

Statistiques sur les services  
relatifs aux programmes de  
prévention du VIH offerts aux  
utilisateurs de drogues par  
injection du Québec

Avril 1996 à mars 2001



Lina Noël  
Richard Cloutier  
Raymond Parent

**Août 2002**

**Responsables de projet :**

Lina Noël, Institut national de santé publique du Québec  
Richard Cloutier, Centre québécois de coordination sur le sida, MSSS  
Raymond Parent, Institut national de santé publique du Québec

**Assistance technique :**

Chantal Garneau, Direction de santé publique de Québec  
Marika Munger, Direction de santé publique de Québec

Sans la contribution des responsables des programmes d'accès aux seringues et des intervenants de terrain qui colligent les données et nous les transmettent, la production du présent rapport ne serait pas possible. Nous tenons à les remercier pour leur collaboration ainsi que mesdames Pascale Leclerc et Carole Morissette qui ont apporté une contribution importante en révisant et commentant le document. Une liste des principaux collaborateurs est fournie à l'Annexe 1. La liste complète des répondants par site est disponible dans la Liste officielle des centres d'accès aux seringues du Québec 2002 (distribution, vente et récupération - Programme de prévention de la transmission du VIH chez les utilisateurs de drogues par injection) produite par le Centre québécois de coordination sur le sida et l'Institut National de santé publique du Québec. Celle-ci est disponible sur le site [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca).

Édition : **Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux**

Pour obtenir un exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **[communications@msss.gouv.qc.ca](mailto:communications@msss.gouv.qc.ca)**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux  
Direction des communications  
1075, chemin Sainte-Foy, 16<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1S 2M1**

Ce document est disponible à la section **documentation**, sous la rubrique **publications** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **[www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal  
Bibliothèque nationale du Québec, 2002  
Bibliothèque nationale du Canada, 2002  
ISBN 2-550-39938-2

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

## Avant-propos

En 1994, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) a publié un document intitulé *L'usage de drogues et l'épidémie du VIH : cadre de référence pour la prévention* (MSSS, 1994), dans lequel les organismes communautaires, les pharmacies et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux étaient invités à implanter des mesures visant la prévention de la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) auprès des personnes qui font usage de drogues par injection, notamment par l'intermédiaire de programmes d'échange de seringues. Les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* (MSSS, 1997a), la *Stratégie québécoise de lutte contre le sida, phase 4 : Orientations 1997-2002* (MSSS, 1997b), le *Programme d'intervention auprès des personnes infectées par l'Hépatite C* (MSSS, 1999) et *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie, Orientations – Axes d'intervention - Action* (MSSS, 2001) du MSSS sont venus appuyer cette démarche.

Le MSSS a mis en place, en collaboration avec les directions régionales de santé publique, un suivi des programmes d'échange de seringues afin de dresser un portrait sommaire des interventions et de connaître l'évolution de ces interventions au Québec. Les statistiques sur les activités des programmes de prévention du VIH chez les UDI sont compilées depuis octobre 1995 (NOËL *et al.*, 1998; NOËL *et al.*, 1999; NOËL *et al.*, 2000). Elles permettent de suivre l'évolution de la situation au fil des ans et de soutenir les efforts des programmes de prévention du VIH chez les UDI et des nombreux centres d'accès aux seringues dispersés sur l'ensemble du territoire québécois.

La compilation des statistiques se rapportant aux programmes de prévention du VIH chez les UDI n'est pas unique au Québec. Plusieurs pays dans le monde, notamment la Suisse, la France et les États-Unis, assurent un suivi de leurs programmes d'accès aux seringues grâce à une compilation nationale des statistiques (BENNINGHOFF *et al.*, 2000; EMMANUELLI, 1999; GERVASONI *et al.*, 1996; GUYDISH *et al.*, 1993 ; HART *et al.*, 1989; HOLMBERG 1996; LURIE *et al.*; 1993).

Le présent rapport, qui est le fruit d'une collaboration entre le MSSS, l'Institut national de santé publique du Québec, les directions de santé publique et les centres d'accès aux seringues, traite des données statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention de la transmission du VIH et des hépatites chez les utilisateurs de drogues par injection du Québec pour la période allant d'avril 1996 à mars 2001. Il contient aussi des données statistiques québécoises de prévalence et d'incidence du VIH provenant du réseau de surveillance SURVUDI (PARENT *et al.*, 2002). Une description plus approfondie des statistiques recueillies pour avril 2000 à mars 2001 se retrouve à l'Annexe 2. Ce rapport ne décrit toutefois pas les autres actions globales d'intervention en toxicomanie telles que préconisées dans le *Plan d'action en toxicomanie 1999-2001* du MSSS (MSSS, 1998a).

Ce document s'adresse principalement aux personnes responsables du programme d'échange de seringues au MSSS et dans les directions régionales de santé publique ainsi qu'aux personnes chargées de la coordination des services en toxicomanie dans les régions régionales de la santé et des services sociaux.

# **TABLE DES MATIÈRES**

<b>AVANT-PROPOS .....</b>	<b>I</b>
<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>STATISTIQUES SUR LES SERVICES RELATIFS AUX PROGRAMMES RÉGIONAUX DE PRÉVENTION DU VIH ET DU VHC CHEZ LES UDI.....</b>	<b>3</b>
1.1 ÉVOLUTION DES VISITES D'USAGERS, DE LA DISTRIBUTION ET DE LA RÉCUPÉRATION DES SERINGUES DANS LES CENTRES D'ACCÈS AUX SERINGUES .....	3
1.2 LES SERINGUES VENDUES EN PHARMACIE .....	6
1.3 ANALYSE DES VISITES D'USAGERS, DE LA DISTRIBUTION ET DE LA RÉCUPÉRATION DES SERINGUES PAR CATÉGORIE DE CENTRE D'ACCÈS.....	7
1.4 LA DISTRIBUTION DE SERINGUES DANS LES RÉGIONS DU QUÉBEC .....	14
1.5 LES PREMIÈRES VISITES D'USAGERS DANS LES CENTRES D'ACCÈS AUX SERINGUES .....	15
1.6 LES VISITES D'USAGERS SELON LES GROUPES D'ÂGE DANS LES CENTRES D'ACCÈS AUX SERINGUES.....	16
1.7 LA FRÉQUENTATION DES SERVICES PAR LES USAGERS DES CENTRES D'ACCÈS AUX SERINGUES .....	17
<b>SURVEILLANCE DU VIH CHEZ LES UDI : LE RÉSEAU SURVUDI.....</b>	<b>17</b>
1.8 TENDANCES OBSERVÉES DANS LE RÉSEAU SURVUDI DEPUIS 1995 .....	18
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>20</b>
<b>PERSPECTIVES FUTURES AU REGARD DES PROGRAMMES D'ÉCHANGE DE SERINGUES.....</b>	<b>22</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>25</b>
<b>ANNEXE 1 : LES PROGRAMMES PARTICIPANTS 2000-2001 .....</b>	<b>29</b>
<b>ANNEXE 2 : STATISTIQUES 2000-2001 .....</b>	<b>34</b>

# TABLEAUX ET FIGURES

## Liste des tableaux

<u>Tableau 2.1 : Nombre de centres d'accès aux seringues selon le type d'accès (vente ou distribution gratuite), selon les activités (distribution et participation au monitoring en 2000-2001) et selon les régions</u> .....	34
<u>Tableau 2.2 : Synthèse des statistiques des principaux indicateurs de suivi des programmes de prévention du VIH chez les UDI selon la catégorie de programme et la période, avril 2000 à mars 2001</u> .....	36

## Liste des figures

<u>Figure 1 : Évolution du nombre de centres d'accès aux seringues au Québec selon le type de centre et selon l'année, 1996 à 2001</u> .....	2
<u>Figure 2 : Évolution du nombre de visites d'usagers, de seringues distribuées et récupérées pour l'ensemble des centres d'accès aux seringues au Québec, octobre 1995 à mars 2001</u> .....	4
<u>Figure 3 : Évolution du nombre de visites d'usagers, de seringues distribuées et récupérées selon l'année dans l'ensemble des centres d'accès aux seringues gratuites au Québec</u> .....	5
<u>Figure 4 : Évolution du nombre de visites d'usagers, de seringues distribuées et récupérées selon l'année dans les centres spécialisés de prévention au Québec</u> .....	8
<u>Figure 5 : Évolution du nombre de visites d'usagers, de seringues distribuées et récupérées selon l'année dans les organismes communautaires à vocations et à clientèles multiples au Québec</u> .....	10
<u>Figure 6 : Évolution du nombre de visites d'usagers, de seringues distribuées et récupérées selon l'année dans les CLSC au Québec</u> .....	11
<u>Figure 7 : Évolution du nombre de visites d'usagers, de seringues distribuées et récupérées selon l'année dans les centres hospitaliers au Québec</u> .....	12
<u>Figure 8 : Évolution du nombre de visites d'usagers, de seringues distribuées et récupérées selon l'année dans les pharmacies au Québec</u> .....	13
<u>Figure 9 : Évolution du nombre de premières visites d'usagers pour l'ensemble des centres d'accès aux seringues au Québec, octobre 1995 à mars 2001</u> .....	15

<u><i>Figure 10 : Évolution des proportions de visites d’usagers dans les centres d’accès aux seringues au Québec selon les groupes d’âge et selon l’année, avril 1996 à mars 2001</i></u> .....	16
<u><i>Figure 11 : Proportion des visites d’usagers de l’ensemble des centres d’accès aux seringues au Québec selon l’année et selon les services utilisés</i></u> .....	17
<u><i>Figure 12 : Tendances dans l’emprunt de seringues chez les UDI à la première visite selon l’année d’observation et la région</i></u> .....	18
<u><i>Figure 13 : Tendances dans la prévalence du VIH chez les UDI à la première visite selon l’année d’observation et la région</i></u> .....	19
<u><i>Figure 14 : Tendances dans l’incidence (par 100 personnes-années) du VIH chez les UDI à la première visite selon l’année d’observation et la région</i></u> .....	19
<u><i>Figure 2.1 : Nombre de centres d’accès aux seringues au Québec selon le type d’établissement, période d’avril 2000 à mars 2001</i></u> .....	35
<u><i>Figure 2.2 : Proportion des visites d’usagers des programmes d’échange de seringues au Québec selon le sexe, avril 2000 à mars 2001</i></u> .....	37
<u><i>Figure 2.3 : Proportion des visites d’usagers dans les centres d’accès aux seringues au Québec selon le groupe d’âge, avril 2000 à mars 2001</i></u> .....	38

# 1. Introduction

Chez les utilisateurs de drogues par injection (UDI), les principaux facteurs de risque liés à la prévalence du VIH sont l'injection avec des seringues utilisées par d'autres, la durée de la consommation par injection et le fait de s'injecter principalement de la cocaïne (CHAISSON *et al.*, 1989; PARENT *et al.*, 2002; HANKINS *et al.* Soumis). En vue de contrer l'épidémie de VIH qui résulterait du partage du matériel d'injection, le Québec a mis en place, dès 1989, une structure d'accès aux seringues pour les toxicomanes qui font usage de drogues par injection (NOËL *et al.*, 1998; MSSS, 1997a; MSSS, 1997b; MSSS, 1998b). Depuis 1995, le recueil de données statistiques sur les activités des programmes permet de suivre l'évolution de la situation au plan national. Le présent rapport fait état des activités de prévention du VIH et de l'hépatite C (VHC) par la distribution de seringues et de condoms, la récupération du matériel usagé et des services de base du programme national de prévention pour 1996-2001 et met en parallèle ces données avec les statistiques de 2000-2001.

Au Québec, il existe 16 programmes régionaux de prévention du VIH et du VHC auprès des UDI parmi les 18 régions sociosanitaires (voir Annexe 1). Les directions régionales de santé publique agissent en tant que coordonnatrices du programme régional de leur territoire. La structure et l'organisation de ces programmes a été décrite dans un rapport produit par l'Institut national de santé publique du Québec (RENÉ, 2001a; 2001b). On y indique que la majorité de ces régions disposent d'un système structuré régional d'approvisionnement en matériel d'injection. Les régions qui n'ont pas de programme officiel sont situées dans le Québec septentrional, loin des centres urbains. Toutefois, les responsables de santé publique de ces régions portent une attention particulière à cette question et suivent l'évolution de la situation au Québec et dans leur région.

Ces programmes régionaux fonctionnent par l'entremise de centres d'accès aux seringues (CAS). La notion de centre d'accès désigne un lieu physique de distribution ou de vente de seringues, avec ou sans récupération de matériel usagé. Le Centre québécois de coordination sur le sida (CQCS) diffuse, depuis avril 1996, une liste officielle des CAS mise à jour annuellement. Au 1<sup>er</sup> janvier 2002, il y avait 681<sup>1</sup> CAS au Québec qui se trouvaient dans des pharmacies (59 %), des CLSC (26 %), des organismes communautaires (6 %), des centres hospitaliers (8 %), des cliniques médicales (< 1 %) et des centres spécialisés de prévention (< 1 %). Une proportion importante (60 %) de ces centres fournissent gratuitement des seringues aux UDI.

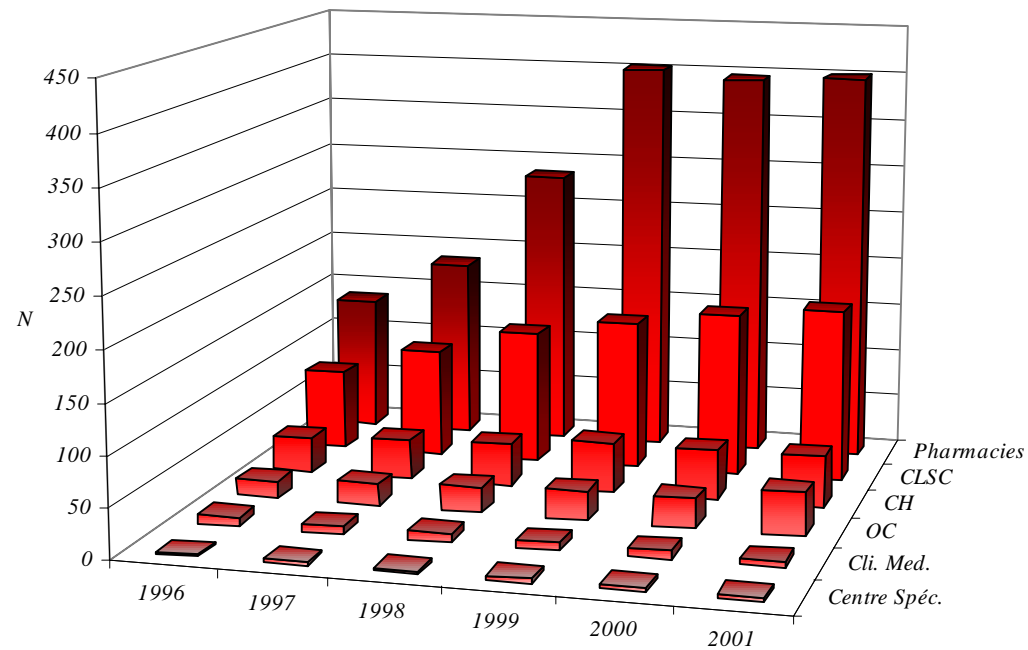
Le Québec possède donc un large réseau d'accès aux seringues sans pareil ailleurs en Amérique du Nord. Tel qu'illustré à la Figure 1, le nombre de centres d'accès s'est accru entre 1996 et 2001. Depuis 1996, le nombre de centres spécialisés de prévention (CSP) du VIH est passé de 2 à 4 tandis que celui des cliniques médicales est demeuré inférieur à 10. Par ailleurs, le nombre d'organismes communautaires est passé de 17 à 43, celui des centres hospitaliers de 35 à 52 et celui des CLSC de 81

---

<sup>1</sup> Deux centres d'accès ne sont pas inscrits dans la Liste officielle des CAS, mais ont transmis des données de monitoring.

à 176<sup>2</sup> (MSSS, 2000). Le nombre de pharmacies inscrites sur la liste officielle était de 138 en 1996, alors qu'il se situe à 400 pour l'année 2001. Ainsi, le nombre de centres d'accès aux seringues s'est accru de manière importante depuis le début de la stratégie de prévention du VIH auprès des UDI en 1994.

**Figure 1 :** Évolution du nombre de centres d'accès aux seringues au Québec selon le type de centre et selon l'année, 1996 à 2001



Les CAS ont comme point commun de rendre les seringues accessibles, mais l'offre de service peut varier. Lorsqu'un CAS offre une gamme complète de services destinés spécifiquement aux UDI, on parle alors d'un véritable programme d'échange de seringues. La notion de programme renvoie à « un ensemble d'activités structurées qui va au-delà de la seule information ou de la distribution de seringues et dont l'objectif général est le renforcement des comportements d'injection sécuritaires. Le programme doit comprendre des objectifs opérationnels, des activités, des stratégies et des acteurs (MSSS, 1999). Ils sont actuellement au nombre de neuf. Montréal-Centre en compte cinq sur son territoire : Cactus-Montréal, Spectre de rue, Dopamine, l'Anonyme et Pact de Rue. Les régions de Québec (Point de Repères), de l'Estrie (CLSC de la région sherbrookoise), de l'Outaouais (BRAS) et des Laurentides (Centre Sida Amitié) comptent chacun un programme d'échange de seringues. Parmi les programmes d'échange de seringues, quatre organismes ont été désignés comme centre spécialisé de prévention (CSP) alors que les autres sont considérés comme des organismes communautaires à

<sup>2</sup> Les données de 26 des 32 cliniques médicales répertoriées dans la liste officielle ont été compilées avec les CLSC puisque ce sont des centres de santé publics.

vocations et à clientèles multiples qui offrent l'accès au matériel d'injection stérile parmi la gamme de leurs services. Dans ces organismes, l'accès au matériel d'injection stérile se fait, soit dans un site fixe, soit par le biais du travail de rue ou d'une unité mobile.

En dehors des grands centres urbains, là où il n'y a pas de grande concentration de toxicomanes, le concept de programme régional avec sites multiples d'accès au matériel d'injection stérile est celui qui prévaut. Ces programmes sont constitués de réseaux de services d'échange de seringues situés principalement dans des établissements de santé (CLSC et centres hospitaliers) et dans des pharmacies. Des cliniques médicales font également l'échange de seringues, mais de façon beaucoup moins fréquente.

Ce rapport vise donc à présenter les statistiques relativement aux interventions réalisées dans les CAS et faire aussi le point sur les données de surveillance du VIH et du VHC chez les UDI au Québec.

## **Statistiques sur les services relatifs aux programmes régionaux de prévention du VIH et du VHC chez les UDI**

### ***1.1 Évolution des visites d'usagers, de la distribution et de la récupération des seringues dans les centres d'accès aux seringues***

Des indicateurs communs à l'ensemble des programmes régionaux de prévention du VIH auprès des UDI ont été définis dans le cadre de l'évaluation nationale (NOËL *et al.*, 1998). Pour chaque visite effectuée par les UDI (visites d'usagers), l'âge, le sexe et le statut du visiteur (première visite oui/non) sont colligés. L'intervenant inscrit la date et le moment de la journée ainsi que les transactions effectuées, soit le nombre de seringues distribuées gratuitement et celles récupérées, les condoms distribués, les services utilisés et les incidents rapportés, s'il y a lieu. Les données recueillies sont transmises à l'aide d'un bordereau qui tient compte des indicateurs et des lieux d'accès aux seringues pour chacun des programmes. Les données sont ensuite analysées sur une base nationale.

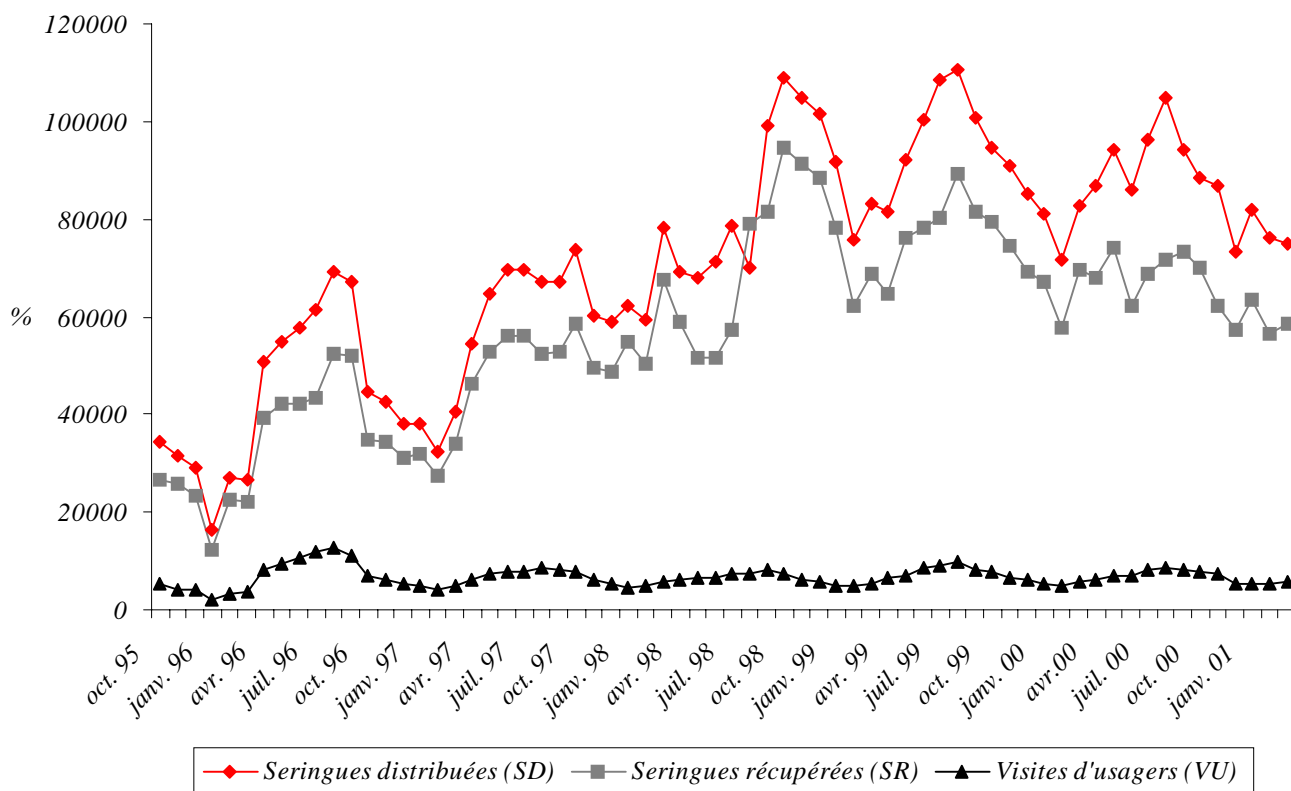
Près du tiers des CAS qui distribuent des seringues gratuitement fournissent annuellement des statistiques quant aux clientèles qui les visitent et aux services dispensés à leur clientèle UDI. Sauf lorsqu'il y a eu un inconvénient majeur, tous les CAS avec un important volume de distribution de seringues ont transmis des statistiques pour les périodes à l'étude. Il y a donc des données manquantes pour 1) le programme Dopamine en 1998-99 en raison d'une altération de la banque de données et 2) pour le programme L'Anonyme d'avril 2000 à octobre 2000 en raison d'une réorganisation.

Les statistiques relatives aux CAS seront présentées en tenant compte de l'évolution dans le temps, soit de la période de 1996-1997 à 2000-2001. Toutefois, le lecteur trouvera un résumé synthèse de la période la plus récente (avril 2000 à mars 2001) à l'Annexe 2.

Depuis octobre 1995, la distribution de seringues aux UDI s'est accrue graduellement d'année en année, le MSSS ayant invité les CAS à distribuer davantage de seringues et à lever les limites de quotas d'échange. Les mois de décembre, janvier et principalement février sont caractérisés par une baisse du nombre de seringues distribuées tandis que les mois de juillet à octobre sont caractérisés par une hausse (Figure 2).

À partir de la première année complète pour laquelle les données sont disponibles, soit 1996-1997, le **nombre de visites d'usagers** dans les centres d'accès aux seringues a connu une légère baisse (Figures 2 et 3). Il est passé de 96 102 en 1996-1997 à 81 420 en 2000-2001. Cette baisse pourrait s'expliquer en partie par l'accès à un plus grand nombre de seringues par visite, ce qui entraîne une diminution dans le nombre de visites dans les sites.

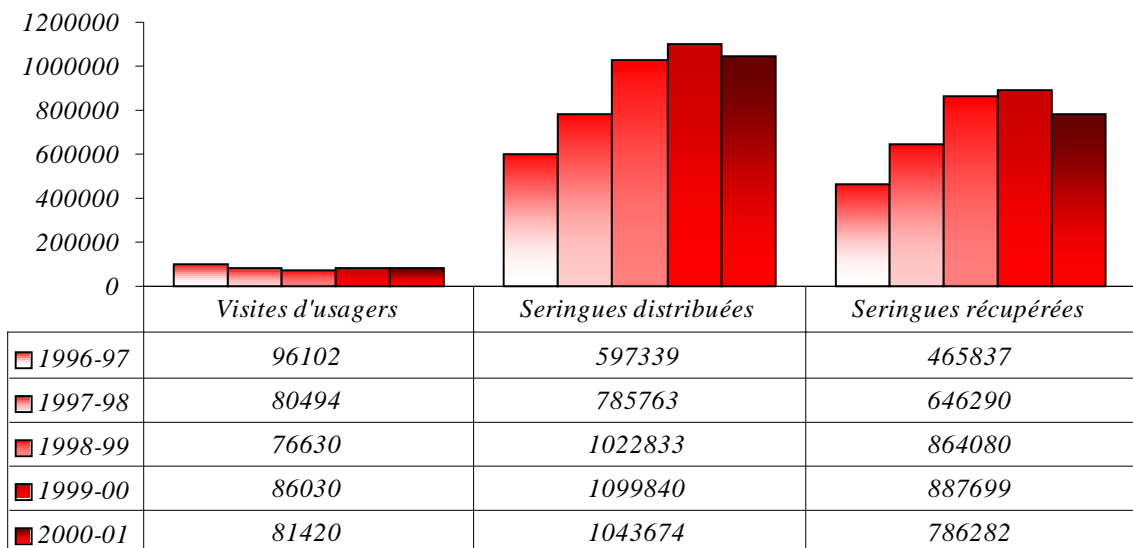
**Figure 2 :** Évolution du nombre de visites d'usagers, de seringues distribuées et récupérées pour l'ensemble des centres d'accès aux seringues au Québec, octobre 1995 à mars 2001



Le **nombre de seringues distribuées** s'est accru régulièrement entre 1996 et 2000, variant de 597 339 à 1 099 840 (Figures 2 et 3). Cependant, au cours de la période 2000-2001, le nombre de seringues distribuées a légèrement diminué passant à 1 043 674. À l'exception des régions du Bas-Saint-Laurent,

de l'Estrie, de l'Outaouais, de la Côte-Nord et de Lanaudière, toutes les autres régions ont enregistré une diminution du nombre de visites d'usagers et du nombre de seringues distribuées.

**Figure 3 :** Évolution du nombre de visites d'usagers, de seringues distribuées et récupérées selon l'année dans l'ensemble des centres d'accès aux seringues gratuites au Québec



Par ailleurs, la région de Montréal-Centre et celle de l'Abitibi-Témiscamingue ont signalé un écart entre le nombre de seringues mises en circulation par leur système central d'approvisionnement respectif et les données recueillies par le biais des statistiques. En 2000-2001, dans la région de Montréal-Centre, 1 039 400 seringues ont été mises en circulation alors que les statistiques font état de 838 755 seringues distribuées. Une situation similaire est rapportée pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue où 13 934 seringues ont été distribuées aux partenaires alors que 1 374 ont été compilées. Ces informations mettent en évidence toute la complexité d'assurer un suivi des informations sur les services dispensés dans une multiplicité de sites à la grandeur du Québec. Retenons, somme toute, que pour plus de 80 % des seringues distribuées gratuitement, des données sur les services rendus aux UDI sont compilées.

La **proportion de seringues récupérées** annuellement se situe autour de 80 %, (soit 78,0 % en 1996-1997, 82,1 % en 1997-1998, 82,6 % en 1998-1999 et 80,7 % en 1999-2000) et s'est abaissée à 75,3 % en 2000-2001. Des efforts importants sont consentis pour la récupération des seringues usagées depuis le début du programme national. Par ailleurs, à partir du moment où l'échange une pour une (une seringue stérile en échange d'une seringue usagée) a été abandonné au profit d'une libéralisation des politiques d'accès (évaluer la quantité de seringues nécessaires à chaque individu afin que lui et ses partenaires d'injection ne partagent pas le matériel d'injection), il est difficile de mesurer l'efficacité de la récupération puisque les seringues ne sont pas rapportées à chaque visite et qu'elles sont souvent

rapportées en grand nombre dans des contenants divers. Les intervenants ne peuvent qu'estimer le nombre approximatif de seringues récupérées dans ces contenants, ce qui peut tout aussi bien jouer à la faveur d'une sous-estimation comme d'une sur-estimation. Aussi, les chiffres dont nous disposons pour évaluer la quantité de seringues récupérées ne permettent qu'une approximation. Par ailleurs, aucune mesure visant à accroître la précision de cette évaluation ne devrait être prise au détriment des intervenants qui auraient à manipuler des contenants de seringues souillées.

L'interprétation de ces données doit se faire en parallèle avec chaque région et chaque CAS afin de bien vérifier que la diminution n'est pas attribuable à l'absence de données de la part d'un CAS pour un mois spécifique. Toutefois, comme la région de Montréal-Centre représente de 60 % à 70 % des visites d'usagers et de 76 % à 80 % des seringues distribuées au Québec, une attention particulière est d'abord portée aux données de cette région. Outre les deux incidents signalés précédemment pour la région de Montréal-Centre, dont l'un s'étalait sur toute l'année et l'autre sur la période la plus achalandée, aucune indication ne laisse croire qu'une diminution importante des données compilées pour certains mois puisse avoir eu une incidence sur la courbe mensuelle de distribution des seringues.

## ***1.2 Les seringues vendues en pharmacie***

Les statistiques sur les CAS ne comprennent pas les seringues vendues dans les pharmacies du Québec. Seuls les pharmaciens qui participent aux programmes d'accès gratuit à des seringues font une compilation des statistiques de leurs activités de prévention. Toutefois, dans certaines régions, des enquêtes périodiques sont menées auprès des pharmaciens pour connaître la situation de la vente de seringues sur le territoire.

Durant l'année 2000, la région de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine estime à 286 le nombre de seringues vendues et distribuées en pharmacie pour lesquelles il n'y a pas de données statistiques, tandis que la région de Laval estime à 505 le nombre de seringues vendues en pharmacie. La région de Lanaudière estime que, depuis 1996, 1 244 seringues auraient été distribuées ou vendues en pharmacie, soit un peu plus de 200 par année. Finalement, l'enquête menée auprès des pharmaciens de la région de Québec participant au programme UDI-pharmacie en 2000 (plus de 18 000) et en 2001 (plus de 22 000) a permis d'estimer le nombre de seringues vendues annuellement par les pharmaciens. Pour la région de Montréal, le nombre de seringues vendues annuellement en pharmacie a été estimé à 200 000 en 1997-1998 (LAMBERT *et al.*, 1999).

En tenant compte de toutes les données qui ont été fournies au fil des ans sur la vente de seringues en pharmacie dans diverses régions du Québec, on peut estimer grossièrement à près de 220 000 le nombre de seringues vendues annuellement en pharmacie.

### ***1.3 Analyse des visites d'usagers, de la distribution et de la récupération des seringues par catégorie de centre d'accès***

L'analyse des données recueillies sera présentée par catégorie de CAS soit : les organismes communautaires (incluant les centres spécialisés de prévention dont la vocation est de rejoindre spécifiquement les UDI et les organismes communautaires à vocations et clientèles multiples), les CLSC, les centres hospitaliers et les pharmacies à accès aux seringues gratuit.

#### ***1.3.1 Les organismes communautaires : centres spécialisés de prévention et organismes communautaires à vocations et clientèles multiples***

##### ***1.3.1.1 Les centres spécialisés de prévention***

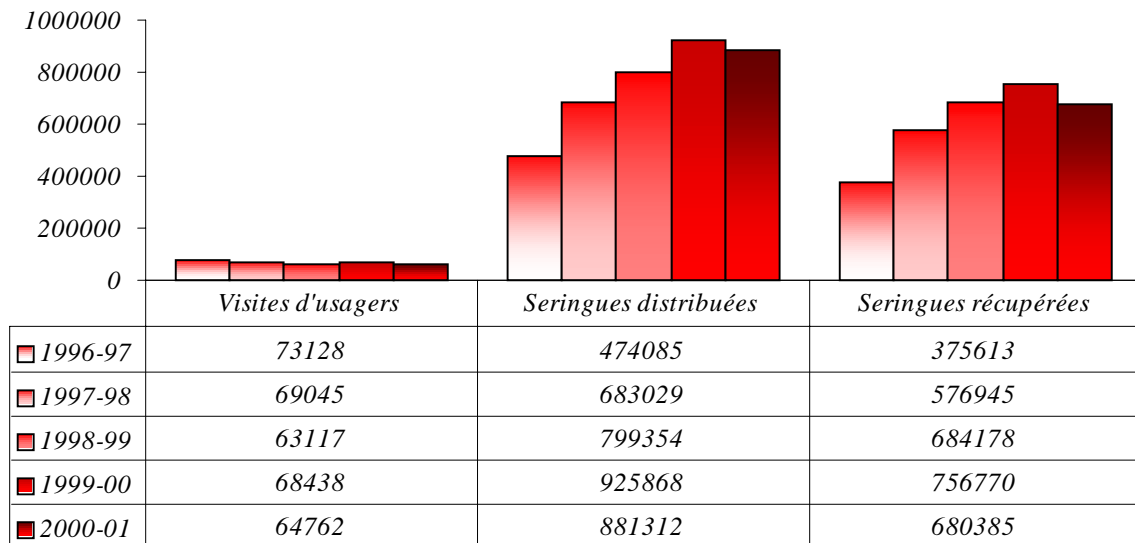
Les centres spécialisés de prévention (CSP) sont les programmes dont la vocation est de rejoindre spécifiquement les UDI. Ils sont généralement des lieux physiques où les UDI peuvent se rendre pour obtenir des seringues. Les CSP peuvent aussi utiliser des moyens pour rejoindre la clientèle là où elle se trouve. Le travail de rue (incluant le travail de milieu et le travail de proximité) sont des moyens utilisés par certains CSP pour rendre les seringues disponibles aux UDI. C'est la catégorie de programme où le plus grand nombre d'UDI sont rejoints (Figure 4). Ce sont CACTUS-Montréal, Point de Repères, Spectre de rue (à compter de 1997-1998) et Dopamine (Pré-Fix). Situés dans les grands centres urbains, ils visent, entre autres, à rejoindre les UDI les plus désorganisés socialement par le biais des sites fixes et du travail de milieu.

Les CSP, dont le **nombre de visites** d'usagers était de 73 128 en 1996-1997, ont enregistré une baisse dès la seconde période suivie d'une fluctuation du nombre de visites d'usagers (entre 63 000 et 69 000) pour les périodes subséquentes (Figure 4). La quantité de **seringues distribuées** par les CSP est de loin la plus importante parmi l'ensemble des centres d'accès aux seringues. En 1999-2000, 84,2 % des seringues distribuées l'ont été par le biais des CSP. Toutefois, le nombre de seringues distribuées, qui était croissant depuis 1996-1997, connaît sa première baisse (de 925 868 à 881 312) au cours de la période d'avril 2000 à mars 2001. Durant cette période, les CSP de Montréal ont enregistré une légère baisse (près de 27 000 seringues) tandis que celui de Québec quant à lui, a connu une baisse de près de 18 000 seringues distribuées. Les CSP demeurent tout de même les sites où il se distribue le plus grand nombre de seringues avec 88,7 % des seringues distribuées en 2000-2001. Les sites fixes demeurent les lieux où il se distribue et se récupère le plus grand nombre de seringues annuellement. Même en excluant les activités dans les milieux de vie (travail de rue, pairs aidant ou travail de proximité), c'est plus de 750 000 seringues qui ont été distribuées par le biais des sites fixes des CSP en 2000-2001.

Par ailleurs, la majorité des CSP offrent l'accès au matériel d'injection par le biais du travail de rue. Cette activité prend diverses formes et les travailleurs communautaires rejoignent les consommateurs là où ils se trouvent, soit dans les lieux de consommation, sur la rue, ou à leur domicile. Comme ce sont les travailleurs de rue qui établissent un contact avec les clients, le terme contact client s'avère plus

juste. Au fil des ans, les données statistiques provenant des activités du travail de rue de ces organismes a constitué une part de plus en plus importante. Le nombre de contacts clients établi par les travailleurs de rue des CSP est passé de 2392 en 1996-1997 à 8658 en 2000-2001. Le nombre de seringues distribuées par le biais de ces activités est passé de 2748 à 140 533 entre 1996-1997 et 1999-2000 tandis que le nombre de seringues récupérées est passé de 1984 à 115 064 au cours de la même période. Toutefois, la période 2000-2001 est caractérisée par une diminution des échanges, soit 135 212 seringues distribuées et 91 940 seringues récupérées. La proportion de seringues distribuées par le biais du travail de proximité (travail de rue et pairs aidant) est passée de 0,6 % à 15,3 % entre 1996-1997 et 2000-2001.

**Figure 4 :** Évolution du nombre de visites d'usagers, de seringues distribuées et récupérées selon l'année dans les centres spécialisés de prévention au Québec



Le taux de **récupération** des seringues dans les CSP varie entre 77,2 % et 85,6 % selon les années. Malgré une légère baisse au cours des deux dernières périodes (le taux est passé de 85,6 % à 77,2 % entre 1998-1999 et 2000-2001), les CSP demeurent tout de même des programmes très performants quant à la récupération du matériel souillé.

### 1.3.1.2 Les organismes communautaires à vocations et à clientèles multiples

Les organismes communautaires à vocations et clientèles multiples n'ont pas, comme les CSP, un mandat exclusif de prévention VIH/VHC. Ils distribuent des seringues, mais ce sont généralement des organismes de prévention, d'accompagnement ou d'aide aux personnes présentant diverses problématiques dont la toxicomanie et l'injection de drogues. La distribution de seringues n'est

généralement pas la mission première de ces organismes. L'accès aux seringues peut se faire selon des horaires fixes ou variables ou suivant un mode de dépannage pour d'autres. Dans tous les cas, ces organismes sont accessibles dans la majorité des régions du Québec et offrent une opportunité de rejoindre des clientèles difficiles à rejoindre.

En 2000-2001, on comptait 44 organismes communautaires à vocations et clientèles multiples qui offraient du matériel d'injection stérile aux personnes toxicomanes qui s'injectent. Le Saguenay Lac-Saint-Jean (10), Québec (5), la Mauricie/Centre-du-Québec (9), l'Estrie (2), Montréal-Centre (4)<sup>3</sup>, l'Outaouais (2), la Côte-Nord (1), Laval (3), les Laurentides (5) et la Montérégie (3) sont des régions qui comptent sur la collaboration des organismes communautaires pour la mise à disposition de matériel d'injection aux personnes toxicomanes qui s'injectent. La distribution de seringues par le biais de ces organismes représente entre 12,0 % et 23,0 % du matériel mis à la disposition des UDI chaque année.

Le **nombre de visites** de clients dans les organismes communautaires à clientèles et vocations multiples était plus élevé au cours de la première période de suivi des programmes 18 978 (Figure 5). Dès la période suivante, le nombre de visites de clients s'est abaissé à 6 266. Cette baisse est liée en grande partie à un changement de vocation de l'organisme Spectre de rue entre 1996-1997 et 1997-1998.<sup>4</sup> Pour les périodes subséquentes, le nombre de visites de clients varie entre 8 023 et 11 817. Par ailleurs, la quantité de **seringues distribuées** est passée de 140 273 en 1998-1999 à 103 522 en 2000-2001, soit une baisse de 26,2 %. Notons aussi, que le programme Pact de rue à Montréal avait connu une année exceptionnelle en 1998-1999 avec 66 785 seringues distribuées alors qu'il en avait distribué 26 993 l'année précédente. La diminution serait donc attribuable à un retour à la normale plutôt qu'à une véritable baisse.

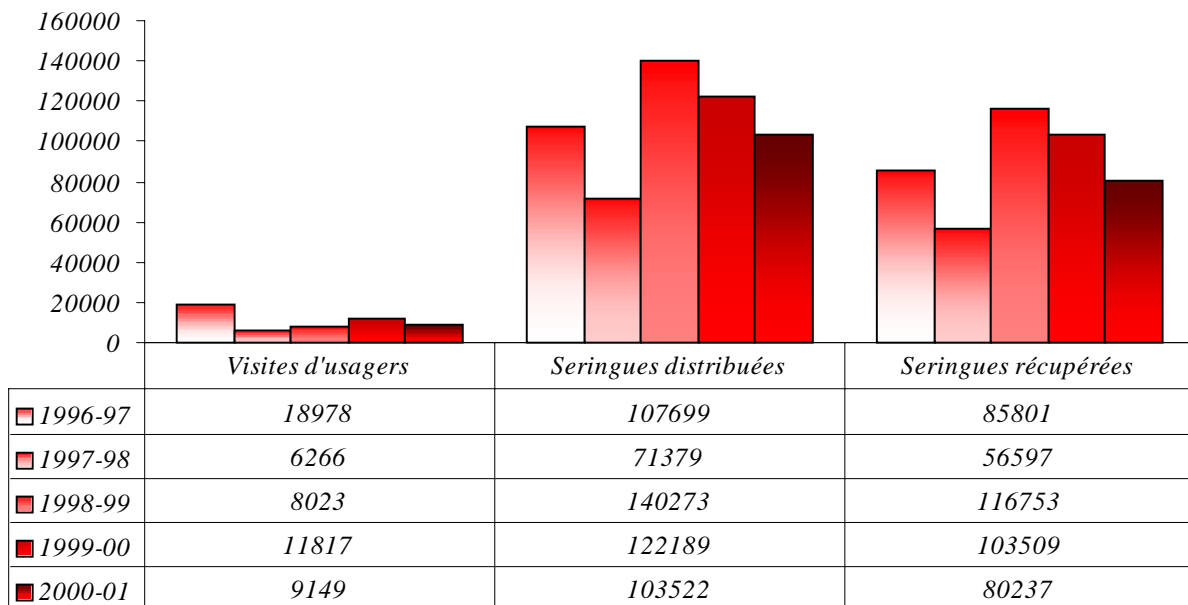
Le taux de **récupération** des seringues des organismes communautaires à vocations et clientèles multiples varie entre 79 % et 84 % selon les années. Ils connaissent une légère baisse au cours de la dernière période (le taux est passé de 84,7 % en 1999-2000 à 77,5 % en 2000-2001), mais demeurent tout de même des programmes aussi performants que les CSP quant à la récupération du matériel souillé.

---

<sup>3</sup> Deux organismes communautaires n'apparaissent pas dans la liste officielle, mais fournissent des données statistiques sur le suivi des clientèles et des services aux clientèles UDI.

<sup>4</sup> Quatre événements importants doivent être considérés dans l'interprétation des statistiques sur les organismes communautaires : 1) En 1997-1998, Spectre de rue devient un centre spécialisé de prévention auprès des UDI et, du même coup, ses données seront transférées vers la catégorie des CSP; 2) en 1998-1999, Pact de rue a distribué plus de 66 000 seringues alors qu'il en avait distribué près de 27 000 au cours de la période précédente; 3) en 1999-2000 et en 2000-2001, le programme BRAS de la région de l'Outaouais a distribué respectivement 18 925 et 29 008 seringues alors qu'il en avait distribué autour de 6 000 au cours des périodes précédentes et 4) en 2000-2001, L'Anonyme n'est pas en mesure de transmettre ses données pour les mois d'avril à octobre, laissant ainsi un trou d'environ 35 000 seringues non compilées si on compare à la période précédente.

**Figure 5 :** Évolution du nombre de visites d'usagers, de seringues distribuées et récupérées selon l'année dans les organismes communautaires à vocations et à clientèles multiples au Québec



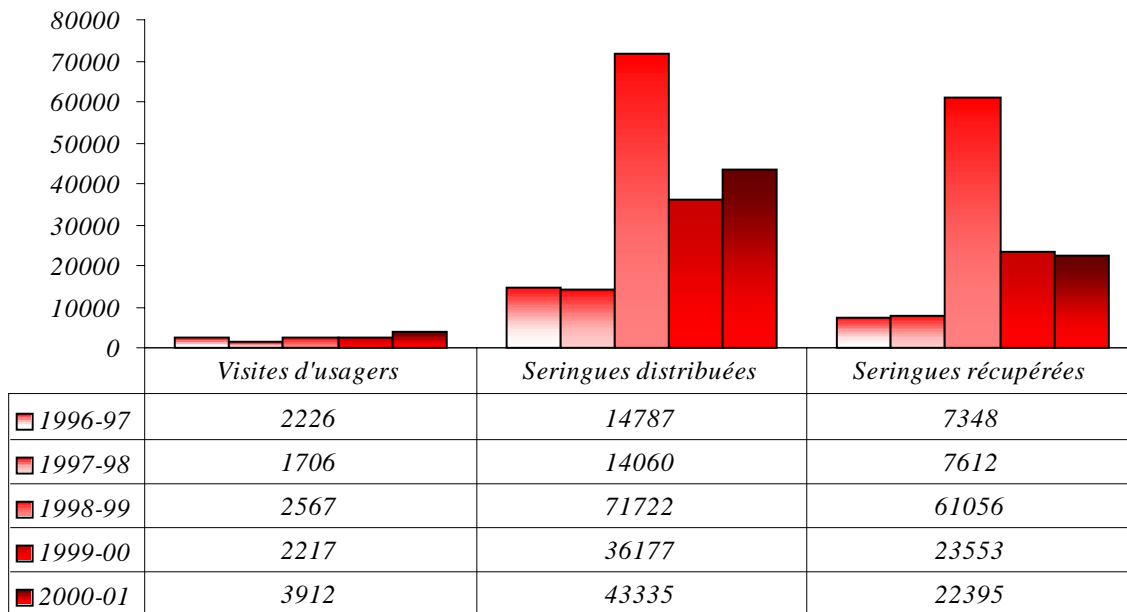
L'accès au matériel d'injection par le biais des **unités mobiles** des organismes communautaires représente en moyenne 31,5 % de la distribution de seringues, tandis que le travail de proximité (de rue ou par le biais des pairs aidant) représente en moyenne 18,3 % du matériel distribué. Le nombre de **seringues distribuées** par le biais du travail de rue pour la période d'avril 2000 à mars 2001 a été de 37 305, soit 36 % des seringues distribuées dans les OC à vocations et clientèles multiples. Durant cette même période, les unités mobiles ont distribué 12,8 % des seringues alors que, pour la période précédente, les UM avaient distribué 42,2 % des seringues. L'Anonyme a connu une période de restructuration et aucune donnée n'est disponible pour les mois d'avril à octobre 2000, entraînant une baisse importante du nombre de seringues distribuées dans les unités mobiles. Il faudra attendre une prochaine année pour suivre l'évolution de la situation dans les unités mobiles.

Le nombre de **seringues récupérées** dans les unités mobiles est très important. Le taux de récupération est supérieur à 80 %. En 1999-2000, il était de 97,4 %. Le travail de rue se distingue aussi par un taux de récupération voisin de 80 %.

### 1.3.2 Les CLSC

Parmi les centres d'accès aux seringues du réseau de la santé et des services sociaux, ce sont les CLSC qui distribuent la plus grande quantité de seringues (Figure 6). Il y a, au Québec, plus de 170 points d'accès aux seringues en CLSC pour les UDI. Les CLSC sont une porte d'entrée pour tout une gamme d'autres services disponibles.

**Figure 6 :** Évolution du nombre de visites d'utilisateurs, de seringues distribuées et récupérées selon l'année dans les CLSC au Québec



Le nombre de seringues distribuées et récupérées dans les CLSC a beaucoup varié d'une période à l'autre (Figure 6). La baisse observée entre 1998-1999 et 1999-2000 est largement attribuable à la baisse observée au CLSC Hochelaga-Maisonneuve. En effet, dans ce CLSC situé à Montréal, le nombre de **seringues distribuées** est passé de 51 942 en 1998-1999 à 14 391 en 1999-2000 alors que le nombre de **seringues récupérées** est passé de 51 247 à 12 285. Notons que les CLSC ont distribué plus de 35 000 seringues au cours des deux dernières périodes.

Le taux de récupération de seringues en CLSC se situe en moyenne autour de 50 %. En 1998-1999, le taux de récupération en CLSC a atteint 85 %, soit 61 056 seringues récupérées pour 71 722 seringues distribuées (Figure 6).

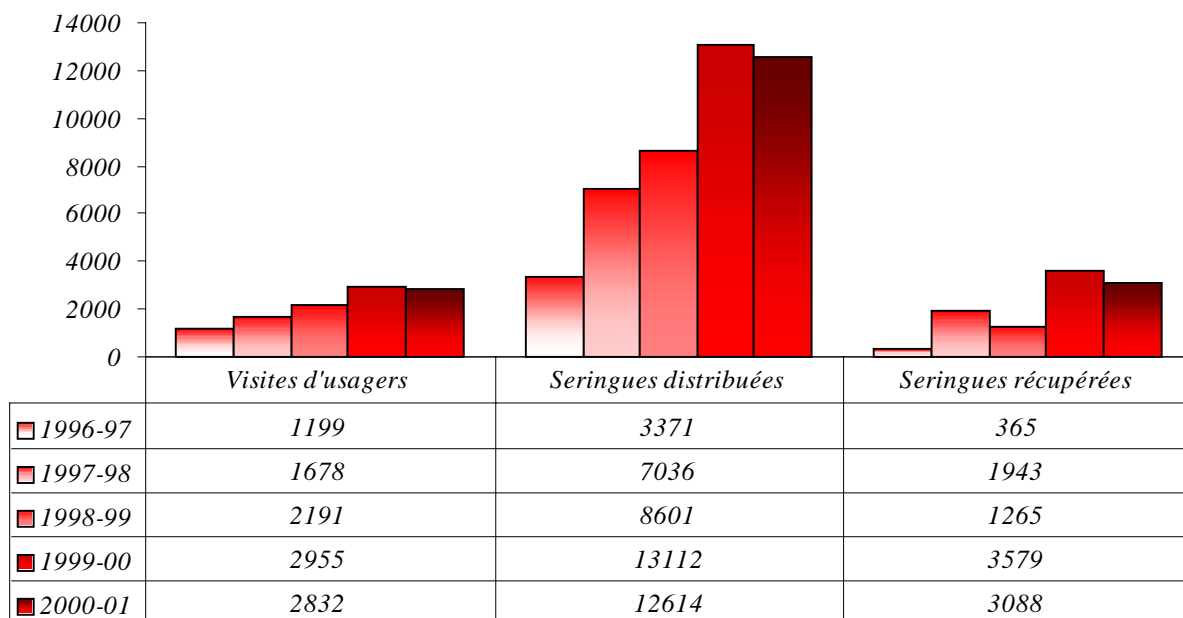
### 1.3.3 Les centres hospitaliers

Parmi les CAS du réseau de la santé, les centres hospitaliers (CH) des régions semi-urbaines et rurales jouent un rôle non négligeable dans la mise à disposition des seringues aux UDI (Figure 7). En 2000-2001, les urgences de 52 CH dans 12 régions du Québec ont fourni des données statistiques indiquant une mise à disposition de seringues aux UDI.

Le nombre de **visites de clients** rapporté par les CH est passé de 1 199 en 1996-1997 à 2 832 en 2000-2001. Le nombre de **seringues distribuées** par le biais des urgences des CH est passé de 3371 en 1996-1997 à plus de 12 000 au cours des deux dernières périodes.

Le nombre de **seringues souillées récupérées** par le biais des CH apparaît peu élevé, cependant il est fort probable qu'il ne soit pas toujours colligé. Les hôpitaux disposent généralement de bacs de récupération permettant aux UDI de disposer de leurs seringues usagées sans être obligés de les déposer dans les bacs sous la supervision des intervenants. Nous ne disposons donc pas de données précises sur la récupération du matériel souillé dans les CH.

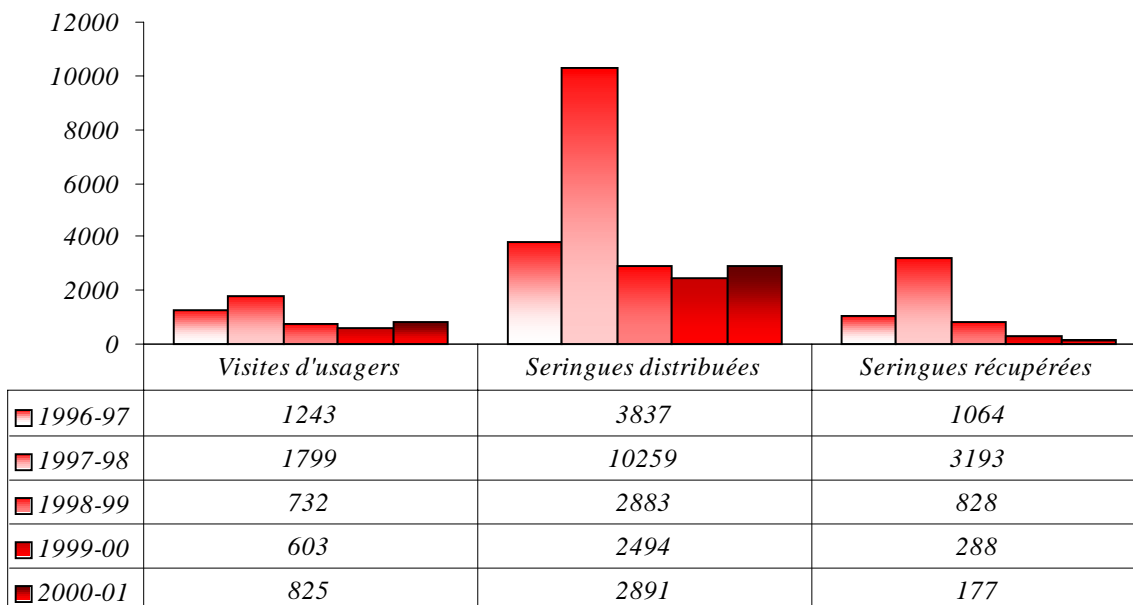
*Figure 7 : Évolution du nombre de visites d'usagers, de seringues distribuées et récupérées selon l'année dans les centres hospitaliers au Québec*



### 1.3.4 Les pharmacies à accès aux seringues gratuit

Pour les pharmacies donnant accès gratuitement aux seringues (elles leurs sont remises par les DSP), l'année 1997-1998 a été celle du plus grand nombre de seringues compilées à des fins de statistiques (Figure 8). Il est peu probable que le nombre de seringues distribuées en pharmacie ait diminué de manière aussi importante. Les statistiques fournies seraient plutôt le reflet d'une sous-déclaration. Les enquêtes ponctuelles menées par les responsables régionaux montrent plutôt une augmentation du nombre de seringues mise à disposition par les pharmaciens. Tel que mis en évidence dans l'étude auprès des pharmaciens de la région de Québec (BINET *et al.* 2001), les pharmaciens acceptent de mettre des seringues stériles à la disposition des UDI dans la mesure où cette activité ne constitue pas un accroissement de leur tâche. La compilation de statistiques sur les clientèles qui font des demandes pour du matériel d'injection stérile constitue, à cet égard, un surcroît de travail principalement dans les pharmacies où il y a une demande plus importante. Par ailleurs, il appert que les pharmaciens répondent relativement bien aux enquêtes ponctuelles. Cette méthode, même si elle est moins précise que la compilation de statistiques, s'avère un bon moyen de sonder la situation de manière ponctuelle dans le temps et de maintenir le contact avec les pharmaciens partenaires des programmes régionaux de prévention du VIH chez les UDI.

**Figure 8 :** Évolution du nombre de visites d'usagers, de seringues distribuées et récupérées selon l'année dans les pharmacies au Québec



## 1.4 La distribution de seringues dans les régions du Québec

Les statistiques sur la quantité de seringues distribuées gratuitement ont été compilées par région pour la période d'avril 1996 à mars 2001 (Tableau 1).

**Tableau 1 :** Répartition des seringues distribuées (SD) dans les centres d'accès aux seringues au Québec et moyenne de seringues distribuées par visite d'usagers (M) selon l'année et la région

Régions	1996-1997		1997-1998		1998-1999		1999-2000		2000-2001	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
Bas-Saint-Laurent	185	5,6	285	5,0	334	5,1	573	5,2	650	4,9
Saguenay—Lac-Saint-Jean	648	1,9	4 697	3,8	2 484	3,6	4 107	4,1	2778	4,2
Québec	107 934	5,3	139 125	6,5	198 405	11,8	148 033	8,3	131 659	9,1
Mauricie—Centre-du-Québec	1 130	3,3	6 512	5,8	9 458	9,4	15 302	9,0	12 015	7,8
Estrie	2 094	6,2	1 771	7,8	3 893	9,9	8 859	14,8	10 103	17,2
Montréal-Centre	318 412	7,3	569 682	11,9	802 294	16,3	885 723	16,8	838 755	15,6
Outaouais	4 283	1,4	2 758	0,8	6 387	1,2	19 479	2,1	29 421	3,4
Abitibi-Témiscamingue	3 340	2,9	6 322	4,4	2 950	4,1	1 585	3,1	1 374	2,9
Côte-Nord	—	—	3 963	9,2	622	3,9	131	2,3	444	2,7
Nord-du-Québec	—	—	64	2,3	20	2,2	18	0,5	—	—
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	—	—	—	—	4	—	298	—	93	1,2
Chaudière-Appalaches	401	2,4	1 017	3,5	—	—	1 226	2,6	—	—
Laval	—	—	—	—	440	—	1 192	7,5	498	5,5
Lanaudière	—	—	143	6,0	333	4,7	195	7,5	2665	12,6
Laurentides	—	—	2 448	9,2	3 023	—	—	—	3542	8,3
Montérégie	4 179	6,2	4 224	6,6	13 738	8,4	13 119	9,7	9677	7,7
<b>TOTAL</b>	<b>442 606</b>	<b>6,3</b>	<b>743 012</b>	<b>9,5</b>	<b>1 040 922</b>	<b>13,7</b>	<b>1 099 732</b>	<b>12,8</b>	<b>1 043 674</b>	<b>12,8</b>

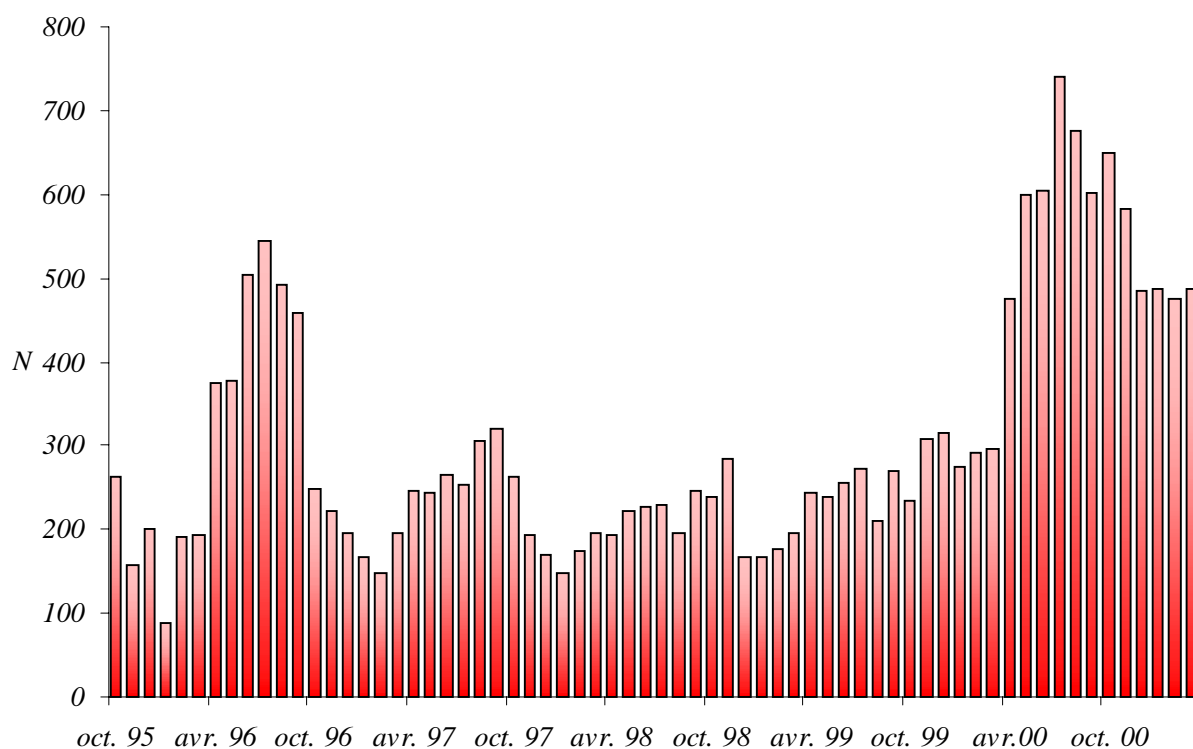
La quantité moyenne de seringues distribuées gratuitement par visite d'usagers est passée de 6,3 en 1996-1997 à 12,8 en 2000-2001 (Tableau 1). Cette moyenne est variable d'une région à l'autre. Différentes raisons peuvent être invoquées pour expliquer ce phénomène, mais ce ne sont que des hypothèses. Par exemple, la collecte des données à des fins statistiques s'avère plus complexe lorsque les responsables régionaux doivent transiger avec plus de 30 intervenants dispersés dans autant de lieux différents. Ainsi, dans ces programmes, les données transmises annuellement sont tributaires de la collaboration d'un grand nombre de partenaires. Les régions semi-urbaines pourraient aussi avoir une

demande plus faible de la part des UDI ou bien les intervenants pourraient se sentir moins à l'aise de distribuer de grandes quantités de seringues.

### 1.5 Les premières visites d'usagers dans les centres d'accès aux seringues

Chaque année, de nouveaux usagers s'ajoutent aux anciens. Cependant, comme les données par individus ne sont disponibles que dans quelques CAS, il est impossible d'établir globalement le nombre d'entrées et de sorties. Toutefois, une question simple qui s'apparente à « est-ce la première fois que tu viens ici? » permet d'estimer les premières visites dans les centres d'accès aux seringues gratuites. Le nombre de premières visites se situe autour de 3 000 chaque année et il représente au plus 4 % de l'ensemble des visites d'usagers annuellement (Figure 9).

**Figure 9 :** Évolution du nombre de premières visites d'usagers pour l'ensemble des centres d'accès aux seringues au Québec, octobre 1995 à mars 2001



Le nombre de premières visites d'usagers est plus important durant les périodes d'avril à octobre que durant les périodes de novembre à mars (Figure 9). La courbe des nouveaux usagers suit celle des visites d'usagers (Figure 2) avec une augmentation des nouvelles visites au cours de l'été 1996. Toutefois, la situation d'avril 2000 à mars 2001 est particulière avec une augmentation de plus de 50 % par rapport à 1999-2000. Cette augmentation des nouvelles visites d'usagers est attribuable

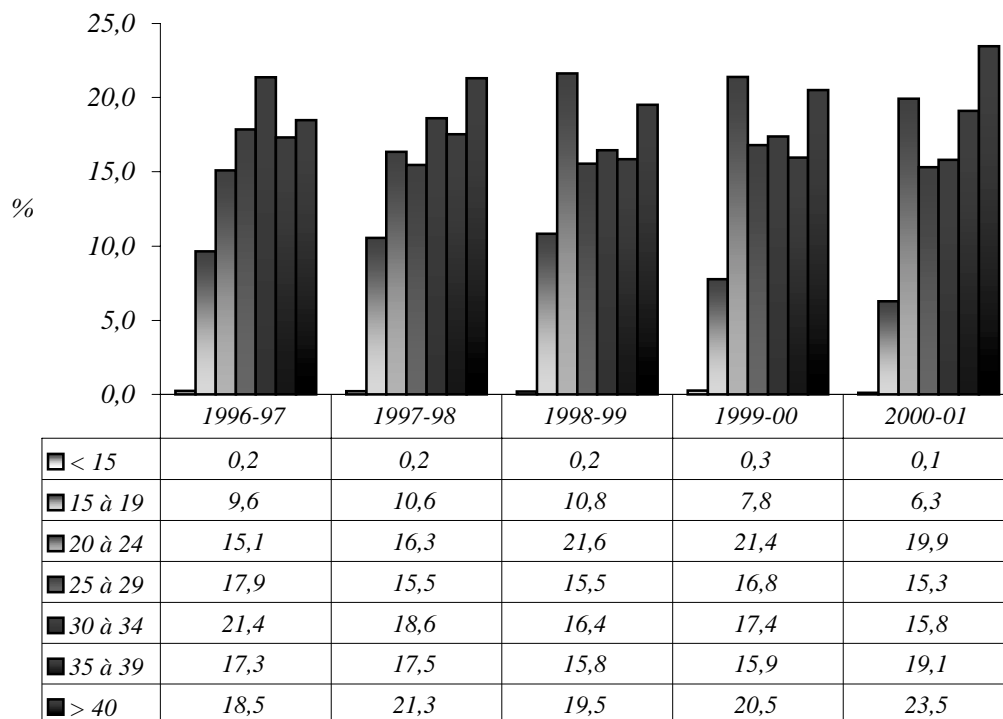
principalement à la région de Montréal-Centre et pourrait s'expliquer par des modifications dans le mode de collecte des données qui a été mis en application au cours de l'année 1999.

Notons qu'un nombre de plus en plus important d'UDI sont susceptibles d'entretenir des contacts indirects avec les centres d'accès aux seringues gratuites en raison de l'accroissement du nombre de travailleurs de rue qui rendent les seringues accessibles dans les lieux d'injection. Il existe très probablement un nombre important de clients pour lesquels nous ne disposons pas de données statistiques.

### 1.6 Les visites d'usagers selon les groupes d'âge dans les centres d'accès aux seringues

Une analyse des statistiques de la clientèle des CAS, selon les groupes d'âge et suivant les périodes, montre une évolution de la fréquentation de CAS par les différents groupes d'âge. En tout premier lieu, mentionnons que la proportion des jeunes de moins de 15 ans n'a jamais dépassé 0,3 % de la clientèle des CAS (Figure 10). Au cours des dernières années, il y a eu une légère diminution de la proportion des usagers de 15 à 19 ans, alors que celle du groupe d'âge 40 ans et plus a légèrement augmenté en 2000-2001.

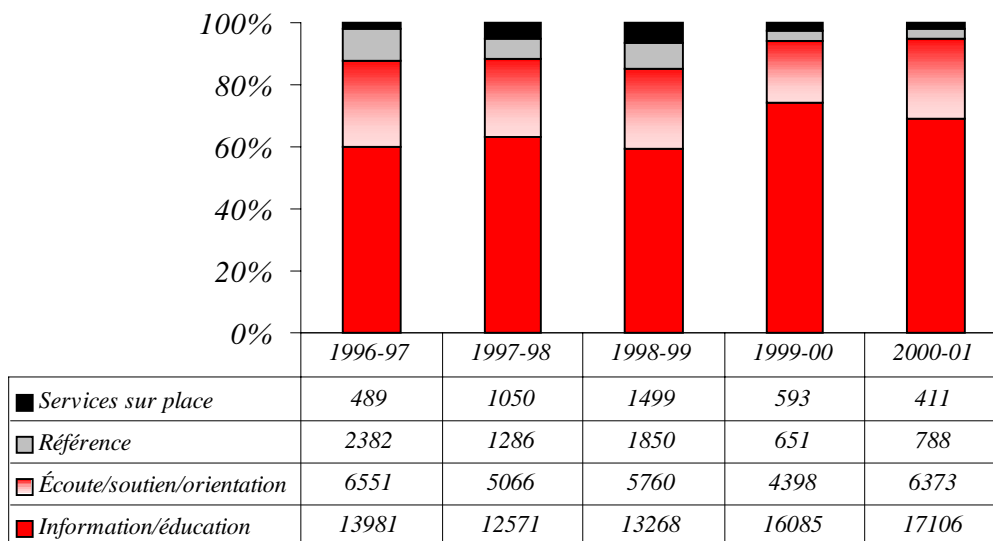
**Figure 10 :** Évolution des proportions de visites d'usagers dans les centres d'accès aux seringues au Québec selon les groupes d'âge et selon l'année, avril 1996 à mars 2001



## 1.7 La fréquentation des services par les usagers des centres d'accès aux seringues

Les services d'information et d'éducation demeurent les services les plus souvent répertoriés dans les CAS, suivis de l'écoute, du soutien et de l'orientation (Figure 11). À cet égard, les CAS s'acquittent bien de leurs missions d'information et d'éducation ainsi que de leur rôle de soutien. La référence se fait principalement vers des services de dépistage des MTS et du VIH ainsi que des services en toxicomanie. L'offre de services sur place demeure encore très marginale ou sous-comptabilisée.

**Figure 11 :** Proportion des visites d'usagers de l'ensemble des centres d'accès aux seringues au Québec selon l'année et selon les services utilisés



Parallèlement à la compilation des statistiques relatives aux programmes de prévention du VIH chez les UDI, une surveillance épidémiologique de l'infection au VIH et des comportements à risque des UDI permet de suivre l'évolution de la situation au Québec.

## Surveillance du VIH chez les UDI : le réseau SurvUDI

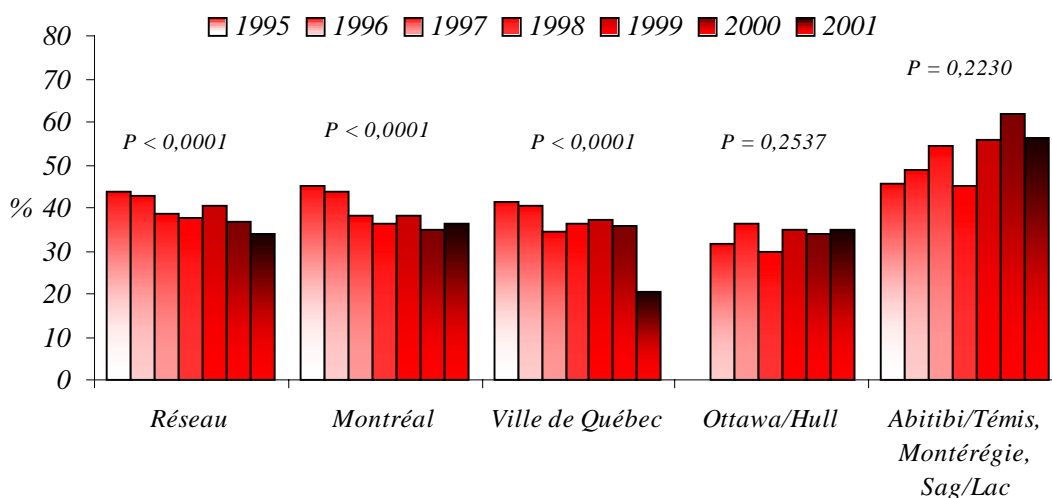
Depuis 1995, un réseau de surveillance des infections au VIH assure une collecte de données dans différents CAS du Québec et de la région d'Ottawa. Santé Canada est le principal bailleur de fonds alors que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a soutenu plus spécifiquement l'implantation du réseau dans de nouvelles régions. Ces activités se déroulent, soit en continu ou sur une base ponctuelle dans sept régions du Québec : l'Abitibi-Témiscamingue, le Saguenay/Lac-St-

Jean, Québec, la Mauricie/Centre-du-Québec, l'Estrie, Montréal et l'Outaouais. Les informations ainsi recueillies viennent compléter les statistiques sur les programmes de prévention du VIH chez les UDI en décrivant l'épidémie du VIH chez les UDI et leurs comportements à risque au regard de l'usage de drogues et de la sexualité. Au 31 décembre 2001, plus de 11 500 questionnaires avaient été administrés à près de 7 500 UDI. Les données qui suivent proviennent de l'analyse de ces questionnaires (Source des données PARENT *et al.*, 2002).

### 1.8 Tendances observées dans le réseau SurvUDI depuis 1995

Montréal et Québec sont les seules régions où on observe une tendance à la baisse dans l'emprunt de seringues (Figure 12). Bien qu'elle ne soit pas statistiquement significative, on observe une augmentation dans les trois régions semi-urbaines, soit l'Abitibi-Témiscamingue, le Saguenay—Lac-Saint-Jean et la Montérégie. Dans l'ensemble, c'est 42 % des UDI qui disent s'être injectés avec une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre dans les six derniers mois.

**Figure 12 :** Tendances dans l'emprunt de seringues chez les UDI à la première visite selon l'année d'observation et la région



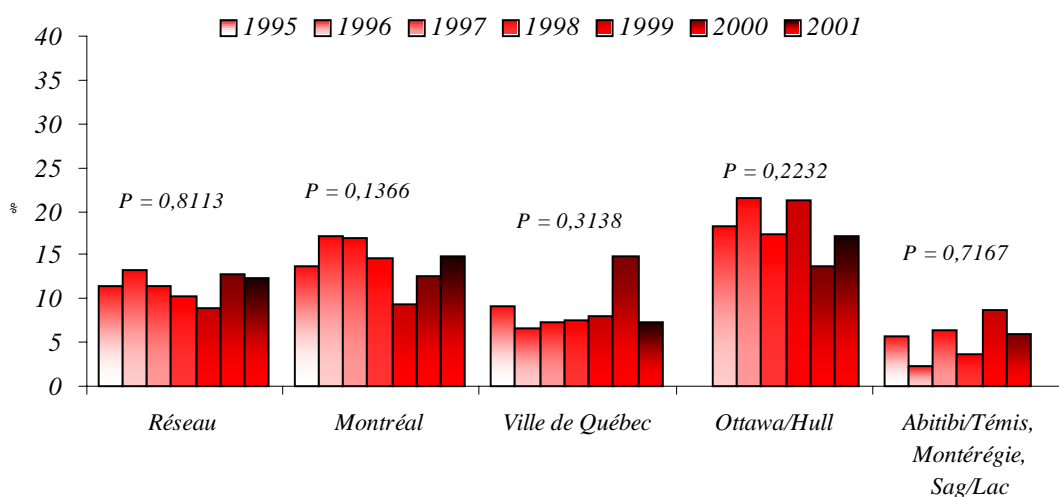
Sur l'ensemble de la période d'observation (1995-2001), ce sont 14,5 % des UDI recrutés qui sont déjà infectés par le VIH au Québec. La prévalence est d'environ 17 % dans les régions Hull/Ottawa et Montréal, 10 % à Québec et de 1 à 7 % dans les régions semi-urbaines. Aucune tendance à la baisse n'est observée (Figure 13).

Aucune baisse de l'incidence du VIH n'est observée entre 1995 et 2000 (la baisse notée à Québec en 1999-2000 n'est plus observée) (Figure 14). Nous ne disposons pas d'assez de données pour juger des tendances de l'incidence dans les régions semi-urbaines où l'incidence du VIH, comme dans la région

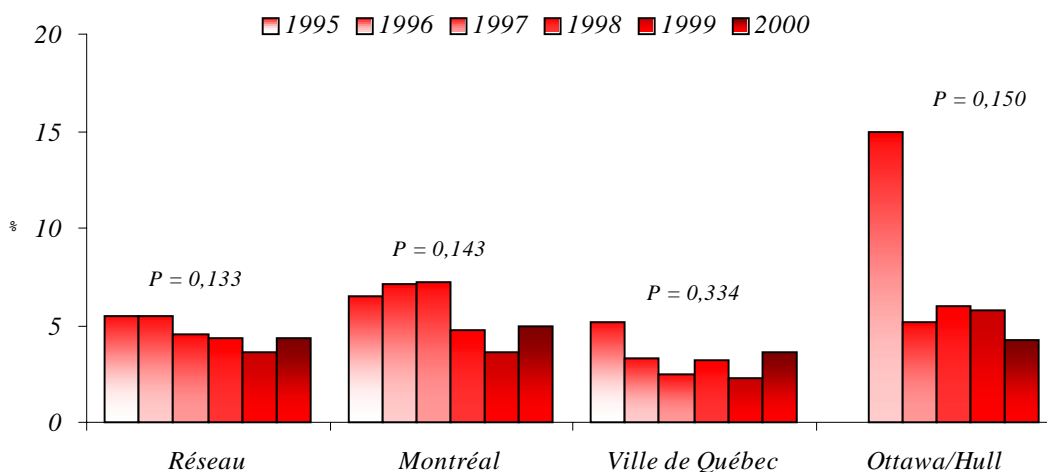
de Québec, est de l'ordre de 3 à 4 pour 100 personnes-années (PA). Elle est d'environ 5 à 6 par 100 PA à Montréal et Hull/Ottawa.

Le réseau de surveillance du VIH chez les UDI n'a pas été conçu pour mesurer l'impact des programmes de prévention du VIH. Une telle mesure demande un tout autre devis. Il permet tout de même de dresser un portrait de la situation de l'épidémie et d'en suivre l'évolution.

**Figure 13 :** Tendence dans la prévalence du VIH chez les UDI à la première visite selon l'année d'observation et la région



**Figure 14 :** Tendence dans l'incidence (par 100 personnes-années) du VIH chez les UDI à la première visite selon l'année d'observation et la région



## Conclusion

Le Québec est la province canadienne qui possède le réseau d'accès aux seringues pour les utilisateurs de drogues par injection le plus étendu au Canada. Dans toutes les régions du Québec, un UDI qui fait une demande de seringues à des fins d'injection peut en obtenir. Même si ce ne sont pas toutes les régions qui possèdent un programme d'échange de seringues officiel et qui fournissent des statistiques, il existe des lieux stratégiques souvent connus des injecteurs où ils peuvent avoir accès à des seringues. Les pharmaciens sont aussi des partenaires importants dans la mise à disposition des seringues aux UDI, que ce soit par la vente ou la distribution gratuite.

La participation essentielle de l'ensemble des centres d'accès aux seringues gratuites à la collecte des données statistiques a permis au fil des ans de constituer une banque provinciale de données sur la distribution et la récupération des seringues, permettant ainsi de suivre la situation sur une base annuelle. Combinées aux données de surveillance du VIH (réseau SurvUDI), les informations sur les visites d'usagers dans les programmes de prévention du VIH chez les UDI permettent aux décideurs de mieux orienter les actions à prendre pour limiter la transmission du VIH chez les UDI. Ces données ont aussi été fort utiles pour procéder à la répartition des budgets entourant la distribution de matériel d'injection dans une optique de prévention de l'hépatite C auprès de cette même clientèle. Finalement, elles constituent une base minimale d'information sur l'évolution de la situation, et ce, depuis octobre 1995.

Ces données ne permettent pas une évaluation d'impact de ces programmes. Elles démontrent tout de même la capacité de ce réseau à rejoindre les personnes qui s'injectent des drogues. La fréquentation des programmes de prévention du VIH chez les UDI est généralement un premier pas vers une référence dans les services du réseau de la santé. Les UDI qui viennent échanger des seringues reviennent un jour ou l'autre avec une demande d'aide plus spécifique pour trouver une solution à des problèmes de santé ou de consommation. À cet égard, les programmes de prévention du VIH chez les UDI assurent un pont pour les UDI vers les services du réseau de la santé.

En résumé, la période d'avril 1999 à mars 2000 constitue la période pour laquelle les nombres de visites d'usagers (86 030), de seringues distribuées (1 099 840) et récupérées (887 699) ont été les plus élevés. Les statistiques compilées pour la période d'avril 2000 à mars 2001 montrent un premier fléchissement des courbes de clientèle (81 420 visites clients), de distribution (1 043 674) et de récupération (786 282) des seringues. Seules les régions du Bas-Saint-Laurent, de l'Estrie, de l'Outaouais, de la Côte-Nord et de Lanaudière ont enregistré une augmentation du nombre de seringues distribuées au cours de la dernière période. Ces observations soulèvent un certain nombre de questions à la fois sur la compilation des statistiques que sur les transformations qui peuvent s'opérer dans le milieu de la consommation auxquelles des analyses plus spécifiques par région permettront de répondre. Ces analyses nécessitent du temps et sont généralement disponibles dans un délai plus long que les statistiques provinciales.

Comme il fut signalé précédemment dans le rapport, la question des statistiques sur la récupération des seringues souillées pose problème dans la mesure où les seringues ne sont pas rapportées à chaque visite et qu'elles sont souvent rapportées en grand nombre dans des contenants divers. L'estimation du nombre de seringues récupérées demeure approximatif et doit être interprété avec beaucoup de réserve. Par ailleurs, comme la question de la récupération des seringues dans l'environnement est centrale dans la mise en place des programmes de prévention du VIH chez les UDI, les efforts de récupération demeurent prioritaires sans égard à l'efficacité de la mesure. Les responsables régionaux auront à se pencher sur cette question afin de trouver des moyens plus efficaces pour rendre compte des efforts de récupération, soit en modifiant l'indicateur ou en ayant recours à d'autres types de mesure. Dans tous les cas, la récupération sécuritaire, peu importe les modalités d'organisation sur le terrain, demeure une priorité.

Le principal constat qui se dégage de l'analyse des données québécoises est que, malgré l'ouverture des protocoles en 1996 pour rendre davantage accessibles les seringues sur l'ensemble du territoire, la quantité de seringues distribuées ne s'accroît que lentement. Le nombre de seringues qui devraient être distribuées pour limiter la transmission du VIH et des hépatites B et C est loin d'être atteint, si l'on se fie par exemple à la Suisse (BENNINGHOFF, *et al* 2000) ou à la Colombie-Britannique (TYNDALL, 2001) avec chacun autour de 3 millions de seringues distribuées par année pour un nombre d'UDI semblable à celui du Québec (estimé à 23 000 par RÉMIS *et al.*, 1998). Le rôle des pharmacies pourrait certainement être accru à cet égard, comme c'est le cas en France avec une distribution de trousses fournies gratuitement par le ministère de la Santé (MATTE *et al.* 2002). Une étude réalisée dans la région de Québec (BINET *et al.* 2001) montre que près de 90 % des pharmaciens interrogés sont en accord avec la distribution gratuite de seringues aux UDI.

Parmi les autres constats qui se dégagent de l'analyse des données provinciales, notons 1) la constance des nouvelles visites dans le temps, 2) la diminution du nombre de visites d'usagers, 3) le vieillissement de la clientèle des programmes d'échange de seringues ainsi que 4) la faible demande pour des services autres que l'accès aux seringues par les clientèles UDI. Les données colligées au fil des ans ne montrent aucune tendance accrue à l'attraction de nouveaux clients. Les proportions annuelles de nouveaux clients demeurent inférieures à 10 %. De plus, on observe une tendance au vieillissement de la population des programmes d'échange de seringues soulevant les questions suivantes : les clientèles recrutées auraient-elles tendance à demeurer longtemps dans les programmes ou est-ce que les UDI appartiennent à une population de toxicomanes plus âgés laissant les plus jeunes à un autre mode de consommation? Finalement, la faible demande pour d'autres services que l'accès aux seringues demeure une préoccupation quant à l'organisation des services pour les personnes toxicomanes. Ce sont là des questions qui pourraient être soumises à la recherche.

## Perspectives futures au regard des programmes d'échange de seringues

Étant donné la stabilité du VIH chez les UDI et la poursuite de prise de risques, d'aucuns pourraient croire que les programmes de prévention du VIH chez les UDI ne sont pas efficaces. Toutefois, des études récentes (GIBSON *et al.*, 2001; EMMANUELLI, 2001, BRUNEAU *et al.*, 1997; ALARY *et al.*, 2001) mettent en évidence l'efficacité des programmes d'échange de seringues dans leur capacité à réduire les comportements à risque et à prévenir la séroconversion au VIH chez les UDI. De plus, notons que plusieurs endroits dans le monde, qui ont tardé à mettre en place de tels programmes, ont connu une augmentation rapide et importante de la prévalence du VIH chez leurs utilisateurs de drogues par injection. Les programmes de prévention du VIH chez les UDI ont certainement permis au Québec de limiter l'épidémie de VIH en faisant en sorte que la prévalence ne dépasse pas les taux de 20 %.

Compte tenu du fait que les UDI s'injectent principalement de la cocaïne, que le taux d'emprunt et de prêt de matériel d'injection demeurent voisins de 40 % et que l'incidence des nouvelles infections au VIH n'est pas non plus en régression dans la majorité des régions (ALARY *et al.*, 2001), d'autres moyens doivent être mis en œuvre pour limiter la transmission du VIH et, plus particulièrement, du VHC au sein de ce groupe dont la prévalence est élevée. Rappelons que les efforts doivent être soutenus et accrus dans le contexte actuel de la transmission rapide du VHC dès les premières expériences d'injection avec du matériel contaminé. L'accès à du matériel stérile d'injection autre que les seringues et la récupération du matériel souillé (MATTE, 2002) compte parmi les mesures essentielles pour prévenir la transmission de VIH et du VHC.

Toutefois, le fait que l'accès aux seringues est une mesure de prévention qui se fait dans un contexte où la possession de drogue est une activité illégale pose certaines difficultés. Selon le Réseau juridique canadien VIH/sida, les lois canadiennes sur l'usage de drogues pourraient contribuer à la propagation du VIH parce que les consommateurs de drogues sont poussés « à la clandestinité » plutôt que de se voir offrir un accès facile aux traitements pour leur toxicomanie et pour le VIH/sida. Les lois rendent encore plus difficiles la tâche de rejoindre les UDI et de les sensibiliser. Les lois favorisent l'émergence d'une culture de la marginalité. En éloignant les UDI des réseaux classiques de soutien social, elles permettent difficilement de les sensibiliser aux pratiques sûres de consommation de la drogue. La crainte, probablement non fondée, de sanctionner ou d'encourager l'usage de drogues illégales constitue un frein majeur au développement de mesures pragmatiques de réduction des effets néfastes liés à l'usage de drogues par injection. Dans le contexte où l'usage de drogues par injection est considéré comme une activité criminelle, il est de plus en plus reconnu que les actions coercitives, notamment les interventions policières répressives, contribuent à accroître le partage de seringues (WOOD, 2001; RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, 1999; BEAUCHESNE, 2001).

Plusieurs endroits se sont dotés de mécanismes permettant de dépasser ces difficultés en répondant au problème de l'usage de drogues par injection et du VIH par une politique d'action globale. Ainsi, des plans d'actions globaux ont été mis en place en Suisse (OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 2000) et à Vancouver (MACPHERSON, 2000) en tenant compte des aspects de prévention, de traitement, de

coercition et de réduction des méfaits. Ces mesures, basées sur l'intervention globale en réduction des méfaits, couvrent plusieurs aspects du problème comme le traitement de la toxicomanie, le counselling relativement au test de dépistage du VIH et des hépatites, le travail de milieu, l'approche par les pairs, le counselling individuel et de groupe, l'intervention communautaire pour changer les normes concernant le sexe sécuritaire et l'injection à risques réduits (RÉSEAU JURIDIQUE, 1999; GIBSON, 2001; EMMANUELLI, 2001). Le Programme conjoint des Nations Unies sur le sida (UNAIDS 2000) indique d'ailleurs que des programmes globaux de réduction des méfaits comprenant un ensemble d'actions pour lutter contre la transmission du VIH chez les UDI — incluant l'éducation, la promotion de l'usage du condom, l'accessibilité aux traitements de toxicomanie et les programmes d'échange de seringues — peuvent permettre de garder les taux d'infection à un bas niveau.

Les orientations ministérielles présentées par le MSSS dans le document « *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie, Orientations – Axes d'intervention - Action* » apporte de nouveaux éléments permettant d'identifier des actions qui doivent aller au-delà de l'échange de seringues pour les UDI (CLOUTIER *et al.*, 1999; MSSS, 2001). Ainsi des services psychosociaux de première ligne devront être développés afin de soutenir les UDI même s'ils poursuivent une consommation active et qu'ils n'ont pas, au moment de consulter, l'intention d'arrêter de consommer. Les services de santé en CLSC ou par les groupes communautaires doivent être en mesure d'offrir des services qui permettent aux UDI d'être soignés pour des abcès, d'être vaccinés contre les hépatites B et C et d'avoir accès au traitement par la méthadone.

Les UDI devraient pouvoir être soutenus afin de les aider à éviter l'exclusion sociale, à améliorer leurs compétences pour prendre en main leur santé notamment par une saine gestion de leur consommation. Il faut développer la capacité des individus à faire des choix éclairés en matière de substances psychoactives et à en gérer les risques. Ceci peut signifier, par exemple, de mettre au point et de diffuser, auprès des usagers, des outils d'information et d'éducation quant aux pratiques qui permettent de réduire les dangers associés à l'usage de drogues par injection.

D'autre part, les ministres fédéral/provincial/territorial (FPT) de la santé ont rendu public, en septembre 2001, les recommandations du Comité FPT Santé des populations au regard de la problématique des drogues par injection (COMITÉ FÉDÉRAL/PROVINCIAL/TERRITORIAL SANTÉ DES POPULATIONS, 2001). Le rapport suggère entre autres de compléter l'implantation des programmes d'échange de seringues et d'accès à la méthadone. D'autres recommandations, telle la nécessité d'un meilleur lien entre les services judiciaires (police, prisons) et les services du réseau de la santé, ont aussi été formulées.

Pour soutenir les programmes de prévention du VIH et du VHC chez les UDI du Québec, le MSSS met à la disposition des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, mais aussi du réseau communautaire, trois programmes de formation. Le programme « *Aiguillons nos interventions* » s'adresse aux intervenants de première ligne pour les habiliter à intervenir auprès des UDI alors que le programme « *L'intervenant en toxicomanie à l'heure du sida* » s'adresse, comme son nom l'indique, aux intervenants. Le programme de formation « *La réduction des méfaits* » a été conçu pour aider les intervenants à mieux cerner les enjeux des approches de réduction des méfaits et l'implication dans les services offerts. Des programmes de formation concernant le traitement par la méthadone ont aussi été

conçus à l'intention des médecins, mais aussi des intervenants psychosociaux, des infirmières et des pharmaciens.

Le Comité FPT Santé des populations recommande aussi des approches qui ont été évaluées ailleurs dans le monde et qui se sont révélées efficaces, mais qui n'ont pas été implantées jusqu'ici au Canada. Ces recommandations ont été formulées dans le contexte de ce qui pouvait être fait dans le cadre de la réglementation actuelle au Canada par le biais de projets de recherche médicale permettant d'évaluer des projets pilotes. L'accès aux seringues stériles dans les prisons est aussi l'une de ces recommandations. Le Comité FPT recommande aussi qu'un projet de recherche entourant la prescription d'héroïne sous contrôle médical soit mis en place. Les évaluations entourant cette approche se sont révélées positives en ce qui a trait aux UDI pour qui la méthadone n'a pas été efficace : diminution de prévalence du VIH, diminution de la criminalité et augmentation de la réinsertion sociale. Un protocole de recherche nord-américain a été préparé afin de procéder à une telle recherche. Des chercheurs de Montréal, Toronto et de Vancouver ont reçu des instances de recherche canadienne en santé les fonds nécessaires pour procéder à cette recherche. Le troisième projet pilote qui est recommandé concerne l'implantation de sites d'injection supervisés. Actuellement, les UDI qui ont accès à des seringues n'ont bien souvent pas d'endroit où s'injecter de manière sécuritaire et ils se retrouvent à devoir alors le faire dans la rue ou dans des lieux publics. Les personnes qui font des surdoses n'ont alors aucune ressource mise à leur disposition et les conséquences peuvent être dramatiques. La mise sur pied de sites d'injection supervisés est certainement une avenue à explorer pour contrer ces problèmes tel que proposé par plusieurs experts (CLOUTIER, 2001; KERR *et al.*, 2001; WOOD *et al.*, 2001; COMITÉ FÉDÉRAL/PROVINCIAL/TERRITORIAL SANTÉ DES POPULATIONS, 2001). Les sites d'injection sont des « endroits qui sont légalement permis afin de réduire les problèmes de santé et d'ordre public associés à l'injection de drogues illégales » (DOLAN *et al.*, 2000). Les évaluations de sites d'injection supervisés implantés en Suisse, en Hollande, en Allemagne et en Australie (COMITÉ FÉDÉRAL/PROVINCIAL/TERRITORIAL SANTÉ DES POPULATIONS, 2001) démontrent que ces sites font en sorte qu'il y a moins de seringues dans l'environnement et moins de mortalités associées à des surdoses. Une augmentation du counselling et du dépistage du VIH ainsi qu'un meilleur statut de santé, d'insertion sociale et d'accès au traitement a été démontrée parmi les usagers de sites d'injection supervisés (KERR *et al.*, 2001). De plus, dans ces contextes, l'incidence de comportements à risque pour le VIH, tel le partage de seringues, les admissions à l'hôpital, les seringues à la traîne dans l'environnement, l'injection en public et les décès par surdoses ont tous diminué.

Des projets pilotes de prescription d'héroïne et de sites d'injection supervisés pourraient se réaliser dans le respect des conventions internationales signées par le Canada au sujet des drogues contrôlées. Une analyse des questions juridiques et éthiques liées à la création de lieux sécuritaires pour l'injection démontre que, à tout le moins, le Canada doit ouvrir de tels établissements à titre d'essai et les évaluer (RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, 2002).

## Bibliographie

- ALARY, M. *et al.* (2001). « Faint light on the horizon? Trends in HIV prevalence, incidence and needle borrowing among injection drug users participating in the survUDI study », 10<sup>th</sup> Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research, Toronto, Canada, May 31 - June 3, *Canadian Journal of Infectious Disease*, (suppl B) résumé 55B.
- BEAUCHESNE, L. (2001). *Pour une réelle politique publique de réduction des méfaits en matière de drogues*. Colloque de l'équipe MTS/sida du Conseil québécois de la recherche sociale. Novembre.
- BENNINGHOFF, F. *et al.* (2000). *Monitoring des structures à bas seuil d'accès mettant à disposition du matériel d'injection en Suisse 1993-1999*, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne, 12 p.
- BINET, L. *et al.* (2001). *Prévention du VIH et des hépatites chez les UDI, la contribution des pharmaciens de la région de Québec*. Rapport de recherche, Direction de santé publique de Québec, 55 p.
- BRUNEAU, J. *et al.* (1997). « High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montréal : result of a cohort study » *American Journal of Public Health*, n° 146, P. 994-1002.
- CHAISSON, R.E. *et al.* (1989). « Cocaine use and HIV infection in intravenous drug users in San Francisco », *JAMA*, n° 261 P. 561-565.
- CLOUTIER, R. (2001). *Les sites d'injection supervisés : état des connaissances*. 17<sup>ème</sup> Rencontre provinciale des intervenants en prévention du VIH et des hépatites auprès des UDI, Centre de coordination sur le sida, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 22 mars, 53p.
- CLOUTIER, R. (1999). *Réduction des méfaits associés à la toxicomanie : implications pour le réseau de la santé et des services sociaux*, Actes du colloque Drogues par injection, enjeux pour la société, 12 au 14 mars, Université de Montréal, P. 77-80.
- COMITÉ FÉDÉRAL/PROVINCIAL/TERRITORIAL SANTÉ DES POPULATIONS (2001). *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*, Rencontre des ministres de la santé du Canada, septembre 2001, St-John, Terre-Neuve. 59 p.
- DOLAN, K. *et al.* (2000). « Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injecting centres in Australia » *Drug and Alcohol Review*, n° 19, P. 337-346.
- EMMANUELLI, J. (2001). *Programmes d'échange de seringues et réduction des risques chez les usagers de drogues dans le monde développé : état des lieux et mise en perspective*, Centre de recherche psychotropes, santé mentale, société CNRS – Université René-Descartes, Paris V, n° 8, 79 p.
- EMMANUELLI, J. (1999). *Caractéristiques et efficacité des programmes d'échanges de seringues à travers le monde : état des lieux et mise en perspective*, Institut de veille sanitaire, 22 p.

- GERVASONI, J.P. *et al.* (1996). *Évaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie, deuxième rapport de synthèse 1990-1996*, Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 66 p.
- GIBSON, D.R. *et al.* (2001). « Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. » *AIDS*, n° 15, p 1329-1341.
- GUYDISH, J. *et al.* (1993). « Evaluating needle exchange: are there negative effects? », *AIDS*, n° 7, P. 871-876.
- HANKINS, C. *et al.* (en préparation). Continuing HIV transmission among injection drug users in eastern central Canada : The survUDI study 1995-2000.
- HART, G.J. *et al.* (1989). « Evaluation of needle exchange in Central London: behaviour change and anti-HIV status over one year», *AIDS*, n° 3, P. 261-265.
- HOLMBERG, S.D. (1996). « The estimate prevalence and incidence of HIV in 96 large US metropolitan areas », *American Journal of Public Health*, n° 86 P. 642-654.
- KERR, T. *et al.* (2001). « Safe injection facilities in Canada : Is it time ? » *Canadian Medical Association Journal*, Vol 165, n° 4, P.436-437.
- LAMBERT, G. *et al.* (1999). « Évaluation d'une trousse de matériel stérile d'injection distribuée en pharmacie aux usagers de drogues par injection », Direction de santé publique de Montréal-Centre, 50 p.
- LURIE, P. *et al.* (1993). *The Public Health Impact of Needles Exchange Programs in the United States and Abroad*, San Francisco, University of California, 521 p.
- MACPHERSON, D.A. (2000). *Framework for action. A four-Pillar Approach to Drug Problems in Vancouver*, City of Vancouver, 76 p.
- MATTE, J. CLOUTIER, R. MORISSETTE. C. (2002). *Recommandations pour une gestion nationale de l'accès au matériel d'injection destiné aux usagers de drogues et de la récupération des seringues usagées*, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Centre québécois de coordination sur le sida, 98 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2001). *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie, Orientations – Axes d'intervention – Actions*. 59 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2000). *Liste officielle des centres d'accès aux seringues du Québec 2000 (distribution, vente et récupération Programme de prévention de la transmission du VIH chez les utilisateurs de drogues par injection)*. Centre québécois de coordination sur le sida, 58 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1999). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002, Vers l'atteinte des résultats attendus, 2<sup>e</sup> bilan*, document de travail.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. (2002). *le Programme d'intervention auprès des personnes infectées par l'Hépatite C (MSSS, 1999)*. CQCS-MSSS.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1998a). *Plan d'action en toxicomanie 1999-2001*. 43 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1998b). *Plan d'action 1998-2000 du Centre québécois de coordination sur le sida*, Centre québécois de coordination sur le sida, 20 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1997a). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, 103 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1997b). *Stratégie québécoise de lutte contre le sida, phase 4 : Orientations 1997-2002*, Centre québécois de coordination sur le sida, 31 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1994). *L'usage de drogues et l'épidémie du VIH - Cadre de référence pour la prévention*, Centre québécois de coordination sur le sida, 43 p.
- NOËL, L. *et al.* (2000). *Statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention du VIH offerts aux utilisateurs de drogues par injection du Québec : avril 1998 à mars 1999*, Québec, Centre de santé publique de Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, rapport d'évaluation, 100 p.
- NOËL, L. *et al.* (1999). *Les programmes de prévention du VIH chez les utilisateurs de drogues par injection au Québec, monitoring des clientèles et des services : avril 1997 à mars 1998*, Québec, Centre de santé publique de Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, rapport d'évaluation, 32 p.
- NOËL, L. *et al.* (1998). *Évaluation des programmes de prévention du VIH chez les UDI : une démarche collective d'évaluation*, Québec, Centre de santé publique de Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, rapport d'évaluation, 104 p.
- OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (2000). *La Politique suisse en matière de drogue*. Septembre 2000. 30 p.
- PARENT, R. *et al.* (2002). *Le Réseau SurUDI. Épidémiologie des infections par le virus de l'immunodéficience humaine chez les utilisateurs de drogues par injection. Rapport de surveillance mars 2002 (données au 31 décembre 2001)*, Institut national de santé publique du Québec, 25 p.
- RÉMIS, R. *et al.* (1998). *La situation du sida et de l'infection au VIH au Québec 1996*, Direction de santé publique de Montréal-Centre pour le ministère de la santé et des Services sociaux du Québec, P.A3-5.
- RENÉ, MARIE-CLAUDE. (2001a). *Rapport d'enquête Portrait national de la gestion de l'accès au matériel d'injection et de la récupération des seringues*, Institut national de santé publique du Québec.
- RENÉ, MARIE-CLAUDE (2001b). *Revue de littérature, Gestion de l'accès d'injection et de la récupération des seringues sur les plans canadien et international*, Institut national de santé publique du Québec.
- RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH-SIDA (2002). *Créer des lieux sécuritaires pour l'injection au Canada : questions juridiques et éthiques*. 76 p.

RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH-SIDA (1999). *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques*, Réseau juridique canadien.

TYNDALL, M. (2001). *Strategy of the Lower Mainland of BC*, MSM/IDU Data Consultation Meeting of Health Canada, 8 et 9 mars 2001, Ottawa.

UNAIDS (2000). *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic* June 2000 at 75, available via: [www.unaids.org](http://www.unaids.org).

WOOD, E. *et al.* (2001). « Unsafe injection practices in a cohort of injection drug users in Vancouver : Could safer injecting rooms help ? ». *Journal de l'Association médicale canadienne*, Vol 165, n°4, P. 405-410.

## ANNEXE 1 : Les programmes participants 2000-2001

Région 01	Bas-Saint-Laurent	
Responsable régional <b>Claude Gauthier</b> Direction de santé publique Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent 288 Pierre-Saindon, 2 <sup>ème</sup> étage Rimouski (Québec) G5L 9A8 Tél. : (418) 724-8464 Fax. : (418) 723-3103	Centres d'accès aux seringues gratuites 7 Centres hospitaliers 9 CLSC 19 Pharmacies	
Responsable régional <b>Marcel Gauthier 02B :</b> Unité de santé publique 412 rue Brassard Roberval (Québec) G8H 2E1 Tél. : (418) 275-4980 Fax. : (418) 275-6670 <b>Jocelyne Daigneault 02A :</b> DSP Saguenay—Lac- St-Jean 930 Jacques-Cartier Est Chicoutimi (Québec) G7H 2A9 Tél. : (418) 545-4980 Fax. (418) 549-9710	Centres d'accès aux seringues gratuites 7 Centres hospitaliers 9 CLSC 3 Cliniques médicales 28 Pharmacies 10 Organismes communautaire (OC)	
Région 03	CSP	Québec
Responsable régionale <b>Lina Noël</b> Direction de santé publique de Québec 2400 d'Estimauville Beauport (Québec) G1E 7G9 Tél. : (418) 666-7000 Fax. : (418) 666-2776		Centres d'accès aux seringues gratuites 1 Centre spécialisé de prévention 5 Organismes communautaires (OC)
Responsable du Centre spécialisé de prévention (CSP) <b>Gilles Marquis</b>		Point de Repères 335 de Saint-Vallier Est Québec (Québec) G1K 3P7

<b>Région 04</b>	<b>Mauricie—Centre-du-Québec</b>
Responsables régionales <b>Andrée Côté/Johanne Milette</b> Direction de santé publique Régie Régionale Mauricie et Centre-du-Québec 550 Bonaventure Trois-Rivières (Québec) G9A 2B5 Tél. : (819) 693-3636 Fax. : (819) 373-1627	Centres d'accès aux seringues gratuites 7 Centres hospitaliers 16 CLSC 9 Organismes communautaires (OC)

<b>Région 05</b>	<b>Estrie</b>
Responsable régionale <b>Martine Dumont</b> Centre régional de prévention et de dépistage anonyme du VIH 50 rue Camirand Sherbrooke (Québec) J1H 4J5 Tél. : 1-800-363-7373 Fax. : (819) 565-4411	Centres d'accès aux seringues gratuites 6 Centres hospitaliers 18 CLSC 2 Organismes communautaires (OC) 1 Pharmacie

<b>Région 06</b>	<b>Montréal-Centre</b>
Responsables régionales <b>Carole Morissette</b> <b>Pascale Leclerc</b> Direction de santé publique de Montréal-Centre 1301 rue Sherbrooke Est Montréal (Québec) H2L 1M3 Tél. : (514) 528-2400 Fax. : (514) 528-2452	Centres d'accès aux seringues gratuites 9 CLSC 5 Organismes communautaires : 3 Centres spécialisés de prévention 2 Programmes avec approche communautaire
Responsables des CSP <b>Mariane Tonnelier</b>  <b>Diane Beauregard</b>  <b>Gilles Beauregard</b>	<b>Cactus-Montréal</b> 1626 St-Hubert, Montréal (Québec) H2L 3Z3 <b>Dopamine</b> 4560 rue Adam, Montréal (Québec) H2V 1V2 <b>Spectre de rue</b> 1347 rue Ontario Est, Montréal (Québec) H2L 1R8
Responsables des OC <b>Alain Bellemare</b>  <b>Robert Paris</b>	<b>L'Anonyme</b> 2345 rue Bélanger, Montréal (Québec) H2G 1C9 <b>PACT de rue</b> 6669 rue Casgrain, Montréal (Québec) H2S 2Z4

<b>Région 07</b>	<b>Outaouais</b>
Responsable régional <b>Jacques Boissinot</b> Direction de santé publique de l'Outaouais 104 rue Lois Hull (Québec) J8Y 3R7 Tél. : (819) 777-3871 Fax. : (819) 777-0271	Centres d'accès aux seringues gratuites 3 CLSC 3 Pharmacies 1 Centre hospitalier 2 Organismes communautaires (OC)
Responsable de l'OC <b>Alain Godmaire</b>	Bureau Régional d'Action Sida (BRAS) 109 rue Wright Hull (Québec) J8X 2G7 Tél. : (819) 777-3871 Fax. : (819) 777-0271

<b>Région 08</b>	<b>Abitibi-Témiscamingue</b>
Responsable régional <b>Serge Laforge</b> Direction de santé publique Régie régionale Abitibi-Témiscamingue 1, 9 <sup>ième</sup> Rue Rouyn-Noranda (Québec) J8X 2A9 Tél. : (819) 764-3264 Fax. : (819) 797-1947	Centres d'accès aux seringues gratuites 4 Centres hospitaliers 8 CLSC 17 Pharmacies

<b>Région 09</b>	<b>Côte-Nord</b>
Responsable régionale <b>Micheline Castonguay</b> Direction de santé publique Régie régionale de la côte Nord 691 rue Jalbert Baie Comeau (Québec) G5C 2A1 Tél. : (418) 589-9845 Fax. : (418) 589-8574	Centres d'accès aux seringues gratuites 2 Centres hospitaliers 6 CLSC 1 Clinique médicale 4 Pharmacies 1 Organisme communautaire (OC)

Région 10	Nord-du-Québec
Responsable régionale <b>Lise Girard</b> Direction de santé publique RRSSS du Nord-du-Québec 179, 5 <sup>ième</sup> Avenue Chibougamau (Québec) G8P 3A7 Tél. : (418) 748-7741 Fax. : (418) 748-6391	Centres d'accès aux seringues gratuites 6 CLSC 1 Pharmacie

Région 11	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine
Responsable régionale <b>Danielle Haché</b> Direction de santé publique Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine 205-1 boulevard de York Ouest Gaspé (Québec) G4X 2W5 Tél. : (418) 368-2443 Fax. : (418) 368-1317	Centres d'accès aux seringues gratuites 3 Centres hospitaliers 20 CLSC

Région 12	Chaudière-Appalaches
Responsable régionale <b>Lucie Paré</b> Unité des maladies infectieuses DSP Direction de santé publique 253, 108 <sup>ième</sup> rue Beauceville (Québec) G0M 1A0 Tel. : (418) 774-9806 Fax. : (418) 774-4677	Centres d'accès aux seringues gratuites 4 Centres hospitaliers 18 CLSC

Région 13	Laval
Responsables régionales <b>Marie-Josée Bouliane/Claude Laberge</b> RRSSS de Laval Direction de santé publique 800 boulevard Chomedey Tour A, 3 <sup>ième</sup> étage Chomedey, Laval H7V 3Y4 Tél. : (450) 978-2121 Fax. : (450) 978-2100	Centres d'accès aux seringues gratuites 4 CLSC 3 Organismes communautaires

Région 14	Lanaudière
Responsable régionale <b>Muriel Lafarge</b> Direction régionale de santé publique Régie régionale de Lanaudière 1000 Boul. St-Anne, 5-C St-Charles-Borromée (Québec) J6E 6J2 Tel : (450) 759-1157 Fax : (450) 755-3961	Centres d'accès aux seringues gratuites 2 Centres hospitaliers 7 CLSC 29 Pharmacies

Région 15	Laurentides
Responsables régionales <b>Sylvie Venne/Joëlle Sauriol</b> Direction régionale de santé publique des Laurentides 1000 rue Labelle- Bureau 210 St-Jérôme (Québec) J7Z 5N6 Tel : (450) 463-8622 Fax. : (450) 436-1761	Centres d'accès aux seringues gratuites 4 Centres hospitaliers 10 CLSC 5 Organismes communautaires
Responsable de l'OC <b>Alain Lessard</b>	Centre Sida Amitié 705 boul. Des Laurentides St-Antoine des Laurentides (Québec) J7Z 4M6 Tel : (450) 431-7432 Fax.: (450) 431-6536

Région 16	Montérégie
Responsable régionale <b>Maryse Samson</b> Direction de santé publique de la Montérégie 1255 rue Beauregard Longueuil (Québec) J4K 2M4 Tél. : (514) 679-6772 Fax. : (514) 928-6781	Centres d'accès aux seringues gratuites 5 Centres hospitaliers 32 CLSC 2 Cliniques médicales 29 Pharmacies 3 Organismes communautaires

## ANNEXE 2 : Statistiques 2000-2001

Pour la période d'avril 2000 à mars 2001, le nombre total de centres d'accès aux seringues (CAS) répertorié a finalement été de 681 pour l'ensemble des régions du Québec (Tableau 2.1). Sur ce nombre, près des deux tiers des centres d'accès aux seringues (411/681) offrent des seringues gratuitement aux UDI. Pour la période d'avril 2000 à mars 2001, 204 centres d'accès aux seringues gratuites ont rapporté avoir distribué des seringues et 217 ont fourni des statistiques.

**Tableau 2.1** : Nombre de centres d'accès aux seringues selon le type d'accès (vente ou distribution gratuite), selon les activités (distribution et participation au monitoring en 2000-2001) et selon les régions

Régions	Nombre de CAS <sup>1</sup>	Nombre de CAS avec accès gratuit	Nombre de CAS ayant distribué des seringues <sup>2</sup> en 2000-2001	Nombre de CAS ayant transmis des statistiques en 2000-2001
Bas-Saint-Laurent	35	35	10	13
Saguenay—Lac-Saint-Jean	57	57	22	22
Québec	35	6	6	4
Mauricie—Centre-du-Québec	32	32	20	20
Estrie	55	27	15	16
Montréal-Centre	166 <sup>5</sup>	16	16	12
Outaouais	21	9	7	6
Abitibi-Témiscamingue	29	29	21	18
Côte-Nord	23	13	8	22
Nord-du-Québec	7	7	0	0
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	46	23	2	39
Chaudière-Appalaches	22	22	0	0
Laval	20	7	6	5
Lanaudière	38	38	38	7
Laurentides	19	19	13	13
Montérégie	76	71	20	20
<b>TOTAL</b>	<b>681</b>	<b>411</b>	<b>204</b>	<b>217</b>

<sup>1</sup> Données non exhaustives représentant seulement les CAS inscrits dans la liste officielle du CQCS.

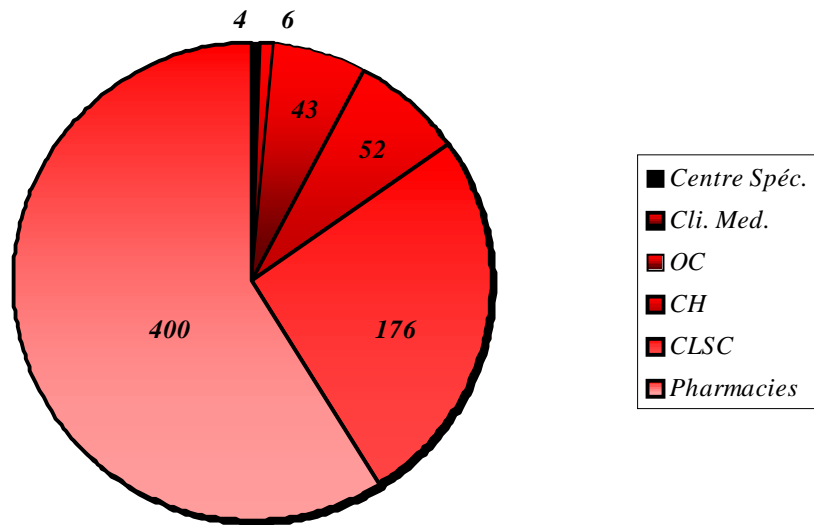
<sup>2</sup> Seuls les centres d'accès ayant distribué des seringues gratuitement sont inclus dans cette catégorie.

<sup>3</sup> Trois centres se sont ajoutés en cours d'année.

<sup>5</sup> Deux centres d'accès ne sont pas inscrits dans la Liste officielle des CAS, mais ont transmis des données de monitoring.

En 2001-2001, plus de la moitié des centres d'accès aux seringues au Québec étaient des pharmacies et près du tiers étaient des CLSC (Figure 2.1). Toutefois, la très grande majorité des seringues distribuées l'a été dans les centres spécialisés de prévention qui sont au nombre de 4, suivis des OC et des CLSC.

**Figure 2.1 :** Nombre de centres d'accès aux seringues au Québec selon le type d'établissement, période d'avril 2000 à mars 2001



### ***Distribution et récupération des seringues dans les centres d'accès aux seringues***

Pour la période d'avril 2000 à mars 2001, le nombre de visites d'utilisateurs dans les centres d'accès aux seringues gratuites a été de 81 420 dont 79,5 % ont été enregistrées dans les centres spécialisés de prévention (CSP) (Tableau 2.2). En moyenne, pour l'ensemble des programmes, 8,4 % des visites d'utilisateurs ont été effectuées par de nouveaux utilisateurs. Tel que mentionné précédemment, le nombre de visites effectuées par des nouveaux utilisateurs a doublé par rapport à la période précédente, et ce, principalement dans les CSP de la région de Montréal-Centre.

La quantité de seringues distribuées en 2000-2001 (1 043 674) est légèrement plus basse que celle de la période précédente (1 099 840). Les CSP ont distribué 84,4 % des seringues (Tableau 2.2). Le nombre de seringues par visite d'utilisateurs s'est par ailleurs maintenu à 12,8 (voir Tableau 1 pour l'évolution). Elle est plus élevée dans les CSP que dans les autres centres d'accès, 13,6 comparativement à 9,7.

La proportion de seringues récupérées est de 75,3 %, soit 77,2 % dans les CSP et 65,2 % dans les autres centres (Tableau 2.2). Retenons que parmi les autres centres, ce sont les organismes communautaires qui enregistrent généralement les meilleurs taux de récupération.

**Tableau 2.2 :** Synthèse des statistiques des principaux indicateurs de suivi des programmes de prévention du VIH chez les UDI selon la catégorie de programme et la période, avril 2000 à mars 2001

	CSP		AUTRES CENTRES		Total	
	N		N		N	
Visites d'usagers (VU)	<b>64 762</b>	<b>79,5 %</b>	<b>16 658</b>	<b>20,5 %</b>	<b>81 420</b>	<b>100,0 %</b>
Nouveaux usagers [% du total VU]	<b>5 928</b>	<b>9,2 %</b>	<b>936</b>	<b>5,6 %</b>	<b>6 864</b>	<b>8,4 %</b>
Seringues						
Distribuées (SD)	<b>881 312</b>	<b>84,4 %</b>	<b>162 362</b>	<b>15,6 %</b>	<b>1 043 674</b>	<b>100,0 %</b>
[Moyenne de SD/VU]		<b>13,6</b>		<b>9,7</b>		<b>12,8</b>
Récupérées (SR)	<b>680 385</b>		<b>50 536</b>		<b>786 282</b>	
[% de SR sur SD]		<b>77,2 %</b>		<b>65,2 %</b>		<b>75,3 %</b>
Moment de la journée						
Jour (entre 8 h et 16 h)	<b>12 078</b>	<b>18,6 %</b>	<b>6 141</b>	<b>36,9 %</b>	<b>18 219</b>	<b>22,4 %</b>
Soir (entre 16 h et 24 h)	<b>35 008</b>	<b>54,1 %</b>	<b>6 876</b>	<b>41,3 %</b>	<b>41 884</b>	<b>51,4 %</b>
Nuit (entre 0 h et 8 h)	<b>11 128</b>	<b>17,2 %</b>	<b>2 971</b>	<b>17,8 %</b>	<b>14 099</b>	<b>17,3 %</b>
Données manquantes	<b>6 548</b>	<b>10,1 %</b>	<b>670</b>	<b>4,0 %</b>	<b>7 218</b>	<b>8,9 %</b>
Autres services						
Condoms distribués	<b>539 326</b>		<b>50 536</b>		<b>589 862</b>	
[Moyenne par VU]		<b>8,3</b>		<b>3,0</b>		<b>7,2</b>
Interventions / Références / Services (IRS)	<b>21 601</b>		<b>3 077</b>		<b>24 685</b>	
[% IRS sur VU]		<b>33,4 %</b>		<b>18,5 %</b>		<b>30,3 %</b>

En 2000-2001, on observe une amélioration importante concernant les données sur le moment de la journée où se déroule l'intervention. Alors que 50 % des données sur cette variable étaient manquantes à la période précédente, cette proportion est de 8,9 % en 2000-2001. À la lumière de ces informations, il apparaît que plus de 50 % des visites d'usagers se font entre 16 h 00 et 24 h 00 dans les CSP, et ce, même si ces sites sont ouverts au-delà de minuit. La seconde période en importance dans les CSP est celle de 8 h 00 à 16 h 00 suivie de celle de la nuit. Pour les autres types de programmes, les heures d'ouverture des sites conditionnent la fréquentation des sites.

La proportion de visites d’usagers pour lesquelles il y a eu des interventions, de la référence et des services dispensés sur place est passée de 25,2 % en 1999-2000 à 30,3 % en 2000-2001. Il y a eu 24 685 visites d’usagers pour lesquelles on a noté une ou l’autre des formes d’intervention (Tableau 2.2). Les CSP ont une proportion plus élevée (33,4 %) de leurs visites d’usagers avec intervention que les deux autres types de programme. C’est aussi dans les CSP que l’on distribue le plus grand nombre de condoms par visite d’usagers.

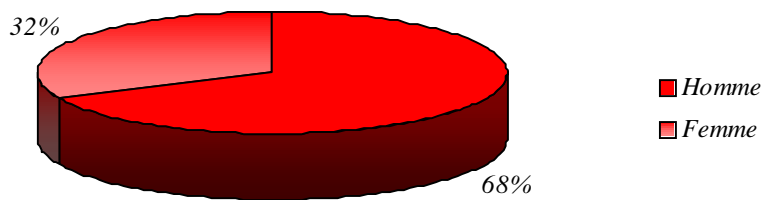
### ***Caractéristiques des usagers des centres d’accès aux seringues gratuites***

L’âge et le sexe des usagers des centres d’accès aux seringues gratuites sont deux indicateurs pour lesquels les données sont colligées à chacune des visites. Ces données ont été analysées globalement pour la période d’avril 2000 à mars 2001.

#### ***Le sexe des usagers***

La proportion d’hommes et de femmes fréquentant les centres d’accès aux seringues gratuites est respectivement de 67,4 % et de 31,8 % (Figure 2.2). En 2000-2001, les usagers qui se sont identifiés « autre sexe » représentaient 0,9 % des visites d’usagers.

**Figure 2.2 :** *Proportion des visites d’usagers des programmes d’échange de seringues au Québec selon le sexe, avril 2000 à mars 2001*



## *L'âge des usagers*

Les UDI qui se sont présentés dans les centres d'accès aux seringues entre avril 2000 et mars 2001 ont généralement plus de 19 ans (Figure 2.3). Une proportion inférieure à 2 % de la clientèle rapporte avoir moins de 15 ans. De plus, moins de 10 % des usagers ont moins de 19 ans. Les clients des groupes d'âge de 20 à 24 ans ainsi que ceux du groupe 40 ans et plus ont été légèrement plus nombreux à se présenter dans les programmes de prévention du VIH chez les UDI au cours de la période d'avril 2000 à mars 2001.

**Figure 2.3 :** Proportion des visites d'usagers dans les centres d'accès aux seringues au Québec selon le groupe d'âge, avril 2000 à mars 2001

