terrain (06)</i>	Effets positifs	<i>Pour l'accès difficile aux clientèles c'est un bon moyen (05 et 08)</i> <i>Assure une présence plus constante (P-06)</i>
<i>Ils ne sont pas très acceptés (06)</i> <i>Crainte qu'ils soient de mèche avec la police (06)</i> <i>Il faut qu'ils gagnent la confiance (08)</i>	Méfiance	<i>Il doit être assez professionnel pour ne pas brûler la confiance (03)</i> <i>La confiance ça se gagne (03)</i>
	Obstacles	<i>Certains milieux se prêtent plus difficilement au travail de milieu (08)</i> <i>Plus on professionnalise le travail de rue moins il va être crédible (03)</i>
	Financement	<i>Inadéquation entre le financement et les efforts que demande le travail de rue (03)</i> <i>C'est la mission de l'organisme dans son ensemble qui devrait être financé et non un financement par projet (03)</i>

* Région ⇒ 03 : Québec | 05 : Estrie | 06 : Montréal | 08 : Abitibi-Témiscamingue | 15 : Laurentides.

Tableau A18 Synthèse des commentaires sur l'intervention par les pairs en prévention des ITSS auprès des usagers de drogues par injection

Usagers	Intervention par les pairs	Intervenants
Faire de la prévention et enseigner l'injection sécuritaire (03, 08 et 15)* Entraide (03, 08 et 15) Distribuer du matériel (15) Mobiliser les usagers (08)	Rôle	Assurer la distribution du matériel quand les sites ne sont pas ouverts (03) Travailler avec les intervenants communautaires (03) Un consommateur conscient des risques (P-06)
Connaissance expérientielle du milieu (03, 06 et 15)	Expertise	Les pairs détiennent l'expertise (08) Liens dans le milieu qui peut aider les intervenants (08) Relation d'aide plus équilibrée (06)
Crédibilité auprès de leurs pairs (03, 06 et 15) Les messages sont mieux reçus (03 et 06)	Reconnaissance	Ils peuvent avoir un impact auprès de leurs pairs (P-06 et 08) Le message passe mieux (08) Ils sont significatifs (08) Il n'y a plus la distance comme avec un intervenant diplômé (06)
Il y a des gens qui ne veulent même pas se présenter dans les PES (03) Ce serait plus facile d'interagir avec un pair à cause de la honte, de la crainte d'être jugé (03, 06, 08 et 15)	Diminue la gêne, le malaise	Crainte d'être fiché (05) Honte d'être consommateur (08)
Encadrement des activités, des règles de fonctionnement, un code d'éthique et des gens qui nous soutiennent (03) La sobriété pendant les heures de travail devrait être une règle (03)	Une structure à développer	Des personnes de la santé et des OC pourraient supporter l'intervention (08) Même si la personne n'est pas abstinente, elle pourrait être recrutée comme pair (P-06)
Une formation utile pour intervenir dans le milieu (03 et 08) Pas une formation sur des choses qu'on connaît d'expérience (03)	Formation	
Être payé pour ce qu'on fait ça valorise (03) Quand t'es pas payé tu ne sens pas que tu appartiens à un groupe (03) Le bénévolat c'est pas notre fort (08)	Rémunération	
Un junky ne peut faire la morale à un autre (03)	Limites	Ça demande beaucoup d'énergie et de temps (03) Ça s'adapte moins bien aux villes de petites tailles (08) Ne développent pas de sentiment d'appartenance aux organisations (06)
Utiliser son statut de pairs pour obtenir des privilèges auprès des usagers (03) Se faire imposer une manière de travailler par des gens qui ne connaissent pas le milieu (15) La crainte d'avoir le goût de consommer (03, 06 et 08)	Obstacles	La rechute qui guette les pairs (P-06 et 06) Consommation et intervention ne sont pas compatibles (P-06) L'acceptation par les bailleurs de fonds (03)

* Région ⇒ 03 : Québec | 05 : Estrie | 06 : Montréal | 08 : Abitibi-Témiscamingue | 15 : Laurentides.

Tableau A19 Synthèse des commentaires sur la mobilisation des usagers en prévention
des ITSS auprès des usagers de drogues par injection

Usagers	Mobilisation des usagers	Intervenants
La mobilisation permet aux usagers de prendre conscience de leur valeur (06)* S'il n'y avait pas de gens payés pour faire de la prévention, les toxicomanes s'organiseraient entre eux (03)	Représentations	Une prise de conscience des droits et une reconnaissance des usagers (03 et 06) Un moyen pour avoir plus de services (03 et 06) Une voie vers la sortie du milieu de la consommation (06)
C'est le moyen le plus important (06) Si on voulait vraiment des LIS et d'autres services, il faudrait se mobiliser (06)		Laisser de la place aux usagers (03) Reconnaître leur contribution (03) Maintenir une bonne collaboration entre les OC (03)
	Limites	Demande beaucoup de temps et d'énergie (03) Tensions entre les usagers (05) Différence dans le cheminement des usagers (03)
Les toxicomanes sont jugés (03) Notre opinion ne compte pas (03)	Obstacles	Le manque de temps fait que ce n'est pas la priorité pour les intervenants (03) Doute de l'efficacité pour réduire le partage (05) Se sentent interpellés en raison de la stigmatisation des usagers (03 et 06)

* Région ⇒ 03 : Québec | 05 : Estrie | 06 : Montréal | 08 : Abitibi-Témiscamingue | 15 : Laurentides.

Tableau A20 Synthèse des commentaires sur la mise en place de locaux d'injection supervisés en prévention des ITSS auprès des usagers de drogues par injection

Usagers	Local d'injection supervisé	Intervenants
<i>Des lieux d'injection existent déjà, mais sont souvent difficiles à gérer (03, 06 et 15)*</i> <i>La présence d'un lieu salubre est nécessaire (03 et 06)</i> <i>Pour éviter de s'injecter devant tout le monde et n'importe où (03 et 06)</i> <i>Un LIS serait un lieu pour obtenir du soutien (03, 06 et 15)</i> <i>Prévention qui permet de réaliser une injection sécuritaire (03, 06 et 15)</i> <i>Pour la disponibilité et l'accessibilité au matériel stérile aux heures où les gens consomment (06 et 15)</i>	Raisons pour l'établissement d'un LIS	<i>L'offre de services potentielle (03, 05 et P-06)</i> <i>Réduction du risque des infections (03, 05 et P-06)</i> <i>Limiter la répression policière (03 et P-06)</i> <i>Limiter les seringues à la traîne (03 et 05)</i>
<i>Les objections de la population (03 et 06)</i> <i>La présence d'un intervenant (03 et 08)</i> <i>La stigmatisation (08)</i> <i>Le désaccord entre les usagers (06 et 15)</i> <i>La répression policière (03)</i> <i>La localisation ne conviendra pas à tous (06)</i>	Obstacles	<i>La stigmatisation des clientèles (05 et 08)</i> <i>La localisation des sites (P-06)</i> <i>Le profil de consommation des usagers (P-06 et 06)</i>
<i>Ne devrait pas être accessible pour les mineurs (08)</i>	Objections	<i>L'absence de preuve de l'efficacité de l'intervention (P-06 et 06)</i> <i>Le doute sur la fréquentation par les usagers (P-06 et 06)</i> <i>Ne reflète pas notre réalité (03 et 06)</i>

* Région ⇒ 03 : Québec | 05 : Estrie | 06 : Montréal | 08 : Abitibi-Témiscamingue | 15 : Laurentides.

Tableau A21 Synthèse des commentaires sur l'accès difficile au matériel d'injection stérile pour éviter le partage

Usagers	L'accès difficile	Intervenants
La stigmatisation (03, 06, 08 et 15) L'urgence de consommer (06) Le manque d'information sur les lieux (06 et 15)	Explication	La stigmatisation (03) Les usagers s'imposent des limites sur la quantité de matériel (06 et 15)
La localisation des sites (06) L'horaire des sites (06 et 08) Les coûts du matériel (03 et 06) Les sites qui refusent d'en vendre (06)	Les limites à l'accès	La localisation (03, 06, et P-06) L'horaire des sites (03, 05, P-06 et 08) Les contraintes organisationnelles (05)
La stigmatisation entourant l'usage de drogues en soi (03, 06, 08 et 15) Les attitudes des intervenants (06 et 08) L'attitude des usagers (03 et 06) La répression (03 et 06)	Les obstacles à l'accès facile	La stigmatisation entourant l'usage de drogues en soi (03, 05 et 08) La position des intervenants (03, 05 et 06) Les attitudes restrictives (06 et P-06) La responsabilité des usagers (05, 06 et P-06) Les lieux non conventionnels (03) La répression (03 et 06)
Utiliser les pairs (08 et 15) Travailler sur les horaires (03 et 06) La livraison du matériel (03, 08 et 15) Les distributrices (03) Les sites d'accès (03 et 06) La gratuité (03)	Les moyens à mettre en œuvre	Utiliser les pairs (P-06) Travailler sur les horaires (03) La livraison du matériel (06) Les distributrices (05 et 08) Les sites d'accès (03)
Travailler sur la stigmatisation (03 et 15) Campagne d'information pour les usagers (06 et 15)	Les interventions à réaliser	Travailler sur la répression (06)

* Région ⇒ 03 : Québec | 05 : Estrie | 06 : Montréal | 08 : Abitibi-Témiscamingue | 15 : Laurentides.

Tableau A22 Synthèse des commentaires sur la fréquentation des piqueries comme risque de partager du matériel d'injection

Usagers	Fréquentation de piqueries	Intervenants
L'absence de matériel stérile (15) Le niveau de désorganisation qui y règne (03 et 06)	Explication	Des milieux à risques élevés (P-06 et 08) L'urgence de consommer (03 et 05) Le débit de personnes qui y viennent (03)
L'accès aux lieux (03 et 06) Le manque de soutien (06) La répression (03) L'attitude du tenancier qui vend (06)	Les limites à l'intervention	L'accès aux lieux (08) L'attitude des tenanciers (03)0 L'organisation du travail (03 et 05) Le détournement des usagers (06) La répression (03, 06 et P-06) La gêne de s'injecter devant un intervenant (05)
Le type de piquerie (03) Le manque de matériel (06)	Les obstacles qui empêchent d'éviter le partage	
Des lieux d'injection supervisés et de l'intervention (03 et 06) Intervention par les pairs (03 et 06) Des tenanciers responsables (03 et 06 et 08)	Les moyens pour intervenir	Intervention par les pairs (03 et 08) Intervenir en piquerie (05, 06, P-06 et 08) Responsabiliser les tenanciers (03 et 06)

- Région ⇒ 03 : Québec | 05 : Estrie | 06 : Montréal | 08 : Abitibi-Témiscamingue | 15 : Laurentides.

