

**Portrait des activités liées aux
infections transmissibles sexuellement
et par le sang dans les centres de
réadaptation en dépendance
du Québec**

Avril 2013

L'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) est une association d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Ses membres sont des centres de réadaptation en dépendance ou des organismes apparentés qui offrent des services spécialisés aux personnes, jeunes ou adultes, aux prises avec des problèmes d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu pathologique. Il s'agit du seul réseau provincial entièrement dédié à ces personnes.

Les centres de réadaptation en dépendance (CRD) sont présents dans toutes les régions du Québec. Ils offrent leurs services sur une base externe ou en hébergement. Il s'agit de services d'accueil, d'évaluation, de désintoxication, de réadaptation, de réinsertion sociale, de traitements de substitution, de services médicaux et de services de soutien à l'entourage.

L'ACRDQ offre des services de soutien à ses membres autant sur le plan clinique que sur le plan de la gestion et leur fournit une tribune de partage de leur expertise, de leurs connaissances, de leurs réalités. De plus, l'Association représente ses membres auprès des instances gouvernementales et auprès d'un vaste réseau de partenaires avec qui ils sont en relation.

Ce document est disponible en version PDF à l'adresse : www.acrdq.qc.ca

DÉPÔT LÉGAL 2013
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013
Bibliothèque et Archives Canada, 2013

ISBN 978-2-921628-19-8 (version imprimée)
ISBN 978-2-921628-20-4 (version PDF)



CONTRIBUTIONS

Auteures

Hélène Poliquin, consultante pour l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec

Claire Lahaie, consultante pour l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec

Coordination et collaboration

Pierre Desrosiers, Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec

Richard Cloutier, Service de lutte aux infections transmissibles sexuellement et par le sang du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Remerciements aux répondants

Caroline Morin, CRD du Bas-Saint-Laurent – L'Estran

Diane Ouellet, CRD du Bas-Saint-Laurent – L'Estran

Guy Therriault, CRD du Bas-Saint-Laurent – L'Estran

Marie-Bhavani Olivier, CRD de Québec

Jean-Marc Ménard, CRD Domrémy-de-la-Mauricie – Centre-du-Québec

Marie-Josée Giraud, CRD de l'Estrie

Rachel Guyon, CRD de l'Estrie

Nathalie Pombert, CRD de Montréal – Dollard-Cormier – IU

Isabelle Thibault, CRD de Montréal – Dollard-Cormier – IU

Lise Poirier, CRAN

Valérie Ramka, CRAN

Martin Tétreault, CRAN

David Laplante, Le Grand Chemin

Miguel Therriault, Le Grand Chemin

Geneviève Minville, Portage

Julie Bonneville, CRD de l'Outaouais

Nicole Dupuis, CRD de l'Outaouais

Nathalie Gagné, CRD de l'Outaouais

Jennifer Lavallée, Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord

Guylaine Raymond, Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord

François Giroux, CRD de Chaudière-Appalaches

Louise Paré, CRD de Chaudière-Appalaches

Alexandre St-Hilaire, CRD de Chaudière-Appalaches

Natalie Bremshey, CRD Laval

Stéphane Chartrand, CRD Laval

Bernard Tanguay, CRD de Lanaudière

Hébert Parisé, CRD des Laurentides

Michel Proulx, CRD Le Virage

Jennifer Mascitto, CRD Foster

Secrétariat et éditique

Renée Auger, Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec

Ce portrait a été réalisé avec le soutien du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
1 Sommaire des résultats de l'enquête auprès des seize répondants.....	1
2 Introduction	3
3 Contexte	5
4 Mandat.....	7
5 Modèle conceptuel dégagé à partir de la recension des écrits.....	7
6 Résultats de l'état de situation	9
6.1 CRD ayant répondu au questionnaire et proportion de la clientèle UDI recevant des services	9
6.2 Activités liées aux ITSS offertes directement par les CRD	10
6.3 Consultation médicale sur place et consultation pour le dépistage des ITSS.....	11
6.4 Traitement sur place des ITSS.....	12
6.5 Activités liées aux ITSS menées en CRD par du personnel autre que les médecins ou les infirmières	12
6.6 Services à bas seuil d'exigence	13
6.7 Activités hors les murs (ou de proximité)	15
6.8 Distribution de matériel d'injection par les CRD	16
6.9 Facilitation de l'accès à un médecin de famille	18
6.10 Présence de personnel d'une autre organisation dans le CRD	19
6.11 Ententes de collaboration avec des établissements de santé en matière d'ITSS	20
6.12 Partenariats avec des centres d'accès au matériel d'injection (CAMI) et d'autres organismes dédiés aux personnes UDI	21
6.13 Participation au programme de surveillance épidémiologique SurvUDI	22
6.14 Liens de partenariat avec la direction de santé publique (DSP) du territoire régional du CRD.....	22

	Page
6.15 Perception des entraves à la mise en œuvre d'activités liées aux ITSS dans les CRD	24
6.16 Solutions pour améliorer l'accès aux activités liées aux ITSS dans les CRD	24
6.17 Besoins définis par les CRD en matière de formation relative aux ITSS..	25
7 Recension des écrits.....	27
7.1 Les meilleures pratiques en CRD liées à la lutte aux ITSS chez les personnes UDI.....	27
7.2 Les éléments à considérer dans la réalisation, en CRD, d'interventions adaptées aux personnes UDI dans le cadre d'activités liées aux ITSS.....	28
7.3 Les entraves à l'intégration des services liés aux ITSS dans les CRD	37
8 Discussion.....	39
9 Pistes d'action à explorer en CRD pour combler les écarts avec les meilleures pratiques liées aux ITSS auprès des UDI	43
Conclusion	49
Références	51
Annexe – Les principes de prévention du National Institute on Drug Abuse.....	57

1 SOMMAIRE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE AUPRÈS DES SEIZE RÉPONDANTS

Le présent rapport dresse un état de situation des activités menées en centre de réadaptation en dépendance (CRD) auprès des personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI) en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Au départ, en octobre 2011, un questionnaire a été soumis aux responsables cliniques des CRD membres de l'Association des centres de réadaptation du Québec (ACRDQ), et un taux de participation de 80 % a été obtenu, soit seize (16) CRD. Ce portrait permet d'établir une comparaison avec les meilleures pratiques liées aux ITSS basées sur des données probantes. Au terme de l'analyse des données recueillies, il a été possible de dégager des pistes d'action à explorer en CRD afin de réduire l'écart avec les pratiques reconnues efficaces dans la lutte aux ITSS chez la population UDI.

Voici les faits saillants qui ressortent à l'issue de cet exercice :

- La proportion de personnes UDI qui consultent en CRD est relativement faible dans l'ensemble du Québec, exception faite d'un centre dédié exclusivement aux personnes dépendantes d'opioïdes à Montréal.
- Tous les CRD déclarent qu'ils mènent des activités de prévention des ITSS. Quatorze CRD ont mis en place des activités spécifiques pour sensibiliser leur clientèle aux ITSS. Dix CRD font de l'éducation sur l'injection à risques réduits. Onze CRD offrent la vaccination sur place contre le virus de l'hépatite A (VHA) et le virus de l'hépatite B (VHB); six CRD orientent leurs usagers vers des services externes pour la vaccination. Trois CRD font les deux : ils offrent la vaccination sur place et orientent également une partie de leur clientèle vers des services externes à cet effet. Deux CRD ne font ni l'un ni l'autre.
- La moitié des CRD offrent des consultations médicales sur place aux usagers qui sont inscrits ou admis dans leurs services.
- Onze CRD sur seize font le dépistage des ITSS sur place, tandis que cinq CRD n'offrent pas ce type de service. Ces derniers orientent toutefois leurs usagers vers des services externes.
- La moitié des CRD offrent sur place des traitements pour différentes ITSS : six pour la syphilis, et sept pour la chlamydia et la gonorrhée. Quant aux ITSS qui sévissent chez les personnes UDI (VIH, VHC et VHB), deux CRD offrent le traitement pour le virus de l'hépatite C (VHC) et un seul pour le VHB et le VIH.
- La moitié des CRD mettent à profit leur personnel psychosocial afin d'amener les personnes UDI à réduire leurs comportements à risque. Dans huit CRD, ce personnel psychosocial fait de l'éducation sur l'injection à risques réduits, tandis que dans sept centres, les intervenants psychosociaux ne font aucune intervention en lien avec les ITSS.
- Cinq CRD offrent des services à bas seuil d'exigence, parmi lesquels trois les déploient pour les personnes dépendantes aux opioïdes, quatre pour les personnes sans domicile fixe, trois pour les jeunes en difficulté, deux pour les personnes présentant une

comorbidité en santé mentale, quatre pour les femmes en difficulté, et deux pour la clientèle dite générale.

- Cinq CRD réalisent des activités hors les murs (activités dites de proximité ou d'*outreach*) : quatre CRD le font par l'entremise de leurs équipes de liaison dans les urgences hospitalières, tandis que trois tiennent des activités dans des organismes communautaires distribuant du matériel d'injection, des organismes pour les femmes en difficulté, des centres pour les itinérants ou des centres jeunesse. Un CRD est impliqué directement dans une clinique médicale et un autre est présent au sein d'organismes communautaires dédiés aux travailleurs et travailleuses du sexe et aux femmes en difficulté.
- Cinq CRD distribuent du matériel d'injection aux personnes UDI dans différents lieux et en diverses circonstances.
- Douze CRD facilitent l'accès à un médecin de famille pour la clientèle UDI dite vulnérable et orpheline.
- Six CRD accueillent des médecins ou des infirmières en provenance d'une autre organisation pour des activités liées aux ITSS; cinq CRD offrent des services de dépistage, et six, de vaccination.
- Quatorze CRD ont des ententes de collaboration en matière d'ITSS avec divers établissements en santé, et l'un d'entre eux a développé des ententes formelles pour le mieux-être de ses usagers. Ces ententes sont majoritairement faites avec des CSSS.
- Six CRD sur seize ont développé des liens de collaboration avec des centres d'accès au matériel d'injection (CAMI); sept entretiennent des liens avec d'autres organismes communautaires offrant des services aux personnes UDI.
- Cinq CRD sur seize entretiennent des liens avec leur direction de santé publique (DSP); ces liens permettent la mise à jour des connaissances sur les modifications des drogues de consommation, les comportements à risque qui prévalent chez les personnes UDI et l'épidémiologie du VHC et du VIH.

2 INTRODUCTION

Au Québec, deux épidémies d'ampleur considérable sévissent chez les personnes utilisatrices de drogue par injection (UDI), soit celles de l'hépatite C et de l'infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH), tandis que celle de l'hépatite B a reculé significativement puisqu'une proportion importante de la population est dorénavant immunisée grâce à la vaccination.

Le partage de matériel d'injection constitue le principal facteur de risque de transmission des infections par le VIH et le virus de l'hépatite C (VHC). Les données récentes de surveillance des personnes UDI indiquent que 63 % d'entre elles ont des anticorps positifs contre le VHC et que 15 % d'entre elles sont infectées par le VIH. La co-infection par le VIH et le VHC touche 13 % des personnes UDI (Parent *et al.*, 2011). Le quart des personnes UDI touchées par l'une ou l'autre de ces infections ignorent qu'elles le sont (Parent *et al.*, 2011), et ce n'est là qu'un des éléments qui retardent leur accès au traitement. Ces chiffres dénotent l'importance du dépistage chez la population UDI.

En effet, environ 80 % des personnes atteintes du VHC évoluent vers une chronicité pouvant mener, à long terme, à une cirrhose hépatique ou à un cancer hépatocellulaire. Si elles ne sont pas traitées, les personnes aux prises avec l'infection par le VIH décéderont des suites de maladies opportunistes une fois leur système immunitaire rendu inopérant.

Ces infections ont des conséquences sur la santé, la qualité de vie et la contribution citoyenne des personnes atteintes. Or, il est possible de guérir de l'hépatite C et d'être traité pour l'infection par le VIH. Cette dernière est maintenant considérée comme une maladie

chronique, qui nécessite cependant un traitement antirétroviral et un suivi médical à vie.

Telles que reconnues par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans le programme national de santé publique (PNSP) et l'offre de services en dépendance, deux des pratiques les plus efficaces pour lutter contre ces infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) chez les UDI sont la distribution de matériel d'injection stérile et le traitement des dépendances aux opioïdes (TDO). En effet, selon l'étude québécoise de Bruneau *et al.* (2011), le taux d'infection par le VIH chez les personnes UDI utilisant le matériel d'injection stérile mis à leur disposition est cinq fois moins élevé que chez celles qui ne le font pas. D'autres pratiques essentielles au succès de la lutte aux ITSS incluent le dépistage fréquent ainsi que le suivi médical et le traitement des personnes infectées tant dans le but d'éviter des complications importantes que dans celui de réduire la transmission des infections.

La connaissance des meilleures pratiques de lutte aux ITSS constitue un incontournable pour les différents milieux qui offrent des services aux personnes UDI. Elle permet une mobilisation pour l'adaptation des pratiques en vue d'intensifier les efforts de prévention de nouvelles infections par le VHC et le VIH et d'améliorer la prise en charge médicale des personnes infectées et leur mise en traitement au moment opportun.

En raison d'enjeux particuliers liés à la consommation active, un des gages de réussite du traitement de l'hépatite C réside dans la collaboration entre les différents intervenants impliqués auprès de la clientèle UDI,

particulièrement ceux des centres de réadaptation en dépendance (CRD) du Québec.

Le présent portrait des activités liées aux ITSS dans les CRD du Québec permet d'évaluer le chemin parcouru ainsi que les défis à relever afin de combler les écarts avec les meilleures pratiques en matière de prévention des ITSS auprès des personnes UDI. Il a été réalisé après la compilation des réponses à un questionnaire élaboré à partir de la recension des écrits sur les meilleures pratiques de prévention des ITSS auprès des personnes UDI. Les résultats de cet état de situation sont présentés sous forme de tableaux dont nous avons dégagé les faits saillants.

Enfin, nous retenons quatre recommandations basées sur les meilleures pratiques dans le but d'améliorer le portrait des activités liées aux ITSS dans les CRD :

- Premièrement, il importe de rendre les services de réadaptation en dépendance accessibles et attrayants pour les personnes UDI afin de joindre celles-ci plus efficacement et de faciliter leur entrée en traitement des dépendances.
- Deuxièmement, de façon générale, il est nécessaire de faciliter davantage l'accès à des activités de prévention des ITSS adaptées à la réalité des UDI

(vaccination, distribution de matériel d'injection, traitement de substitution aux opioïdes, etc.).

- Troisièmement, il convient de faire en sorte d'offrir régulièrement le dépistage des ITSS particulièrement du VHC et du VIH aux personnes UDI fréquentant un CRD afin que des mesures soient prises rapidement pour prévenir la transmission de ces maladies et que les personnes infectées soient dirigées vers les services appropriés pour une évaluation médicale.
- Quatrièmement, il est nécessaire d'accroître l'accès à un médecin par des mécanismes d'orientation vers un médecin de famille pour l'évaluation médicale globale et, également, d'élaborer des ententes de collaboration avec des équipes spécialisées dans le traitement des ITSS, plus particulièrement du VIH et du VHC.

Le présent portrait comporte trois parties : la première fait état des pratiques liées aux ITSS rapportées par les CRD, la deuxième présente une recension des écrits sur les meilleures pratiques et la troisième circonscrit un certain nombre de pistes d'action à explorer par les CRD afin de rehausser la qualité des pratiques actuelles.

3 CONTEXTE

Ce portrait a été réalisé dans la foulée du Rapport du Comité-conseil du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2009) sur la prévention des infections par le VIH et le VHC chez les personnes UDI. Dans ce rapport, le groupe d'experts émet 46 recommandations, dont certaines sont spécifiques au traitement de la dépendance et à l'insertion sociale, notamment :

- Établir ou consolider des corridors de services entre les organismes communautaires, les services de première ligne des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les services de désintoxication, de réadaptation et de réinsertion sociale.
- Offrir aux intervenants des services en dépendance des CSSS et à ceux des CRD une formation de base en matière d'ITSS et de réduction des méfaits.
- Rendre accessible dans les CRD – en réduisant les seuils d'exigence – le traitement de la dépendance aux drogues au moment où les personnes en ont besoin, y compris la prescription de méthadone, d'héroïne, de buprénorphine/naloxone et de dilaudid, accompagné des services psychosociaux spécialisés appropriés.
- Mieux soutenir les activités d'insertion sociale offertes par les organismes communautaires.

En janvier 2010, les membres de la Direction du développement des individus et de l'environnement social du MSSS et de la Direction de l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) se sont rencontrés pour discuter d'une éventuelle collaboration dans le dossier des ITSS.

En mai 2010, le MSSS a publié le *Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, intitulé *Les infections transmissibles sexuellement et par le sang, l'épidémie silencieuse*. Il y était indiqué que, pour atteindre leur but, les actions de prévention des ITSS doivent s'inscrire dans un ensemble d'interventions qui dépasse largement le champ d'action de la santé publique et des organismes communautaires qui œuvrent auprès des personnes UDI. Il faut désormais accroître la collaboration intersectorielle et travailler ensemble en fonction d'objectifs communs. En clair, il s'agit de renforcer les collaborations entre le secteur de la santé, le secteur communautaire et celui de la réadaptation en dépendance de manière à assurer la continuité et la complémentarité des interventions et à offrir davantage de services à bas seuil d'exigence.

Puis, en octobre 2010, lors de la Table des responsables cliniques de l'ACRDQ, les membres retenaient les objectifs suivants :

- Déterminer les principaux défis liés à la prévention des ITSS et à la prise en charge des personnes infectées dans les CRD.
- Explorer les besoins liés à la lutte aux ITSS en CRD.
- Définir des moyens de collaboration pouvant aider les CRD à faire face à ces défis.

Aussi, la Table des responsables cliniques convenait du besoin initial de dresser un portrait des activités liées aux ITSS dans les CRD afin de pouvoir constater les écarts avec les meilleures pratiques. Le service de lutte aux

ITSS (SLITSS) du MSSS a ainsi octroyé un soutien financier à l'ACRDQ pour la réalisation de ce portrait.

4 MANDAT

Les étapes suivantes ont mené à la réalisation du portrait :

- recension des meilleures pratiques;
- élaboration et envoi d'un questionnaire aux membres de l'ACRDQ;
- analyse et diffusion des résultats;
- analyse des écarts à combler et formulation de pistes de solution;
- rédaction d'un rapport.

5 MODÈLE CONCEPTUEL DÉGAGÉ À PARTIR DE LA RECENSION DES ÉCRITS

Une recension des écrits a été effectuée sur les pratiques reconnues les plus efficaces pour joindre les personnes vulnérables aux ITSS, particulièrement les personnes UDI, afin qu'elles soient soumises à un dépistage précoce et traitées rapidement. Cette recension a permis de faire ressortir les éléments clés de la prévention des ITSS auprès des personnes UDI. Il importe de préciser que la prévention est ici prise au sens large et inclut les continuums de prévention primaire (visant les personnes UDI non infectées), secondaire (ciblant les personnes infectées par les ITSS) et tertiaire (s'adressant aux personnes aux prises avec des complications en lien avec les ITSS). La prévention des ITSS requiert que l'on considère les besoins globaux des individus et des communautés dans une perspective de réduction des inégalités, tant sur le plan social qu'en matière de santé.

Voici les différentes dimensions à considérer dans la réalisation d'activités liées aux ITSS afin que celles-ci soient adaptées aux particularités des personnes UDI :

- *L'évaluation globale et continue des besoins des personnes UDI* afin d'assurer la mise à jour des connaissances au sujet de la modification des drogues de consommation, des comportements à risque qui prévalent chez les personnes UDI et de l'épidémiologie du VHC et du VIH;
- *Le partage d'une vision commune*, notamment en ce qui a trait à la globalité des soins ou à la reconnaissance de la chronicité de la dépendance aux drogues et de certaines ITSS;
- *Les aspects cliniques* tels que les connaissances et les habiletés des professionnels, le lien thérapeutique avec la personne UDI et le travail de collaboration en interdisciplinarité;
- *Les approches reconnues efficaces* telles que l'approche de réduction des méfaits et les interventions de proximité auprès des populations vulnérables;
- *L'organisation des services*, ceux-ci devant être adaptés par le choix de plages horaires et de lieux d'intervention variés, par l'instauration

de services à bas seuil d'exigence et par le suivi systématique des clientèles vulnérables;

- *L'intégration des services de prévention* des ITSS dans les établissements desservant les personnes UDI;
- *La coordination des différents services dans un souci de continuité des soins* pour favoriser la prise en compte des problématiques sociales ainsi que le traitement du VIH et de l'hépatite C et

des autres problèmes de santé qui leur sont associés (notamment les troubles concomitants de santé mentale).

Ces différentes dimensions ont servi de canevas à l'élaboration du questionnaire sur les pratiques liées aux ITSS dans les CRD et à l'analyse des résultats obtenus. Chacune de ces dimensions sera définie plus avant dans la section traitant de la recension des écrits.

6 RÉSULTATS DE L'ÉTAT DE SITUATION

6.1 CRD ayant répondu au questionnaire et proportion de la clientèle UDI recevant des services

Seize CRD sur vingt ont rempli le questionnaire expédié par courriel à l'automne 2011, ce qui correspond à un taux de réponse de 80 %. Douze régions sont représentées dans ce portrait (tableau 1).

Les répondants ont fourni des données sur les usagers desservis par leur CRD ainsi que sur la proportion représentative de la clientèle UDI, laquelle varie de moins de 1 % à près de 100 % selon les établissements.

TABLEAU 1
CRD ayant répondu au questionnaire, nombre de personnes fréquentant le CRD et proportion de personnes UDI desservie dans la dernière année par les seize CRD membres de l'ACRDQ dans les douze régions

Région	Centres	Nombre total clients/année	Proportion UDI
Bas St-Laurent (01)	CRD du Bas-Saint-Laurent – L'Estran	1432	Environ 5 %
Québec (03)	CRD de Québec	3042	230 (7,6 %)
Mauricie et Centre-du-Québec (04)	CRD Domrémy-de-la-Mauricie – Centre-du-Québec	2848	UDI : 4 % Anciens UDI : 8 % (total 12 %)
Estrie (05)	CRD de l'Estrie	1500	200 environ (13 %)
Montréal (06a)	CRD de Montréal – Dollard-Cormier – IU	6780	Inconnu
Montréal (06b)	CRAN	567	Presque 100 %
Montréal (06c)	Le Grand Chemin	325	Moins de 1 %
Montréal (06d)	Portage	275	3-4 %
Outaouais (07)	CRD de l'Outaouais	2000	8 %
Côte-Nord (09)	CPRCN	1288	Très faible
Chaudière-Appalaches (12)	CRD de Chaudière-Appalaches	1660	Inconnu
Laval (13)	CRD Laval	1600	4 %
Lanaudière (14)	CRD de Lanaudière	4000	Moins de 1 %
Laurentides (15)	CRD des Laurentides	1212	Non disponible
Montréal (16a)	CRD Le Virage	5000-6000	Pas de réponse
Montréal (16b)	CRD Foster	1300	Pas de réponse

6.2 Activités liées aux ITSS offertes directement par les CRD

De l'ensemble des seize répondants, quatorze CRD ont mis en place des activités spécifiques pour sensibiliser leur clientèle aux ITSS. Ceux qui ne l'ont pas fait ont cependant distribué du matériel éducatif portant sur les ITSS. Dix CRD sur quatorze font de l'éducation sur l'injection à risques réduits. Onze CRD offrent la vaccination sur place contre le virus de l'hépatite A (VHA) et le VHB, et six CRD orientent leurs usagers vers des services externes de vaccination. Trois CRD font les deux : ils offrent la vaccination sur place et dirigent également une partie de leur clientèle vers des services externes. Deux CRD ne font ni l'un ni l'autre. Un CRD précise que ses activités liées aux ITSS sont offertes dans le cadre de l'un de ses différents programmes, soit celui en TDO.

TABLEAU 2
Activités liées aux ITSS offertes directement par les CRD

Région	Activités de sensibilisation aux ITSS	Vaccination sur place VHA/VHB	Éducation injection à risques réduits	Population orientée à l'externe pour vaccination VHA/VHB	Distribution de matériel éducatif	Autres pratiques liées aux ITSS
CRD du Bas-Saint-Laurent – L'Estran (01)			x	x	x	
CRD de Québec (03)	x	x	x			
CRD Domrémy-de-la-Mauricie – Centre-du-Québec (04)	x	x	x	x	x	x
CRD de l'Estrie (05)	x	x	x		x	x
CRD de Montréal – Dollard-Cormier – IU	x	x	x	x	x	x
CRAN (06b)	x	x	x		x	
Le Grand Chemin (06c)	x	x				
Portage (06d)	x	x				
CRD de l'Outaouais (07)	x	x	x			
CPRCN (09)	x			x	x	
CRD de Chaudière-Appalaches (12)	x			x	x	
CRD Laval (13)	x				x	x
CRD de Lanaudière (14)	x	x	x		x	
CRD des Laurentides (15)	x	x	x			
CRD Le Virage (16a)	x	x	x	x		
CRD Foster (16b)					x	

6.3 Consultation médicale sur place et consultation pour le dépistage des ITSS

Huit CRD sur seize offrent une consultation médicale sur place aux usagers qui sont inscrits ou admis dans leurs services. Quatre CRD dirigent quant à eux leurs usagers vers des services externes de consultation médicale. Trois CRD font des examens médicaux sur place tout en orientant certains de leurs usagers vers des services externes de consultation médicale.

Onze CRD sur seize offrent des consultations sur place pour le dépistage des ITSS, tandis que cinq CRD sur seize n'offrent pas ces services. Au besoin, ces derniers dirigent toutefois leurs usagers vers des ressources externes. En bref, tous les CRD offrent le dépistage sur place ou, s'ils ne le font pas, ont mis en place un système pour que le dépistage soit effectué à l'externe (tableau 3).

TABLEAU 3
Consultation médicale et dépistage des ITSS

CRD	Offre de consultation médicale sur place suivant les premiers jours inscription/admission	Population orientée à l'externe pour consultation médicale suivant les premiers jours inscription/admission	Offre de dépistage sur place VHB/VHC/VIH UDI actifs ou anciens	Population orientée à un médecin ou à une infirmière pour le dépistage
CRD du Bas-Saint-Laurent – L'Estran (01)		x		x
CRD de Québec (03)			x	x
CRD Domrémy-de-la-Mauricie – Centre-du-Québec (04)			x	x
CRD de l'Estrie (05)	x	x	x	x
CRD de Montréal – Dollard-Cormier – IU	x	x	x	x
CRAN (06b)	x		x	
Le Grand Chemin (06c)	x	x	x	
Portage (06d)	x		x	
CRD de l'Outaouais (07)	x		x	x
CPRCN (09)	x			x
CRD de Chaudière-Appalaches (12)				x
CRD Laval (13)			x	x
CRD de Lanaudière (14)				x
CRD des Laurentides (15)			x	
CRD Le Virage (16a)			x	
CRD Foster (16b)	x			x

6.4 Traitement sur place des ITSS

La moitié des CRD offrent sur place le traitement pour différentes ITSS. Ainsi, six d'entre eux offrent de traiter la syphilis et sept, de traiter à la fois la gonorrhée et la chlamydia. Cependant, en ce qui a trait au traitement des infections touchant particulièrement les

personnes UDI, il n'y a qu'un seul CRD qui offre à la fois le traitement des infections par le VHB et le VIH, et seulement deux CRD proposent sur place le traitement de l'infection par le VHC (tableau 4).

TABLEAU 4
Traitement sur place des ITSS

CRD	VHB	VIH	VHC	Syphilis	Gonorrhée	Chlamydia
CRD du Bas-Saint-Laurent – L'Estran (01)						
CRD de Québec (03)						
CRD Domrémy-de-la-Mauricie – Centre-du-Québec (04)					X	X
CRD de l'Estrie (05)			X	X	X	X
CRD de Montréal – Dollard-Cormier – IU				X	X	X
CRAN (06b)	X	X		X	X	X
Le Grand Chemin (06c)						
Portage (06d)				X	X	X
CRD de l'Outaouais (07)				X	X	X
CPRCN (09)						
CRD de Chaudière-Appalaches (12)						
CRD Laval (13)			X			
CRD de Lanaudière (14)						
CRD des Laurentides (15)				X	X	X
CRD Le Virage (16a)						
CRD Foster (16b)						

6.5 Activités liées aux ITSS menées en CRD par du personnel autre que les médecins ou les infirmières

Dans huit CRD, le personnel autre que les médecins et les infirmières assure des services de suivi psychosocial, de counseling ou d'entretien motivationnel visant spécifiquement la réduction des comportements à risque liés aux ITSS. Dans huit CRD, l'éducation sur les pratiques d'injection à risques réduits est faite

par du personnel psychosocial. Dans cinq CRD, ce personnel participe à la distribution de matériel éducatif relatif aux ITSS. Dans sept centres, les intervenants psychosociaux ne font aucune intervention en matière d'ITSS (tableau 5).

TABLEAU 5
Activités liées aux ITSS menées en CRD par du personnel autre que les médecins ou les infirmières

CRD	Distribution de matériel éducatif relatif aux ITSS	Suivi psychosocial/counseling/entretien motivationnel visant la réduction des comportements à risque	Éducation sur les pratiques d'injection à risques réduits
CRD du Bas-Saint-Laurent – L'Estran (01)	x	x	x
CRD de Québec (03)			
CRD Domrémy-de-la-Mauricie – Centre-du-Québec (04)	x	x	x
CRD de l'Estrie (05)	x	x	x
CRD de Montréal – Dollard Cormier – IU		x	x
CRAN (06b)	x	x	x
Le Grand Chemin (06c)		x	
Portage (06d)			
CRD de l'Outaouais (07)		x	x
CPRCN (09)			
CRD de Chaudière-Appalaches (12)			
CRD Laval (13)			
CRD de Lanaudière (14)			
CRD des Laurentides (15)			
CRD Le Virage (16a)			x
CRD Foster (16b)	x	x	x

6.6 Services à bas seuil d'exigence

Cinq CRD sur seize offrent des services à bas seuil d'exigence, notamment pour les personnes dépendantes aux opioïdes (trois CRD), pour les personnes sans domicile fixe (quatre CRD), pour les jeunes en difficulté (trois

CRD), pour les personnes présentant une comorbidité en santé mentale (deux CRD), pour les femmes en difficulté (quatre CRD) et pour la clientèle dite générale (deux CRD) (tableau 6).

TABLEAU 6
Clientèles jointes par les services à bas seuil d'exigence

CRD	Personnes dépendantes aux opioïdes	Personnes sans domicile fixe	Jeunes en difficulté	Personnes avec comorbidité en santé mentale	Femmes en difficulté/enceintes	Clientèle générale
CRD du Bas-Saint-Laurent – L'Estran (01)						
CRD de Québec (03)	x	x	x		x	
CRD Domrémy-de-la-Mauricie – Centre-du-Québec (04)		x				
CRD de l'Estrie (05)						
CRD de Montréal – Dollard-Cormier – IU	x	x	x	x	x	x
CRAN (06b)	x	x		x	x	
Le Grand Chemin (06c)						
Portage (06d)						
CRD de l'Outaouais (07)			x		x	x
CPRCN (09)						
CRD de Chaudière-Appalaches (12)						
CRD Laval (13)						
CRD de Lanaudière (14)						
CRD des Laurentides (15)						
CRD Le Virage (16a)						
CRD Foster (16b)						

Les exemples d'actions visant l'adaptation des services en CRD pour qu'ils correspondent à un bas seuil d'exigence, tels que documentés par les répondants, concernent l'évaluation globale et continue des besoins des personnes UDI, l'adoption d'approches spécifiques, les aspects cliniques, l'organisation des services ou encore la coordination des services et la continuité des soins (voir le diagramme à la page 29). Il est à noter que quatre de ces exemples sont étroitement liés au traitement des dépendances aux opioïdes (TDO). Voici les exemples mentionnés :

Évaluation globale et continue des besoins des personnes UDI

- Participation à des projets de recherche, p. ex. : « Mieux prévenir, dépister et traiter l'hépatite C en Estrie » ainsi qu'à un projet sur l'amélioration des services aux UDI;
- Mise sur pied d'un comité relatif aux personnes UDI ou d'un comité pilote des services d'injection supervisée.

Approches reconnues efficaces

- Offre de services de proximité à bas seuil d'exigence dans un organisme communautaire;
- Mobilité d'une intervenante pour évaluer les futures et nouvelles mamans dépendantes aux opioïdes dans un CSSS.

Aspects cliniques

- Accompagnement des personnes UDI tout en visant des objectifs réalistes.

Organisation des services

- Offre de TDO;
- Prise en charge prioritaire et rapide de la clientèle demandant et nécessitant un TDO;
- Services d'évaluation, d'accueil et d'orientation qui permettent d'intervenir rapidement auprès de la clientèle dépendante aux opioïdes.

Coordination des différents services dans un souci de continuité des soins

- Gestion des transferts de région pour des clients en TDO;
- Partenariat avec les organismes communautaires qui vise le soutien, l'accompagnement et la réinsertion des personnes vulnérables;
- Participation à des travaux régionaux pour l'élaboration d'une trajectoire de services pour les personnes UDI atteintes d'une infection par le VHC ou le VIH.

6.7 Activités hors les murs (ou de proximité)

Cinq CRD sur seize offrent des activités hors les murs, aussi connues sous le nom d'activités de proximité. Dans le but spécifique de joindre les personnes UDI, quatre CRD mettent à profit leurs équipes de liaison dans les urgences hospitalières, trois déploient des activités de proximité à la fois dans des organismes communautaires (OC) distribuant du matériel d'injection, dans des organismes pour les

femmes en difficulté et dans des centres pour les itinérants. Trois CRD offrent des services de proximité dans des centres jeunesse, un le fait dans une clinique et un autre, au sein d'organismes communautaires dédiés aux travailleurs et travailleuses du sexe et aux femmes en difficulté (tableau 7).

TABLEAU 7
Lieux fréquentés dans le cadre des activités hors les murs

CRD	CRD de Québec (03)	CRD Domrémy-de-la-Mauricie – Centre-du-Québec (04)	CRD de Montréal – Dollard-Cormier – IU (06a)	CRD de l’Outaouais (07)	CRD Le Virage (16a)
OC de distribution de matériel d’injection	X	x	x		
OC pour jeunes en difficulté	X	x	x		
OC pour femmes en difficulté	X				
Refuges pour itinérants	X	x	x		
Urgences hospitalières par les équipes de liaison	X	x	x	x	
Cliniques					x
Centres jeunesse	x	x		x	
OC pour travailleurs/travailleuses du sexe	x				

6.8 Distribution de matériel d’injection par les CRD

Cinq CRD font la distribution de matériel d’injection aux personnes UDI qui fréquentent leur centre. Parmi ces cinq CRD, quatre distribuent le matériel d’injection en externe, un seul le distribue pendant l’hébergement, et deux le font en d’autres circonstances, par

exemple lors d’une consultation à l’urgence-dépendance ou lors d’une intervention dans la rue menée par un infirmier dans le cadre d’un projet auprès de personnes itinérantes (tableau 8).

TABLEAU 8
Distribution de matériel d'injection

CRD	Distribution de matériel d'injection		Préciser si le matériel est distribué			
	Oui	Non	1	2	3	
CRD du Bas-Saint-Laurent – L'Estran (01)		x				Orientation vers les CH, CLSC, les cliniques et pharmacies
CRD de Québec (03)		x				
CRD Domrémy-de-la-Mauricie – Centre-du-Québec (04)	x				x	Dans le cadre d'un projet d'intervention dans la rue auprès des itinérants
CRD de l'Estrie (05)	x		x	x		
CRD de Montréal – Dollard-Cormier – IU	x			x	x	Consultation à l'urgence dépendance
CRAN (06b)	x			x		
Le Grand Chemin (06c)		x				
Portage (06d)		x				
CRD de l'Outaouais (07)		x				
CPRCN (09)		x				
CRD de Chaudière-Appalaches (12)		x				
CRD Laval (13)		x				
CRD de Lanaudière (14)	x			x		
CRD des Laurentides (15)		x				
CRD Le Virage (16a)		x				
CRD Foster (16b)		x				

6.9 Facilitation de l'accès à un médecin de famille

Douze des CRD sondés, soit 75 % d'entre eux, facilitent l'accès à un médecin de famille, et l'un d'entre eux a par ailleurs établi des ententes formelles à cet effet. Vingt-cinq pour cent des CRD ne soutiennent pas l'accès à un médecin de famille (tableau 9).

TABLEAU 9
Facilitation de l'accès à un médecin de famille

CRD	Facilitation de l'accès à un médecin de famille		Types de démarches		
	Oui	Non	1	2	
CRD du Bas-Saint-Laurent – L'Estran (01)	x		x	x	
CRD de Québec (03)	x		x		
CRD Domrémy-de-la-Mauricie – Centre-du-Québec (04)	x		x		
CRD de l'Estrie (05)	x		x		
CRD de Montréal – Dollard-Cormier – IU	x		x		
CRAN (06b)	x		x		
Le Grand Chemin (06c)		x			
Portage (06d)		x			
CRD de l'Outaouais (07)	x		x		
CPRCN (09)	x		x		
CRD de Chaudière-Appalaches (12)	x		x		
CRD Laval (13)	x		x		
CRD de Lanaudière (14)		x			
CRD des Laurentides (15)		x			
CRD Le Virage (16a)	x		x		
CRD Foster (16b)	x		x		

6.10 Présence de personnel d'une autre organisation dans le CRD

Six CRD sur seize accueillent des médecins ou des infirmières en provenance d'une autre organisation pour la tenue d'activités liées aux ITSS. Dans dix CRD, ces médecins et infirmières se consacrent à l'éducation et à la sensibilisation aux ITSS, dans trois, au counseling pré- et post-dépistage, dans cinq, au dépistage en tant que tel, et dans six, à la vaccination. Dans un CRD, ce personnel externe dispense également des traitements des ITSS. Dans tous les CRD, ce personnel venu de l'extérieur n'assume toutefois ni la distribution de matériel d'injection, ni l'enseignement sur l'injection à risques réduits, ni la distribution de condoms. Le tableau 10 présente les différents types d'activités menées par ce personnel.

TABLEAU 10
Activités liées aux ITSS menées par du personnel en provenance d'autres organisations

CRD qui accueillent des médecins/infirmières d'une autre organisation pour les activités liées aux ITSS			Types d'activités menées par ce personnel								
			1. Éducation et sensibilisation aux ITSS 2. Distribution de matériel d'injection 3. Enseignement sur l'injection à risques réduits 4. Distribution de condoms 5. Counseling pré- et post-dépistage des ITSS 6. Dépistage des ITSS 7. Vaccination 8. Traitement 9. Autres								
CRD	Oui	Non	1	2	3	4	5	6	7	8	Autres
CRD du Bas-Saint-Laurent – L’Estran (01)		x									
CRD de Québec (03)	x		x					x	x		
CRD Domrémy-de-la-Mauricie – Centre-du-Québec (04)	x						x	x	x		Dans certains de nos sites, nous partageons les locaux du CSSS, et sommes donc à proximité des services de dépistage des ITSS, de vaccination, etc.
CRD de l’Estrie (05)		x									
CRD de Montréal – Dollard-Cormier – IU	x		x				x	x	x		Démarche faite, mais activité non commencée.
CRAN (06b)		x									
Le Grand Chemin (06c)	x		x				x	x	x		
Portage (06d)		x									
CRD de l’Outaouais (07)	x		x					x	x	x	
CPRCN (09)		x									
CRD de Chaudière-Appalaches (12)		x									
CRD Laval (13)	x									x	
CRD de Lanaudière (14)		x									
CRD des Laurentides (15)		x									
CRD Le Virage (16a)	x							x			
CRD Foster (16b)		x									

6.11 Ententes de collaboration avec des établissements de santé en matière d'ITSS

Quatorze CRD ont conclu, en matière d'ITSS, des ententes de collaboration avec des établissements de santé variés. Parmi eux, un CRD a établi des ententes formelles pour le mieux-être de ses usagers. Les ententes sont plus nombreuses avec les CLSC (douze sur seize) les cliniques (neuf sur seize) et les centres hospitaliers (huit sur seize). Elles le sont

beaucoup moins avec les unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins en sida (UHRESS) : seuls deux CRD entretiennent des liens avec ces partenaires du réseau mandatés spécifiquement pour le traitement du VIH et du VHC. Enfin, quatre CRD ont conclu des ententes avec des cliniques communautaires (tableau 11).

TABLEAU 11
Ententes de collaboration en matière d'ITSS

CRD	CLSC	Centre Hospitalier	Clinique	Services spécialisés ITSS /UHRESS	Clinique communautaire
CRD du Bas-Saint-Laurent – L'Estran (01)	x	x	x		x
CRD de Québec (03)	x		x		
CRD Domrémy-de-la-Mauricie – Centre-du-Québec (04)	x	x			
CRD de l'Estrie (05)	x	x			
CRD de Montréal – Dollard-Cormier – IU	x	x	x	x	
CRAN (06b)		x	x	x	
Le Grand Chemin (06c)	x	x			x
Portage (06d)			x		x
CRD de l'Outaouais (07)	x		x		
CPRCN (09)	x				
CRD de Chaudière-Appalaches (12)	x	x	x		
CRD Laval (13)	x	x	x		x
CRD de Lanaudière (14)	x				
CRD des Laurentides (15)					
CRD Le Virage (16a)	x		x		
CRD Foster (16b)					

6.12 Partenariats avec des centres d'accès au matériel d'injection (CAMI) et d'autres organismes dédiés aux personnes UDI

Six CRD sur seize ont développé des liens de collaboration avec des centres d'accès au matériel d'injection (CAMI). Ces partenariats permettent, par exemple, que des travailleurs sociaux du programme TDO du CRD entrent en contact avec des personnes dépendantes aux opioïdes qui fréquentent un CAMI en vue de leur offrir des services de réadaptation. Par ailleurs, certains CRD s'approvisionnent directement auprès des CAMI en matériel d'injection stérile et en autre matériel de protection, de même qu'en documentation de sensibilisation aux ITSS. Dans une perspective intersectorielle plus large, certains CRD mentionnent qu'ils participent à des tables de concertation auxquelles prennent également part des CAMI.

Parmi les six CRD ayant conclu des partenariats avec des CAMI, trois ont également tissé des liens étroits avec des organismes communautaires dédiés aux UDI (organismes d'insertion sociale ou de défense des droits, par exemple).

À l'heure actuelle, dix CRD n'ont pas développé de liens avec les CAMI. Cependant, quatre d'entre eux ont déclaré qu'ils avaient établi des partenariats avec des organismes communautaires dédiés aux personnes UDI. Au total, sept CRD entretiennent donc des liens de collaboration avec ce type d'organisme communautaire. Certains d'entre eux orientent leurs usagers vers ces organismes de façon informelle, tandis que d'autres ont développé, grâce à ces collaborations, des projets d'accompagnement personnalisé des usagers marginalisés ou de suivi commun de personnes infectées par le VHC ou le VIH. Certains partenariats entre CRD et organismes communautaires permettent aussi de définir des plans de services individualisés (tableau 12).

TABLEAU 12
Partenariats avec des CAMI et d'autres organismes dédiés aux UDI

CRD	Centre d'accès au matériel d'injection (CAMI)	Organismes communautaires dédiés aux personnes UDI
CRD du Bas-Saint-Laurent – L'Estran (01)	x	
CRD de Québec (03)	x	
CRD Domrémy-de-la-Mauricie – Centre-du-Québec (04)	x	
CRD de l'Estrie (05)		x
CRD de Montréal – Dollard-Cormier – IU	x	x
CRAN (06b)		x
Le Grand Chemin (06c)		
Portage (06d)		x
CRD de l'Outaouais (07)	x	x
CPRCN (09)		
CRD de Chaudière-Appalaches (12)		
CRD Laval (13)	x	x
CRD de Lanaudière (14)		x
CRD des Laurentides (15)		
CRD Le Virage (16a)		
CRD Foster (16b)		

6.13 Participation au programme de surveillance épidémiologique SurvUDI

Deux CRD participent au programme de surveillance épidémiologique des infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les utilisateurs de drogues par injection de l'Institut national de santé publique du Québec

(INSPQ). Tous deux sont en région semi-urbaine, nommément le CRD Domrémy-de-la-Mauricie – Centre-du-Québec et le CRD de l'Estrie.

6.14 Liens de partenariat avec la direction de santé publique (DSP) du territoire régional du CRD

Cinq CRD sur seize entretiennent des liens avec leur direction de santé publique (DSP) en vue d'assurer la mise à jour de leurs données sur les modifications des drogues de consommation, les comportements à risque qui prévalent chez les personnes UDI et l'épidémiologie du VHC et du VIH.

L'un des CRD, bien que n'ayant pas établi ce genre d'entente afin d'assurer la mise à jour de ses données sur la population UDI, a tout de même recruté deux médecins prescripteurs issus de la DSP de sa région pour qu'ils œuvrent au TDO offert par leur établissement. Un autre CRD participe activement à un projet de recherche concernant la prévention, le dépistage et le traitement de l'hépatite C (tableau 13).

TABLEAU 13
Liens de partenariat avec la DSP du territoire régional

CRD	Mise à jour des données sur les UDI par la DSP		Autres liens de partenariat avec la DSP		Nature de ce partenariat
	Oui	Non	Oui	Non	
CRD du Bas-Saint-Laurent – L'Estran (01)		x		x	
CRD de Québec (03)		x		x	
CRD Domrémy-de-la-Mauricie – Centre-du-Québec (04)		x	x		Deux médecins en santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) œuvrent comme médecins prescripteurs du TDO au sein de notre établissement à raison d'une demi-journée par semaine ou par deux semaines.
CRD de l'Estrie (05)	x		x		Projet de recherche intitulé : « Mieux prévenir, dépister et traiter l'hépatite C en Estrie ».
CRD de Montréal – Dollard-Cormier – IU	x			x	
CRAN (06b)	x				
Le Grand Chemin (06c)		x		x	
Portage (06d)	x			x	
CRD de l'Outaouais (07)		x		x	
CPRCN (09)		x		x	
CRD de Chaudière-Appalaches (12)		x	x		Lien avec la répondante du dossier méthadone.
CRD Laval (13)		x	x		Gestion des vaccins.
CRD de Lanaudière (14)		x		x	
CRD des Laurentides (15)		x		x	
CRD Le Virage (16a)		x		x	
CRD Foster (16b)	x			x	

6.15 Perception des entraves à la mise en œuvre d'activités liées aux ITSS dans les CRD

Les principales entraves à la mise en œuvre soutenue d'activités en lien avec les ITSS dans les différents CRD, telles que perçues par les intervenants de ces centres, concernent plusieurs aspects intrinsèques à l'adaptation de l'intervention aux besoins des personnes UDI (voir le diagramme à la page 29). Les répondants mentionnent les entraves suivantes :

Partage d'une vision commune

- Le degré de priorité accordé aux ITSS n'est pas clairement défini.

Approches préconisées

- Deux CRD perçoivent un conflit entre le mandat d'un CRD et une approche centrée sur les besoins des UDI en lien avec les ITSS (pour l'un, il y a remise en cause du bien-fondé d'offrir une éducation sur l'injection à risques réduits et de distribuer du matériel d'injection aux UDI, tandis que pour l'autre, il n'appartient pas à un service de deuxième ligne de faire les suivis de dépistage).

Aspects cliniques

- L'absence de programme spécifique relatif aux ITSS en CRD;
- Le manque de formation sur les pratiques cliniques préventives;
- L'absence prolongée de la responsable des soins infirmiers est mentionnée par un CRD.

Organisation des services

- Le nombre restreint de personnes UDI dans les services (absence de masse critique);
- La pénurie de médecins et d'infirmières est mentionnée par la majorité des CRD (63 % des répondants);
- L'offre d'activités relative aux ITSS est limitée à une minorité de programmes puisque ces activités sont assumées uniquement par des médecins et des infirmières.

6.16 Solutions pour améliorer l'accès aux activités liées aux ITSS dans les CRD

Voici les solutions mentionnées par les différents répondants pour accroître l'accès des personnes UDI à des activités liées aux ITSS dans les CRD. Ces solutions s'inscrivent dans les dimensions suivantes :

Évaluation globale et continue de la communauté

- Mieux connaître la population UDI du territoire et ses besoins.
- Assurer un monitoring des usagers à haut risque et des interventions liées aux ITSS.

Aspects cliniques

- Former le personnel non médical au sujet des ITSS.
- Former les intervenants du CRD afin d'offrir le traitement des ITSS sur place.

Organisation des services

- Mieux cibler la clientèle UDI;
- Augmenter les heures de présence médicale.
- Augmenter le nombre d'infirmières.
- Favoriser la présence d'une infirmière praticienne.

- Mettre sur pied des ateliers d'éducation et de prévention en matière d'ITSS afin de favoriser leur intégration aux pratiques.
- Raccourcir les délais d'attente pour un rendez-vous avec l'infirmière ou le médecin.

Coordination des services, continuité des soins

- Conclure des ententes en bonne et due forme avec les CSSS pour la prise en charge des ITSS.
- Informer l'ensemble de la clientèle UDI des services dispensés par l'infirmière du CSSS présente dans le CRD.
- Faciliter l'accès à des médecins.

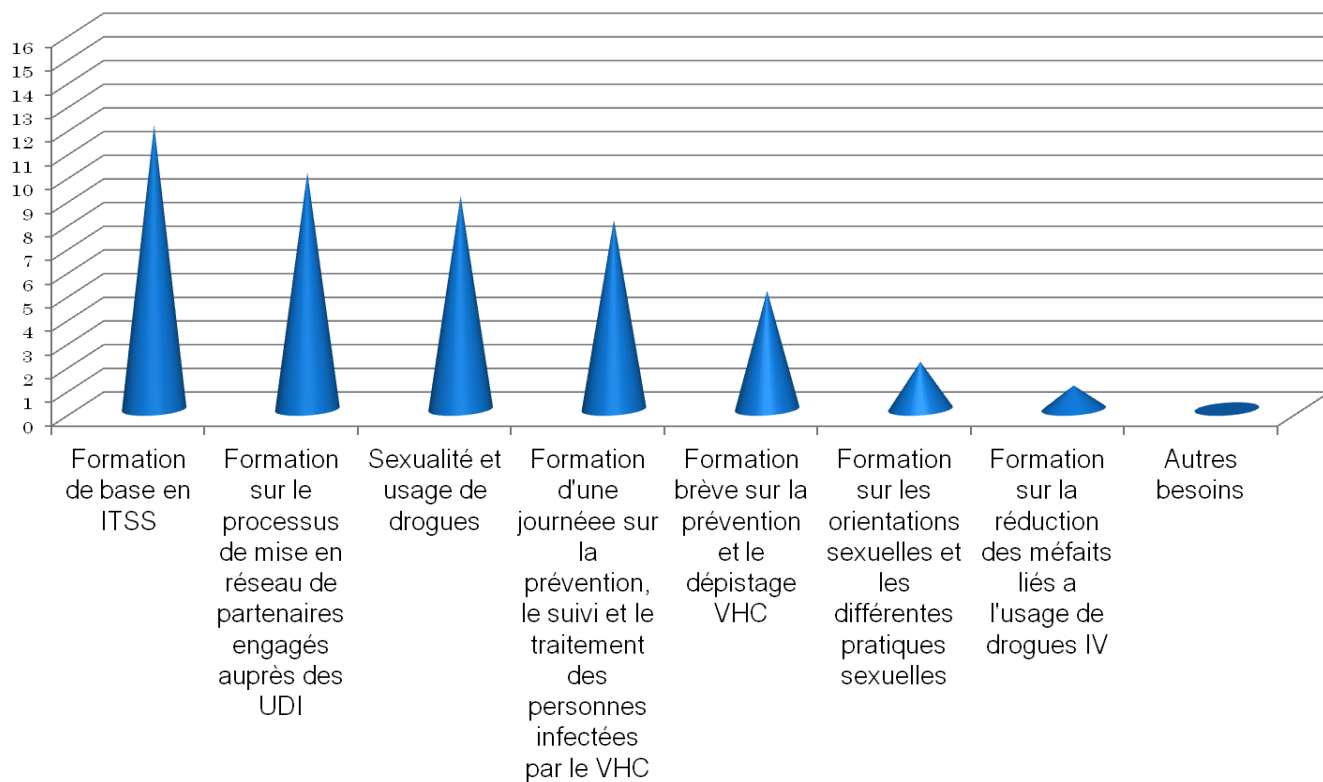
6.17 Besoins définis par les CRD en matière de formation relative aux ITSS

Onze CRD sur seize n'éprouvent pas le besoin d'une formation relative aux ITSS. À la question portant sur la priorité accordée à une formation en ITSS, l'ensemble des répondants ont déclaré que cette réalité n'avait pas été une priorité au cours des cinq dernières années; quatre CRD pensent qu'elle le deviendra au cours des cinq prochaines années, et onze considèrent qu'une formation sur d'autres sujets serait plus urgente en matière de pratique clinique.

Cependant, si toutefois le contexte s'avérait favorable à la tenue d'une formation relative aux ITSS, les répondants, selon leurs besoins pressentis, croient qu'il faudrait aborder prioritairement les contenus suivants :

- les notions de base relatives aux ITSS (12/16);
- le processus de mise en réseau de partenaires engagés auprès des personnes UDI (9/16);
- la sexualité et l'usage de drogues (9/16);
- la prévention, le suivi et le traitement du VHC (8/16);
- la prévention et le dépistage du VHC (formation brève) (6/16);
- les orientations sexuelles et les différentes pratiques sexuelles (2/16);
- la réduction des méfaits liés à l'usage de drogues par injection (1/16).

Besoins définis en matière de formation relative aux ITSS dans les CRD



7 RECENSION DES ÉCRITS

7.1 Les meilleures pratiques en CRD liées à la lutte aux ITSS chez les personnes UDI

La plupart des pratiques recensées sont celles qui ont fait l'objet de validations scientifiques, c'est-à-dire qu'elles sont basées sur des données probantes issues de la recherche et qu'elles sont recommandées par des instances telles que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS, 2008), l'Agence de santé publique du Canada (ASPC, 2006), les Centers for Disease Control (CDC, 2007) d'Atlanta, aux États-Unis, et le National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2002). Certaines pratiques relèvent d'une philosophie ou d'un cadre d'intervention adopté par des instances reconnues mondialement, entre autres par l'Organisation des Nations Unies pour le sida (ONUSIDA, 2007).

Les lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement (ITSS) (édition 2006-mise à jour 2008) de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) comportent des recommandations pour la sous-population spécifique que constituent les clientèles qui font usage de drogues psychoactives. Le *Guide québécois de dépistage des ITSS* produit par le MSSS constitue aussi une source complémentaire d'information pour la prévention des ITSS auprès des populations UDI. Quant à NIDA (2002), cet organisme a émis 17 principes de prévention des ITSS auprès des personnes UDI. Celles-ci se trouvent en annexe du présent document.

Ainsi, un résumé de l'information pertinente en matière de prévention des ITSS est présenté, mais il est recommandé d'aller directement à la source pour guider les pratiques étant donné que ces documents font l'objet de mises à jour régulières.

7.1.1 Recommandations tirées des lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement (ITS)

Les bonnes pratiques reconnues par l'ASPC sont :

- l'orientation des personnes vers des programmes de traitement de la dépendance et des ressources communautaires (y compris les services d'injection supervisée, les programmes de distribution de matériel d'injection et les réseaux d'entraide);
- les programmes de traitement de la dépendance aux substances psychoactives;
- l'accès au matériel d'injection et à l'éducation sur l'injection à risques réduits;
- l'intégration du dépistage, du counseling et du traitement des ITSS aux programmes de traitement des substances psychoactives et aux programmes d'intervention communautaire;
- la vaccination contre le VHA et le VHB pour les UDI;
- la vaccination contre le VHA est également recommandée pour les utilisateurs de drogues par d'autres voies d'administration que l'injection dans des conditions non hygiéniques;

- des schémas thérapeutiques efficaces et simplifiés pour accroître l'observance au traitement et, parfois même, le traitement épidémiologique ou syndromique sans évaluation complète ni analyse de laboratoire.

7.1.2 Le Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang

Au sujet du dépistage chez les UDI et les anciens UDI, le *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang* du ministère de la Santé et des Services

sociaux (MSSS, mise à jour de mars 2010) recommande :

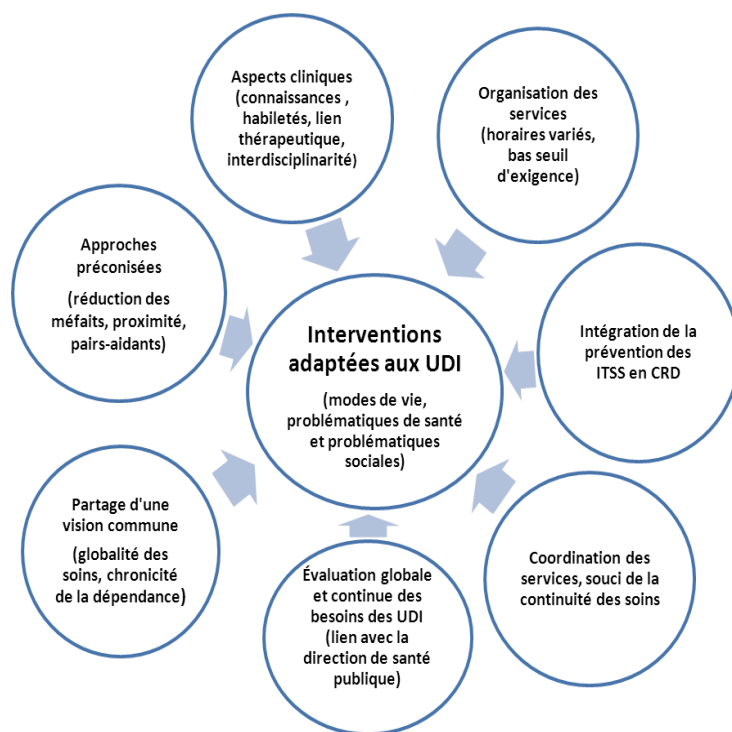
- l'offre systématique de dépistage du VIH, du VHC et du VHB;
- tout autre dépistage selon l'évaluation des facteurs de risque et le counseling individualisé, notamment pour d'autres groupes vulnérables aux ITSS (jeunes de la rue, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes [HARSAH], travailleurs et travailleuses du sexe, communautés ethnoculturelles originaires de pays à forte endémicité).

7.2 Les éléments à considérer dans la réalisation, en CRD, d'interventions adaptées aux personnes UDI dans le cadre d'activités liées aux ITSS

Comme mentionné à la section 5 du présent rapport, la recension des écrits a permis de dégager des éléments essentiels au déploiement d'interventions liées aux ITSS destinées aux personnes UDI (illustrés ci-dessous).



Éléments constitutifs d'une offre de services adaptée pour les personnes UDI en CRD



7.2.1 L'évaluation et l'analyse continue des caractéristiques et des besoins des personnes UDI

Des analyses continues des caractéristiques et des besoins des personnes UDI sont nécessaires afin de permettre l'ajustement des programmes en conséquence. De plus, l'efficacité de ces programmes doit être régulièrement réévaluée en tenant compte de la réalité changeante de la consommation de drogues, des comportements à risque et de l'épidémiologie des infections par le VIH et le VHC, en plus d'autres facteurs liés à l'avancement des technologies (par exemple : le test de dépistage rapide du VIH) ainsi qu'aux nouvelles politiques,

notamment celles relatives à la santé et aux drogues (CDC, 2007; Dagenhardt *et al.*, 2010).

Sur le territoire québécois, plusieurs régions sociosanitaires ont un portrait épidémiologique qui leur est propre en ce qui a trait aux ITSS et à la proportion de leur population qui fait usage de drogue par injection, comme en témoignent notamment les données issues d'un programme de surveillance épidémiologique du VIH et du VHC chez les UDI (SurvUDI) (Parent *et al.*, 2011).

Ainsi, la collaboration étroite entre les intervenants des CRD et les acteurs de la santé publique aux échelles régionale et nationale favorise le partage des

connaissances essentielles en vue d'une meilleure adaptation des pratiques et des services destinés aux UDI (CDC, 2007).

7.2.2 Le partage d'une vision commune

Les intervenants engagés auprès des personnes UDI ainsi que les personnes UDI elles-mêmes gagnent à se doter d'objectifs communs alimentés par une vision partagée des interventions en matière de prévention et de traitement des ITSS chez les UDI, notamment en ce qui a trait à la globalité des soins et à la reconnaissance de la chronicité des problèmes de dépendance au sein de cette population. Cette reconnaissance de la nature souvent chronique de leurs problèmes constitue un gage de succès des interventions (Brown *et al.*, 2007; CDC, 2007; Dennis *et al.*, 2005; McLellan *et al.*, 2005; NIDA, 2002; Noël *et al.*, 2007; Scott et Dennis, 2009).

L'offre de service sera ainsi pensée en fonction d'une perspective à long terme. En effet, les caractéristiques de la population UDI font que celle-ci est plus compatible avec une offre de service assortie de modalités de suivi systématiques plutôt qu'avec le mode fragmenté actuel, celui-ci se traduisant par des consultations ponctuelles auprès de multiples intervenants du réseau (Santé Canada, 1999).

Par ailleurs, des efforts sont nécessaires pour assurer la pérennité des programmes de prévention des ITSS dans les CRD (CDC, 2007).

7.2.3 Les approches reconnues efficaces

Le succès des interventions de prévention des ITSS auprès des personnes UDI présentant de multiples problèmes de santé repose sur une approche globale en santé et sur la mise en place de soins personnalisés prodigués par un professionnel avec lequel le patient a établi un lien de confiance (médecin de famille, travailleur social, infirmière, gestionnaire de cas, etc.) (Boyle et Murphy, 2010; Brousselle *et al.*, 2007; Drake *et al.*, 2008; Edlin *et al.*, 2005; Kresina *et al.*, 2005; Noël *et al.*, 2007).

La réduction des méfaits est reconnue comme une approche efficace dans la prévention des ITSS auprès des personnes UDI. Elle consiste en l'adoption d'une perspective de hiérarchisation des besoins en accord avec la personne concernée pour lui permettre de modifier ses comportements et ainsi réduire les effets néfastes induits par sa consommation de drogues. À ce chapitre, la distribution du matériel d'injection stérile et le traitement de la dépendance aux opioïdes (TDO) par la prescription de méthadone, de buprénorphine ou d'héroïne constituent les deux pratiques jugées les plus efficaces pour prévenir les ITSS chez les personnes UDI (Brown *et al.*, 2007; Bruneau *et al.*, 2012; Cox *et al.*, 2009).

L'étude québécoise de Bruneau *et al.* (2011) a démontré que l'accès au matériel d'injection stérile se traduit par un taux d'infection par le VIH cinq fois moins élevé chez les UDI. Rendre accessible le matériel d'injection stérile par l'entremise de programmes de

distribution dans des organismes communautaires, des établissements de santé et de services sociaux ou en pharmacie fait partie d'une stratégie globale d'intervention efficace en vue de la réduction des méfaits. Cette stratégie vise essentiellement la prévention du partage de matériel d'injection et, par le fait même, la réduction de la transmission d'infections par le VIH, le VHC et le VHB (CDC, 2007; MSSS, 2009).

Quant au TDO, « les clients sous traitement de substitution à la méthadone sont engagés dans un processus qui, globalement, peut être considéré comme le premier pas vers le développement de comportements de promotion de la santé » (Nyamathi *et al.*, 2008, p. 27).

Dans le cadre d'une étude menée auprès de 614 CRD aux États-Unis et portant sur les soins et les services liés à l'infection par le VHC, Hagan *et al.* (2005) constatent que les CRD offrant le TDO avec méthadone proposent une gamme plus complète de services médicaux que les CRD dont l'approche est fondée sur l'abstinence. En effet, les usagers en TDO sont susceptibles de recevoir sur place des soins médicaux, d'obtenir des consultations médicales de suivi et d'être orientés vers des ressources médicales complémentaires (Hagan *et al.*, 2005). Toujours selon Hagan *et al.* (2005), cette différence peut être attribuée au fait que les services de TDO, qui touchent à des aspects médicaux, requièrent d'emblée l'intervention de médecins et d'infirmières. En contrepartie, seulement la moitié des CRD dont les services sont fondés sur le principe d'abstinence offrent des examens

médicaux à l'admission et en cours de traitement. Ces centres ont également un faible taux d'orientation de leurs usagers atteints d'hépatite C vers des ressources externes en vue de leur traitement (Hagan *et al.*, 2005).

Les interventions de proximité (appelées également *outreach* communautaire) – tenues dans les lieux de fréquentation tels que les programmes de distribution de matériel d'injections et les organismes communautaires – sont reconnues efficaces par plusieurs instances pour joindre les UDI qui ne font pas appel spontanément à des services en CRD et ainsi faciliter leur entrée en traitement, leur orientation vers des ressources offrant le dépistage des ITSS ou encore leur sensibilisation aux risques liés aux ITSS (CDC, 2007; NIDA, 2002; ONUSIDA, 2007; Santé Canada, 1999).

Une étude de Kimber *et al.* (2008) a révélé que les personnes UDI qui fréquentent les centres d'accès au matériel stérile d'injection et qui présentent des problèmes concomitants de santé mentale sont les moins susceptibles d'entrer en traitement des dépendances. Ces auteurs suggèrent que les stratégies d'orientation de ces usagers vers des ressources externes soient intensifiées et que leur suivi soit systématisé. De plus, les lieux de distribution de matériel d'injection constituent des points de rencontre permettant de rattacher les jeunes UDI à d'autres services et d'offrir des réponses immédiates à certains de leurs besoins (Haley *et al.*, 2003).

Les groupes d'émancipation et de défense des droits préconisent des changements dans les approches et les façons de travailler pour le mieux-être des personnes infectées et en collaboration avec celles-ci. Ils réclament un meilleur partenariat entre les aidants et les aidés, basé sur la reconnaissance mutuelle de leurs « expertises » respectives (professionnelle pour les uns, expérientielle pour les autres) (Litwin *et al.*, 2005). Le modèle GIPA (*Greater Involvement of People Living with HIV and AIDS*) d'ONUSIDA (2007) recommande la mise en place de stratégies de recrutement par les pairs et l'implication de membres de la population ciblée à toutes les étapes d'un projet visant à joindre les personnes UDI, depuis la conception jusqu'à l'évaluation. Au Québec, l'Association québécoise pour la promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues (AQPSUD) est un organisme qui justement fait appel à des personnes consommatrices de drogues pour qu'elles s'impliquent activement dans des stratégies visant l'amélioration de leurs conditions de vie et la prévention des ITSS.

En effet, les pairs-aidants peuvent contribuer efficacement au repérage des personnes UDI dans leur milieu tout en étant aussi des agents motivateurs fort crédibles pour inciter les UDI à des changements de comportements (CDC, 2007; Haley *et al.*, 2003). Ces pairs-aidants collaborent à la distribution du matériel d'injection auprès de jeunes plus marginalisés, sensibilisent leurs pairs à la réduction des méfaits, notamment en ce qui a trait aux techniques d'injection à risques réduits et à l'utilisation adéquate de condoms,

et facilitent également l'orientation des UDI vers diverses ressources en vue de leur traitement d'une dépendance ou d'une ITSS (CDC, 2007).

7.2.4 Aspects cliniques liés à la prévention des ITSS chez les utilisateurs de drogues par injection

La connaissance et l'appropriation des pratiques reconnues les plus efficaces (également appelées « meilleures pratiques » ou « bonnes pratiques ») dans la lutte aux infections par le VHB, le VHC et le VIH sont essentielles au rehaussement des pratiques actuelles dans tous les établissements qui souhaitent joindre plus facilement les personnes UDI (MSSS, 2008). La qualité du lien thérapeutique est sans contredit l'assise permettant de travailler à la modification des comportements chez la personne UDI, notamment en ce qui a trait à la prise de risques liée aux ITSS et à la possibilité de transmettre ces infections à d'autres, qu'il s'agisse d'un partenaire sexuel ou d'injection ou encore d'un enfant à naître.

Cependant, les problématiques souvent complexes que vivent les personnes UDI atteintes du VHC ou du VIH nécessitent que l'on fasse appel à l'expertise de différents intervenants.

L'interdisciplinarité est un élément clé de la réussite des interventions liées aux ITSS (Cournot *et al.*, 2004; Dore *et al.*, 2005; Edlin *et al.*, 2005; Matthews *et al.*, 2005; Robaey *et al.*, 2006; Santé Canada, 2005; Sylvestre *et al.*, 2004). La création d'espaces favorisant les échanges interprofessionnels, tels que les rencontres d'équipes, les activités de formation conjointes et les communautés de pratique, constitue un

moyen de développer la confiance mutuelle et de favoriser la reconnaissance de l'interdépendance des intervenants concernés (Lamarche *et al.*, 2001).

7.2.5 L'organisation des services

Les services doivent être organisés de manière à ce que l'on puisse, dans un premier temps, contacter les personnes UDI là où elles se trouvent par des activités de proximité (ou dites d'*outreach*) et, dans un deuxième temps, les « retenir » dans ces services grâce à la mise en œuvre de programmes à bas seuil d'exigence (CDC, 2007; NIDA, 2002; Noël *et al.*, 2007).

Plus spécifiquement, selon le modèle communautaire du NIDA, les stratégies d'*outreach* incluent :

- la communication d'informations de base sur la réduction des méfaits;
- la présentation, selon une grille de hiérarchisation, des différents moyens de réduire les risques et de leur efficacité relative reconnue;
- l'offre de documentation ainsi que de matériel promouvant les changements de comportements, y compris du matériel d'injection stérile et des condoms;
- la facilitation de l'entrée en traitement des dépendances ou des ITSS ainsi que de l'accès à d'autres services psychosociaux et médicaux.

Les services à bas seuil d'exigence sont des services prodigués avec une réduction des conditions d'accès aux services et aux soins, par exemple la non-exigence de l'arrêt de la consommation. Ils sont caractérisés par une souplesse (horaires d'ouverture variés, consultations sans rendez-vous) et une adaptation aux besoins spécifiques des clientèles les plus vulnérables. Ces services à bas seuil d'exigence sont susceptibles d'attirer et d'intéresser les personnes UDI (CDC, 2007; Noël *et al.*, 2007). En CRD, Landry et Lecavalier (2003) proposent la réduction des critères d'admission dans les services, la multiplication des portes d'entrée donnant un accès direct à ces services, le respect des objectifs mentionnés par l'utilisateur lors de la demande d'aide, l'inclusion des personnes aux prises avec des troubles concomitants de santé mentale, de délinquance et d'itinérance, ainsi que l'absence de limite préétablie quant à la durée du suivi et à la réadmission dans les services.

7.2.6 Intégration de la prévention des ITSS dans les CRD

L'amélioration de l'état de santé, du bien-être, de la qualité de vie et de l'intégration sociale des personnes UDI doit nécessairement prendre en compte la promotion des pratiques cliniques préventives (PCP) liées aux ITSS, à savoir le counseling sur la prévention de la transmission sexuelle et sanguine, l'offre systématique de dépistage du VIH, du VHC et du VHB, la vaccination contre le VHA et le VHB, et l'orientation vers des ressources externes pour le suivi médical et le traitement des infections virales (VIH, VHB, VHC) en temps opportun.

Les PCP sont identifiées comme une stratégie d'action prioritaire dans le *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008* (PNSP). « Les pratiques cliniques préventives retenues dans le programme national sont des mesures dont l'efficacité est reconnue par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs ou le groupe d'étude américain U. S. Preventive Services Task Force » (p. 72). Il s'agit d'une stratégie reconnue efficace pour amener les professionnels de la santé à mieux intégrer la prévention dans leur pratique quotidienne. Ces pratiques permettent d'agir en amont des problèmes pour ainsi réduire la morbidité et la mortalité évitables en favorisant la santé et en prévenant les maladies et les problèmes psychosociaux.

Les bonnes pratiques liées à la prévention renvoient essentiellement à la nécessité d'intégrer des préoccupations liées à la prévention, au suivi et au traitement des ITSS dans les CRD. Se préoccuper des ITSS alors qu'un client consulte pour un autre problème de santé, en l'occurrence un problème de dépendance, témoigne d'une approche intégrée des soins et des services : c'est voir l'individu dans son entier.

En ce qui a trait plus particulièrement à la prévention auprès des personnes UDI, qu'elles soient atteintes ou non du VIH, du VHC ou du VHB, il s'agit de rendre accessibles en CRD :

- le matériel d'injection stérile;
- le traitement de la dépendance aux opioïdes (TDO);

- la prévention du passage à l'injection;
- l'éducation sur l'injection à risques réduits;
- la vaccination contre le VHA et le VHB;
- le counseling et l'offre systématique de dépistage du VIH, du VHC et du VHB;
- l'orientation vers des ressources externes, en temps opportun, pour le suivi et le traitement médical (VIH, VHB, VHC).

Or, l'examen médical à l'admission en réadaptation des dépendances constitue une excellente occasion de promouvoir les pratiques cliniques préventives. Plus encore, l'entrée en CRD constitue une occasion d'effectuer le dépistage des ITSS et d'orienter les personnes atteintes du VIH ou encore de l'hépatite C vers des ressources externes en vue de leur traitement. Au Canada, les études démontrent que moins de 5 % des personnes UDI atteintes du VHC ont été traitées (Grebely *et al.*, 2009; Treolar et Rhodes, 2009). Pourtant, plusieurs études ont démontré que les personnes UDI peuvent être traitées avec succès pour cette infection si elles sont prises en charge par une équipe de soins expérimentée et dans des conditions répondant à leurs besoins particuliers.

Selon Brown *et al.* (2007), l'accessibilité accrue des services de prévention des ITSS dans les centres qui offrent le TDO peut expliquer en partie la raison pour laquelle ces traitements sont associés à une réduction des comportements à risque de transmission du VIH et à une moins grande probabilité de progression du VIH.

Quant à eux, Hallinan *et al.* (2007) avancent que « le besoin d'intégrer les soins liés au VHC aux services de réadaptation en dépendance fait écho au défi que pose le double diagnostic de trouble psychiatrique et de dépendance. Au même titre que le patient qui présente un double diagnostic, la personne atteinte d'un VHC chronique risque de se retrouver dans les limbes [traduction libre, p. 441]. » En effet, au Québec, comme ailleurs dans les pays occidentaux, dont les États-Unis, très peu d'UDI ou d'anciens UDI se sont fait offrir le traitement contre le VHC. Or, les expériences de traitement d'autres maladies chroniques chez les UDI suggèrent qu'il est plus facile de répondre aux besoins médicaux complexes des UDI en intégrant des services médicaux à ceux de traitement des dépendances (Hagan *et al.*, 2007).

Selon une étude de Brown *et al.* (2007) effectuée auprès de 269 centres de réadaptation en dépendance dans 26 États américains, les caractéristiques des centres qui sont les plus susceptibles d'offrir des services de qualité en matière de prévention et de traitement des ITSS sont les suivantes :

- Ils offrent le traitement ambulatoire de substitution (p. ex., la méthadone).
- Ils bénéficient de la présence soutenue de personnel médical.
- Ils bénéficient d'une forme de rémunération de MEDICAID ou d'autres sources lorsqu'ils offrent le traitement des ITSS et les services médicaux qui y sont reliés.

- Ce sont eux qui reçoivent le plus grand nombre d'usagers qui ont des comportements à risque ou sont atteints du VIH, de l'hépatite C ou d'autres ITSS.

7.2.7 La coordination des différents services dans un souci de continuité des soins

La reconnaissance de l'interdépendance entre les intervenants des différents milieux cliniques favorise la continuité des soins, celle-ci consistant en une cohérence du processus thérapeutique d'un service à l'autre (continuité des traitements et des approches) (Reid, 2002; Noël *et al.*, 2007). À ce chapitre, il est indispensable d'amorcer des rapprochements entre les CRD et les milieux communautaires largement fréquentés par les personnes UDI afin d'aller à la rencontre des usagers et de leur proposer des services avant même qu'ils ne formulent une demande d'aide. Des collaborations sont également cruciales avec les CSSS qui détiennent une expertise solide en ce qui a trait aux ITSS, particulièrement les Services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEPE) et les centres hospitaliers qui y sont associés.

Une étude basée sur des groupes de discussion menés par Kresina *et al.* (2005) a permis de dégager certains consensus, notamment sur le fait que le traitement de l'hépatite C chez les personnes UDI qui s'injectent activement des drogues demande une coordination et des échanges entre des spécialistes en hépatologie, en gastroentérologie, en médecine comportementale, en santé primaire

ainsi qu'en réadaptation en dépendance.

Ainsi, la création de ponts avec les services de première (CSSS), de deuxième (CRD) et de troisième ligne (microbiologie, hépatologie, psychiatrie médicale, etc.) facilite l'expérience de soins du patient et favorise l'accès aux différentes ressources accessibles. Les intervenants des CRD du Québec peuvent contribuer significativement à la réussite du traitement de personnes atteintes par le VIH et l'hépatite C, notamment en :

- poursuivant le lien avec la personne (alliance thérapeutique);
- menant des interventions pour agir sur des problématiques complexes (instabilité résidentielle, situations de crise, difficultés familiales, etc.);
- collaborant avec les équipes de traitement du VIH ou du VHC;
- poursuivant, de façon coordonnée, des traitements de dépendance aux opioïdes, à l'alcool, etc. (la consommation d'alcool est un facteur d'échec à l'entrée en traitement du VHC, d'interruption prématurée du traitement et d'échec virologique du traitement du VHC);
- réalisant des suivis conjointement avec des ressources en santé mentale.

Toutefois, dans le contexte où les traitements nécessitent des suivis au long cours et où les personnes UDI n'ont souvent aucun médecin de famille, la création d'un lien thérapeutique avec un médecin de

famille pour la prise en charge des problèmes concomitants de santé mentale et d'hépatite C est particulièrement importante (Boyle et Murphy, 2007; CDC, 2007). À ce jour, les cliniques de soins d'urgence et les urgences hospitalières constituent la source première de soins médicaux pour les personnes en situation de précarité dont l'accès au réseau de santé est restreint (Bitera *et al.*, 2009). Et lorsque les personnes UDI consultent aux urgences, la nature chronique de leurs problèmes fait en sorte que ceux-ci demeurent souvent non résolus, ce qui mène à des consultations à répétition sans qu'il y ait de prise en charge réelle et de continuité dans les soins (Hagan *et al.*, 2005). Ainsi, l'entrée dans un programme de réadaptation en dépendance devrait minimalement permettre à toute personne UDI d'être évaluée par un médecin. L'entrée en CRD constitue également une occasion pour encourager et soutenir une démarche d'accès à un médecin de famille. L'accès à un médecin de famille sera maximisé avec un rôle accru joué par les intervenants en matière de défense des droits des populations vulnérables, celles-ci éprouvant de grandes difficultés à consulter dans le réseau traditionnel de soins et à développer un lien de confiance avec les soignants. Il faut néanmoins souligner la difficulté d'accéder à un médecin de famille, toutes clientèles confondues, compte tenu de l'organisation actuelle des services de première ligne au Québec.

Enfin, pour ce qui est de l'intégration clinique et fonctionnelle du traitement des dépendances aux soins de santé primaires, il a été démontré qu'elle se traduisait par une augmentation de

l'utilisation des services, une meilleure observance des soins ainsi qu'une réduction de la fréquentation des urgences hospitalières et une diminution des consultations sans rendez-vous. De plus, la coordination des services de réadaptation en dépendance avec les soins de santé primaires dans un souci d'intégration des soins procure un cadre efficace pour le traitement de l'hépatite C et de l'infection par le VIH (Litwin *et al.*, 2005).

Ce phénomène est vrai dans plusieurs pays et pas uniquement au Québec, puisque l'offre intégrée de services en dépendance et de traitement des ITSS contribue largement au succès des interventions. À titre d'exemple, l'abstinence d'alcool ou la réduction considérable de sa consommation est essentielle à la réussite du traitement de l'hépatite C. Ainsi, il serait important d'intégrer au traitement du VHC des programmes de réadaptation en dépendance et des thérapies visant la désintoxication de l'alcool (Litwin, 2005).

7.3 Les entraves à l'intégration des services liés aux ITSS dans les CRD

Puisqu'une proportion importante des personnes infectées par le VIH et le VHC ignorent leur statut infectieux, elles ne formulent pas de demandes de services, notamment pour l'obtention d'une consultation médicale (Kresina *et al.*, 2005). Cette situation ne stimule pas une meilleure intégration des services offerts par différentes organisations à vocations distinctes. De plus, la stigmatisation, la banalisation et les mauvaises expériences avec le système de soins font que les personnes utilisatrices de drogues par injection sont peu enclines à requérir des soins en lien avec les ITSS (Hallinan *et al.*, 2007; Kresina *et al.*, 2005; Neale *et al.*, 2007; Treolar et Rhodes, 2009).

En effet, la recension des écrits effectuée par Hallinan *et al.* (2007) démontre que les faibles taux d'orientation des personnes UDI vers des services de dépistage et de traitement des ITSS sont liés aux facteurs suivants :

- l'idée préconçue voulant que les personnes UDI qui continuent de consommer ne puissent pas être traitées (selon les lignes directrices consensuelles canadiennes en matière

de prise en charge de l'hépatite C chronique (Sherman *et al.*, 2007), la persistance de la consommation par injection n'est pas une contre-indication absolue au traitement);

- la méconnaissance du fait qu'il existe un traitement curatif pour l'hépatite C;
- l'impression répandue que l'issue du traitement du VHC sera peu favorable;
- la discrimination envers les personnes UDI ou la non-considération du traitement par les intervenants lorsqu'il s'agit de soigner cette population.

Selon une enquête de Brown *et al.* (2007) portant sur l'opinion des cliniciens provenant de 269 centres de réadaptation en dépendance parmi 26 États américains, les pistes à considérer pour favoriser l'intégration d'activités de prévention des ITSS dans les centres de réadaptation en dépendance incluent la formation du personnel et la sensibilisation en vue de modifier les idées préconçues et les mentalités. En outre, les idées préconçues et les perceptions des intervenants en dépendance se traduisent par un certain pessimisme quant à la capacité des personnes

UDI et de leurs partenaires de consommation de modifier leurs comportements à risque. Selon le CDC (2007), le fait de percevoir qu'il existe véritablement des avantages au dépistage précoce des ITSS est une condition préalable essentielle à la mise en œuvre d'activités de prévention des ITSS et à la systématisation du dépistage dans les différentes structures de soins.

En outre, l'un des obstacles à l'entrée en traitement des personnes infectées par l'hépatite C consiste en la méconnaissance, chez bon nombre d'intervenants, du fait qu'il existe un traitement curatif et que les personnes UDI peuvent en bénéficier (Stoove *et al.*, 2006; Strahdee *et al.*, 2005). Malgré les idées préconçues répandues dans la population générale ainsi que chez certains cliniciens eux-mêmes, des études démontrent qu'il est possible de suivre et de traiter les personnes UDI atteintes du VHC même si elles continuent de consommer des drogues, et que les taux de succès sont très semblables à ceux mesurés dans la population générale, particulièrement lorsque ces soins sont dispensés par des équipes interdisciplinaires (Grebely *et al.*, 2007; Schaefer *et al.*, 2004; Sylvestre, 2005).

La pénurie de personnel médical et d'intervenants adéquatement formés constitue une autre entrave à l'offre de services de

dépistage (Tracy *et al.*, 2009). Selon Winstock (2006), ces prestations ne sont pas priorisées en raison du coût relatif des services médicaux pour le traitement des ITSS et du fait qu'elles ne sont pas considérées comme étant reliées au mandat premier des CRD. À cela s'ajoute le manque de protocoles d'intervention bien établis et de conditions organisationnelles adéquates telles que des ententes avec des laboratoires. Ainsi, des gestionnaires de CRD mentionnent que s'ils avaient les ressources pour le faire, ils offriraient plus de services liés aux ITSS (Hagan *et al.*, 2005).

Aux États-Unis, dans les CRD sondés, les programmes de prise en charge des personnes atteintes du VIH étaient plus accessibles que ceux de prise en charge de l'hépatite C ou d'autres ITSS. Toutes infections confondues, les services non médicaux étaient plus répandus que les services médicaux. Au Québec, au cours des dernières années, le volet biomédical a pris de l'ampleur dans le domaine de la dépendance, mais certains centres misent toujours presque exclusivement sur des interventions psychosociales.

Enfin, selon Litwin *et al.*, (2005), l'entrave la plus importante serait le manque d'accès à des services complets et intégrés pour le traitement de l'hépatite C alors qu'il s'agit de l'infection la plus répandue au sein de la population UDI.

8 DISCUSSION

Le présent état de situation comporte différentes limites que le lecteur doit prendre en considération.

La première a trait à l'absence de consignes de départ que la direction du CRD aurait pu donner aux répondants avant qu'ils ne remplissent le questionnaire d'enquête. Des consignes suggérant une consultation interne élargie auraient pu permettre de mieux rendre compte des différentes réalités en lien avec les activités liées aux ITSS.

Une seconde limite, plus importante encore, découle du fait que l'on n'a pas cherché à quantifier le volume d'activités liées aux ITSS ni la fréquence à laquelle ces activités se déroulent, mais seulement à savoir si elles existaient ou non au sein d'un CRD. Par le fait même, on ne peut établir, à partir des résultats de ce sondage, que les personnes UDI reçoivent de façon systématique de l'éducation sur l'injection à risques réduits, du counseling sur la modification de comportements ou une offre de dépistage et de vaccination.

Ce portrait ne visait pas non plus à déterminer si les activités liées aux ITSS réalisées sont adaptées aux besoins des personnes UDI. À titre d'exemple, on ne peut pas déduire que le matériel éducatif utilisé en CRD tient compte des caractéristiques particulières de ces personnes. Il est également impossible de savoir s'il existe un souci de pérennité des différentes pratiques cliniques préventives en CRD.

Nonobstant ces différentes limites, il est possible de discuter des résultats tirés de ce portrait de situation des activités liées aux ITSS dans les CRD.

Étant donné que la population de personnes UDI au Québec est estimée à environ 23 000 individus (Rémis *et al.*, 1996), dont près de la moitié sont à Montréal (soit 11 700), il appert que les CRD joignent une faible proportion de personnes UDI, et ce, malgré l'offre de traitement de la dépendance aux opioïdes. En effet, le TDO ne permet d'entrer en contact qu'avec les personnes qui font usage d'opioïdes alors qu'au Québec, une majorité des personnes UDI consomment de la cocaïne (Parent *et al.*, 2011).

Différentes stratégies sont susceptibles de corriger ce problème d'accessibilité. Cinq des seize CRD sondés ont mis en œuvre des activités de proximité, et il apparaît souhaitable que d'autres CRD puissent s'inspirer de leurs stratégies. Néanmoins, les CRD ont, dans l'ensemble, consolidé leurs liens de partenariat avec des centres d'accès au matériel d'injection et des organismes dédiés aux personnes UDI, ce qui semble une initiative prometteuse pour joindre davantage cette population. En contrepartie, seul un CRD déploie des activités de proximité dans des CAMI ou dans d'autres organismes communautaires dédiés aux UDI à Montréal, où se trouve la plus forte concentration de personnes UDI. Enfin, les modalités à bas seuil d'exigence semblent encore trop peu répandues alors qu'il est reconnu qu'elles attirent davantage les personnes UDI en traitement et font en sorte de les retenir dans les services.

Bien que les jeunes en difficulté constituent une des clientèles prioritaires en CRD (MSSS, 2007), ce portrait ne permet pas de déterminer si des interventions spécifiques sont faites afin de prévenir le passage à l'injection chez ceux qui se retrouvent à la rue ou sont à risque de le faire, même de façon très brève. Or, les études canadiennes démontrent qu'une forte

proportion des jeunes de la rue (entre 17 % et 40 %) sont susceptibles de s'initier à l'injection au moins une fois (DeMatteo *et al.*, 1999; Ochnio *et al.*, 2001; Roy *et al.*, 2000). L'Association des intervenants en toxicomanie du Québec (AITQ) offre d'ailleurs une formation au programme PIJE, qui vise à prévenir le passage à l'injection de substances psychoactives chez les jeunes toxicomanes à haut risque.

Cependant, les CRD du Québec expriment clairement, par le déploiement d'activités diversifiées, leur préoccupation au regard des ITSS chez les personnes UDI, plus particulièrement en ce qui a trait au VHC et au VIH. L'éducation sur l'injection à risques réduits est faite par la majorité des CRD, et la contribution du personnel psychosocial aux activités liées aux ITSS assure une prise en charge interdisciplinaire des usagers UDI. Les CRD auraient intérêt à se doter de matériel éducatif auprès de l'AITQ ou du Service de lutte aux infections transmissibles sexuellement et par le sang du MSSS afin de s'assurer que celui-ci soit adapté aux caractéristiques et aux besoins des personnes UDI. En ce qui a trait aux stratégies d'autonomisation, ce questionnaire n'a pas permis de sonder le souci des CRD d'impliquer les personnes UDI dans l'élaboration et la réalisation des activités leur étant destinées. Le fait de consolider des liens avec l'Association québécoise pour la promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues (AQPSUD) pourrait favoriser des actions plus adaptées tant à l'échelle nationale que régionale.

Par ailleurs, malgré l'adhésion générale des CRD à l'approche de réduction des méfaits, la distribution de matériel d'injection demeure timide. On peut penser que la distribution de ce matériel remet davantage en question les pratiques de réadaptation, bien que plusieurs reconnaissent le caractère chronique de la dépendance, et donc les probabilités de rechute

dans différentes circonstances de vie. De plus, il serait souhaitable que les CRD se coordonnent avec leur direction de santé publique (DSP) qui a le mandat de fournir les partenaires en matériel d'injection car certains CRD s'approvisionnent directement auprès de CAMI.

De pair avec la distribution de matériel d'injection, le TDO est la pratique clinique préventive ayant le plus grand impact sur la transmission du VHC et du VIH. Des données sur les effets du TDO se trouvent dans un rapport du CRAN publié en septembre 2011, intitulé *La dépendance aux opioïdes : portrait des traitements de substitution au Québec*. Le lecteur est invité à se référer aux recommandations qui en ont découlé.

La grande majorité des CRD offrent également le dépistage des ITSS et tous, sans exception, se soucient de la couverture vaccinale de leurs usagers. Lorsque ces services ne peuvent pas être offerts sur place par le personnel du CRD, il est souhaitable que les CRD concluent des ententes avec les CSSS afin de bénéficier de la présence de leur personnel médical et infirmier pour le dépistage et la vaccination. Près de 38 % des CRD ont conclu de telles ententes avec leur CSSS. Il est reconnu qu'offrir sur place le dépistage des ITSS augmente de façon considérable les chances de dépister le VIH, le VHB et le VHC chez les personnes UDI afin qu'elles soient au courant de leur statut sérologique et de leur état de santé, qu'elles soient vaccinées et qu'elles soient adéquatement informées des suivis et des traitements recommandés.

La quasi-totalité des CRD ont mis en place des ententes de services pour le traitement des personnes infectées par le VHC et le VIH, et ce, majoritairement par l'entremise de leur CSSS. Plusieurs régions du Québec ont toutefois des unités hospitalières de recherche et de soins sur le sida (UHRESS), structures de soins spécialisées dans le traitement du VHC et du

VIH auxquelles il est souhaitable que les CRD fassent davantage appel pour la prise en charge des personnes infectées. Les liens avec ces partenaires semblent plutôt limités à l'heure actuelle.

Étant donné que l'évaluation médicale est déterminante dans le parcours de soins des personnes UDI, les CRD devraient mettre en place des mécanismes assurant à celles-ci une consultation médicale à l'entrée dans leurs services. Or, 25 % des centres n'offrent pas de consultation médicale sur place et n'orientent pas leurs usagers vers un médecin en vue d'une consultation. Puisque la pénurie de personnel médical est identifiée par la grande majorité des CRD comme une entrave à l'accès aux activités liées aux ITSS, on gagnerait à élaborer de nouvelles stratégies favorisant le recrutement des effectifs médicaux ainsi que leur rétention au sein des CRD.

Dans une perspective à plus long terme, les CRD devraient recommander à tous leurs usagers sans médecin de famille de s'inscrire au guichet d'accès prévu à cet effet au sein de leur CSSS. Plusieurs codes de catégorie de problème de santé applicables à ces patients sont susceptibles de correspondre à la condition de vulnérabilité, ce qui garantit une prise en charge prioritaire et une rémunération bonifiée pour le médecin traitant (p. ex. : code 06 : Toxicomanie ou alcoolisme en cours de sevrage ou ayant donné lieu à une cure de désintoxication de drogues dures ou d'alcool au cours des cinq dernières années, toxicomanie sous traitement à la méthadone; code 07 : VIH/sida, hépatite C; code 01 : Problèmes de santé mentale [DSM-IV] : troubles psychotiques, troubles bipolaires, troubles paniques, anxiété généralisée, troubles envahissants du développement [autisme, Asperger], trouble du comportement alimentaire [anorexie, boulimie]). À l'heure actuelle, et il s'agit là d'une excellente nouvelle, les trois quarts des CRD déclarent faciliter l'accès à un médecin de famille.

9 PISTES D'ACTION À EXPLORER EN CRD POUR COMBLER LES ÉCARTS AVEC LES MEILLEURES PRATIQUES LIÉES AUX ITSS AUPRÈS DES UDI

Nous retenons quatre meilleures pratiques dans le but d'améliorer le portrait des activités liées aux ITSS dans les CRD. Les tableaux suivants consistent en une synthèse des éléments retrouvés dans les écrits en lien avec chaque meilleure pratique citée en titre pour ensuite proposer des pistes d'action concrètes à explorer.

Meilleure pratique n° 1 Rendre les services de réadaptation en dépendance accessibles et attrayants pour la population UDI
• Joindre les personnes et les groupes suivants, en tenant compte de leurs partenaires sexuels et de leur famille : ○ les personnes à risque de passage à l'injection; ○ les UDI non atteints du VIH ou du VHC; ○ les UDI atteints du VIH ou du VHC. • Faciliter l'entrée en contact avec les personnes UDI par le développement et la consolidation : ○ d'activités communautaires de proximité orientées vers les UDI dans leur propre quartier; ○ de partenariats avec des groupes communautaires. • Simplifier les modalités d'accès pour qu'elles correspondent à un bas seuil d'exigence (plages horaires variées, services sans rendez-vous, etc.). • Réaliser des interventions de prévention personnalisées auprès des personnes à risque, se traduisant par : ○ le respect de la dignité; ○ la sensibilité aux caractéristiques liées à l'âge ou au genre ainsi qu'aux aspects culturels et ethniques. • Impliquer des personnes UDI dans l'élaboration et la réalisation des activités leur étant destinées.
Pistes d'action à explorer en fonction des écarts à combler entre les meilleures pratiques et le portrait des activités liées aux ITSS dans les CRD
• Simplifier et diminuer les exigences à l'entrée dans les services et en cours de suivi (courts délais pour la prise en charge, facilitation du retour en traitement après une période d'abandon, relance). • Favoriser les échanges afin d'intégrer davantage la réduction de méfaits (pragmatisme, humanisme, hiérarchie d'objectifs) dans les interventions liées aux ITSS. • Favoriser la prise en charge par une équipe interdisciplinaire à même de répondre à l'ensemble des besoins de la personne. • Favoriser et soutenir l'autonomisation (empowerment) des personnes UDI en : ○ faisant participer des UDI à l'élaboration d'activités liées aux ITSS qui leur sont destinées; ○ facilitant la représentation d'une personne UDI au sein du comité des usagers de chaque CRD. • Déployer et consolider les actions hors les murs (dites d'outreach ou de proximité) ciblant les UDI dans les lieux les plus fréquentés : ○ centres d'accès au matériel d'injection (CAMI); ○ organismes communautaires à vocation UDI; ○ urgences (p. ex. : équipe de liaison). • Développer, consolider et formaliser des liens de partenariat pour faciliter l'orientation bidirectionnelle des personnes UDI entre le CRD et les différentes ressources : ○ CAMI et autres organismes communautaires destinés aux UDI; ○ centres jeunesse; ○ CSSS et leurs Services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEp); ○ centres hospitaliers (urgences, équipe de traitement VHC/VIH).

Meilleure pratique n° 2

Faciliter l'accès à des activités de prévention des ITSS adaptées à la réalité des personnes UDI

Étant donné qu'un programme de prévention efficace pour les UDI remplit les conditions suivantes :

- des services disponibles dans une variété d'endroits et à des horaires variés;
- une prise en charge interdisciplinaire;
- le souci de la pérennité des activités de prévention des ITSS;
- une gamme de services complets et coordonnés;

S'assurer de rendre accessible aux UDI l'ensemble des pratiques cliniques préventives en ITSS, à savoir :

- le counseling sur la prévention de la transmission sexuelle et sanguine des ITSS;
- l'éducation sur l'injection à risques réduits;
- la prévention du passage à l'injection;
- le dépistage systématique du VIH, du VHC et du VHB (cet aspect est élaboré à la meilleure pratique no 3);
- la vaccination contre le VHA et le VHB;
- le matériel d'injection stérile;
- le traitement de la dépendance aux opioïdes (TDO);
- la consultation médicale pour le suivi et le traitement (VIH, VHB, VHC) en temps opportun (cet aspect est élaboré à la meilleure pratique no 3).

Pistes d'action à explorer en fonction des écarts à combler entre les meilleures pratiques et le portrait des activités liées aux ITSS dans les CRD

- Planifier des plages horaires pour les activités liées aux ITSS.
- Impliquer différents professionnels dans les activités de prévention des ITSS (ex. : counseling par les intervenants psychosociaux et dépistage initié par les infirmières).
- Prévenir le passage à l'injection chez les jeunes en difficulté en s'inspirant des stratégies reconnues efficaces.
- Systématiser l'éducation sur l'injection à risques réduits en présence d'une personne UDI.
- Recourir à l'entretien motivationnel ou à toute autre intervention psychosociale visant le changement de comportements au regard :
 - du partage de matériel;
 - des comportements sexuels à risque.
- Solliciter les directions de santé publique (DSP) pour l'approvisionnement régulier en matériel d'injection stérile et assurer la distribution de celui-ci au moment jugé opportun (ex. : rechute).
- Offrir systématiquement le dépistage régulier sur les lieux à toutes les personnes UDI.
- Établir des ententes avec les CSSS pour favoriser la présence régulière en CRD de personnel médical et infirmier affecté au dépistage.
- Discuter du traitement du VHC et du VIH avec les personnes UDI, même en l'absence d'abstinence, et orienter systématiquement toute personne infectée en vue d'un traitement.

Meilleure pratique n° 3

Assurer l'accès au dépistage régulier et au traitement des personnes UDI trouvées infectées par le VHB, le VHC, ou le VIH

Étant donné que la contribution des CRD à la réussite des traitements passe par :

- le maintien du lien avec la personne UDI (alliance thérapeutique);
- des interventions pour agir sur des problématiques complexes : stabilisation résidentielle, situations de crise, difficultés familiales, etc.;
- les suivis effectués conjointement avec les équipes de traitement du VHB, du VHC ou du VIH et les ressources en santé mentale, le cas échéant;
- la diminution des impacts de l'usage de drogues sur l'issue du traitement du VHB, du VHC ou du VIH;
- la poursuite, de façon coordonnée, des traitements des dépendances (TDO, alcool, etc.) puisque, entre autres, la consommation d'alcool est un facteur d'échec à l'entrée en traitement de l'hépatite C, de son interruption prématurée et même d'échec virologique du traitement en soi.

S'assurer que les CRD déploient les stratégies suivantes :

- Offrir le dépistage de façon régulière, selon les recommandations en vigueur.
- Mettre en place des corridors de services pour l'accès au traitement.
- Collaborer de façon continue avec les milieux de soins prodiguant des traitements du VHC et du VIH.
- Favoriser l'observance du traitement du VHC et du VIH et du suivi médical.

Pistes d'action à explorer en fonction des écarts à combler entre les meilleures pratiques et le portrait des activités liées aux ITSS dans les CRD

- Offrir le dépistage des ITSS sur les lieux afin d'accroître le taux de personnes infectées qui sont au courant de leur état et s'assurer d'offrir ce dépistage de façon régulière afin de diagnostiquer précocement les infections.
- Établir des ententes avec les CSSS afin d'accroître la présence régulière en CRD de personnel médical et infirmier affecté au dépistage.

Meilleure pratique n° 4

Faciliter l'accès à un médecin, particulièrement à un médecin de famille et de préférence à un médecin qui pratique en médecine de groupe et en interdisciplinarité

Compte tenu des problèmes de santé multiples et souvent complexes que présentent les UDI, de même que de l'importance, pour le succès des suivis et des traitements, de l'instauration d'un lien de confiance entre la personne traitée et son équipe de soins,

il importe que le CRD favorise :

- la consultation médicale pour les personnes UDI au moment de leur admission en CRD;
- l'établissement et le maintien d'un lien avec un médecin de famille pour la prise en charge des problèmes concomitants;
- le travail en interdisciplinarité par des équipes composées de médecins de famille, de spécialistes du VIH et du VHC, de psychiatres, d'intervenants psychosociaux et d'infirmières.

Pistes d'action à explorer en fonction des écarts à combler entre les meilleures pratiques et le portrait des activités liées aux ITSS dans les CRD

- En vue de favoriser l'entrée en traitement médical, systématiser la consultation avec un médecin pour chaque personne UDI :
 - au moment de l'entrée en traitement en CRD;
 - après l'obtention d'un résultat de dépistage d'ITSS positif;
 - si cette personne n'a pas de médecin de famille, par l'orientation vers un guichet d'accès à un médecin de famille de son territoire de CSSS.
- Collaborer étroitement avec les équipes de traitement du VIH et du VHC, notamment en raison de l'expertise des CRD en matière de TDO et d'interventions visant la diminution et l'arrêt de la consommation d'alcool.

Pistes d'action à explorer en fonction des écarts à combler entre les meilleures pratiques et le portrait des activités liées aux ITSS dans les CRD

En ce qui a trait à l'analyse continue de la population UDI

- Obtenir de la Direction de santé publique (DSP) les données régionales sur le nombre d'UDI, leurs caractéristiques et les particularités de leurs comportements à risque relativement aux ITSS, afin d'être au fait des changements (p. ex. les nouvelles pratiques de consommation à risque de transmission des ITSS) et d'y réagir promptement.
- Quantifier le nombre d'UDI fréquentant les différents CRD et dégager un profil type de cette population au regard des ITSS.

En ce qui a trait à la formation et à la recherche

- Participer aux formations offertes par l'INSPQ :
 - *L'intervention de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang : la contribution de l'infirmière*
 - *Virus de l'hépatite C : pour une prise en charge en réseaux des personnes infectées*
 - *Travailler en réseau auprès des populations vulnérables : stratégies de mise en œuvre*
 - *Sexualité et drogue chez les jeunes en difficulté : repères pour mieux intervenir*
- Élaborer et diffuser une formation sur les meilleures pratiques liées aux ITSS auprès des UDI, adaptée au contexte des CRD et traitant des aspects suivants :
 - les modalités de bas seuil en CRD pour mieux rejoindre les UDI;
 - les connaissances de base en ce qui a trait aux ITSS et, plus particulièrement, aux infections par le VHC et le VIH;
 - les pratiques reconnues les plus efficaces pour la distribution de matériel de consommation.

CONCLUSION

Parce qu'elles doivent composer avec de nombreux défis liés à leur santé et à leurs conditions de vie difficiles, les personnes qui s'injectent des drogues ont besoin d'un soutien particulier pour obtenir des services sociaux et de santé qu'elles sont pourtant en droit de réclamer. Les CRD du Québec sont des acteurs importants dans le continuum des soins et des services liés aux ITSS.

Le présent portrait de situation des activités liées aux ITSS a mis en évidence la préoccupation exprimée par l'ensemble des CRD quant à la nécessité d'intervenir par rapport à cette problématique de santé publique. Ce portrait constitue ainsi le point de départ d'une démarche beaucoup plus vaste dont le but est d'outiller les CRD du Québec afin qu'ils se rapprochent des standards de pratique reconnus.

Afin que l'offre de services en ITSS dans les CRD soit véritablement adaptée aux besoins des personnes UDI, elle doit prendre en compte différents aspects susceptibles d'assurer la cohérence et l'efficacité des interventions, à savoir : une évaluation continue de la population UDI et de ses besoins spécifiques, une vision commune entre les différents intervenants prodiguant les suivis, le choix d'approches reconnues efficaces, des pratiques cliniques éprouvées, une organisation de services souple et attrayante, une intégration de la prévention des ITSS dans la pratique clinique du personnel médical, infirmier et psychosocial du CRD et,

finalement, un souci de coordination des services et de continuité des soins aux personnes UDI, particulièrement celles qui sont infectées par le VIH, le VHC et le VHB.

Pour répondre à l'ensemble des besoins de la population UDI, il faut nécessairement convenir de l'interdépendance des différents acteurs du réseau de la santé et des services sociaux. Il va sans dire que le défi que constitue l'adaptation des services aux personnes UDI en CRD ne pourra être relevé que dans le contexte d'une étroite collaboration entre les CRD et les différents CSSS ainsi qu'entre les CRD et les organismes communautaires (entre autres les CAMI), les pairs-aidants et les équipes spécialisées dans le traitement des personnes UDI infectées.

Il est incontestable que les CRD peuvent jouer un rôle important dans la lutte au VIH et au VHC chez les personnes UDI. Certains CRD du Québec contribuent déjà à la lutte aux ITSS, et à cet égard, des initiatives citées dans le présent rapport s'alignent parfaitement avec les pistes d'action proposées.

Cependant, l'offre de service est inégale d'un CRD à l'autre. Il est à souhaiter que le présent état de situation des activités liées aux ITSS dans les CRD du Québec inspirera les changements nécessaires en incitant au renforcement des alliances et des collaborations interétablissements, le tout afin que les personnes UDI accèdent à des soins et à des services de qualité en matière d'ITSS.

RÉFÉRENCES

- Agence de santé publique du Canada [ASPC]. (2008). *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, Agence de santé publique du Canada. Édition 2006 [Mises à jour : janvier 2008], Ottawa, ASPC.
- Allard, P. R., Noël, L. (2006). *Portrait de situation de l'hépatite C au Québec 1990-2004. Analyse de la demande de services par les personnes atteintes du virus de l'hépatite C*. Québec: INSPQ.
- Appel, P. W., Ellison, A. A., Jansky, H., Oldak, R. (2004). Barriers to Enrolment in Drug Abuse Treatment and Suggestions for Reducing Them: Opinions of Drug Injecting Street Outreach Clients and Other System Stakeholders, *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 30, n° 1, 129-153.
- Boyle, M. G., Murphy, T. P. (2010). *Guidelines for Linking Addiction Treatment with Primary Healthcare*. Illinois Department of Human Service's Department of Alcoholism and Substance Abuse.
- Brochu, S., Landry, M., Patenaude, C. (2012). Les personnes toxicomanes au carrefour de réseaux de prise en charge, L'intégration des services en toxicomanie chapitre dans M. Landry, S. Brochu, et C. Patenaude, *L'intégration des services en toxicomanie, Collection Toxicomanies*, 1-8.
- Brown, L. S., Kritz, S., Goldsmith, R. J. Binj, E. J., Robinson, J., Alderson, D. (2007). Health Services for HIV/AIDS, HCV, and Sexually Transmitted Infections in Substance Abuse Treatment Programs, *Public Health Reports*, July–August, 122.
- Bruneau, J., Daniel, M., Abrahamowicz, M., Zang, G., Lamothe, F et Vincelette, J. (2011). Trends in Human Immunodeficiency Virus Incidence and Risk Behavior Among Injection Drug Users in Montreal, Canada: A 16-Year Longitudinal Study American, *Journal of Epidemiology*, 173(9), 1049–1058.
- Centers for disease control [CDC]. (2007). *Program collaboration and service integration: Enhancing the prevention and control of HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB in the United States An NCHHSTP Green paper*, Centers for disease control, 28 p.
- Cournot, M., Gilbert, A., Castel, F., Druart, F., Imani, K., Lauwers-Cances, V. et al. (2004). Management of hepatitis C in active drug users: experience of an addiction care hepatology unit, *Gastroenterol Clin Biol*, vol. 28, 533-539.
- Cox, J., Morrisette, C., De, P., Tremblay, C., Allard, R., Graves, L. et al. (2009). Access to sterile injecting equipment is more important than awareness of HCV status for injection risk behaviors among drug users. *Substance Use and Misuse*, 44: 548-668.
- CRAN (2011). *La dépendance aux opioïdes : portrait des traitements de substitution au Québec*. 72 p.
- Degenhardt, L., Mathers, B., Vickerman, P., Rhodes, T., Latkin, C., Hickman, M. (2010). HIV in people who use drugs. Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed. *Lancet*, 376, 285–301.
- DeMatteo, D., Major, C., Block, B., Coates, R., Fearon, M., Goldberg, E. et al. (1999). Toronto street youth and HIV/AIDS: Prevalence, demographics, and risks. *Journal of Adolescent Health*. 25, p. 358-366.
- Dennis, M. L., Scott, C. K., Funk, R. et Foss, M. A. (2005). The duration and correlates of addiction and treatment careers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28 Suppl 1, S51-S62.
- Dore, G. J., Thomas, D. L. (2005). Management and Treatment of Injection Drug Users with Hepatitis C Virus (HCV) Infection and HCV/ Human Immunodeficiency Virus Coinfection. *Seminars in Liver Disease*, vol. 5, n° 1, 18-32.
- Edlin, B. R., Kresina T. F., Raymond, D. B., Carden, M. R., Gourevitch, M. N., Rich, et al. (2005). Overcoming Barriers to Prevention, Care, and Treatment of Hepatitis C in Illicit Drug Users. *Clinical Infectious Diseases* 15(40) Suppl. 5, S276-85.

- Edlin, B. R., Seal, K. H., LORVik, J., Kral, A. H., Ciccarone, D. H. Moore, L. D. *et al.* (2001). Is it justifiable to withhold treatment for hepatitis C from illicit-drug users? *New England Journal of Medicine*, vol. 345, n° 3, 211-214.
- Fischer, B., Rehm, J., Brissette, S., Brochu, S., Bruneau, J., el-Guebaly, N., *et al.* (2005). Illicit opioid use in Canada: Comparing social, health and drug use characteristics of untreated users in five cities (OPICAN study). *Journal of Urban Health*, 82, 250–266.
- Fisher, B., Haydon, E., Rehm, J., Krajden, M., Reimer, J. (2004). Injection drug use and the hepatitis C virus: considerations for a targeted treatment approach – the case study of Canada. *Journal of urban health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol. 81, n° 3, 428-447.
- Grebely, J., Raffa, J. D., Lai, C., Krajden, M., Kerr, T., Fischer, B. *et al.* (2009). Low uptake of treatment for hepatitis C virus infection in a large community-based study of inner city residents. *Journal of Viral Hepatitis*, 16, 352–358.
- Hagan, H., Holly H., Strauss S., Astone J. M., Des Jarlais D. C. (2005). Medical Examinations at Entry to Treatment for Drug Abuse as an Opportunity to Initiate Care for Hepatitis C Virus Infection. *Clinical Infectious Diseases*, 40: Suppl. 5, S297–303.
- Haley, N., Roy, E., Leclerc, P. (2003). Interventions de prévention efficaces contre le VIH et l'hépatite C chez les jeunes utilisateurs de drogues par injection (UDI). *Drogues, santé et société*, Réduction des risques et des méfaits, (2), 3, 1-14.
- Hallinan, R., Byrne, A., Agho, K., Dore, G. J. (2007). Referral for chronic hepatitis C treatment from a drug dependency treatment setting. *Drug and Alcohol Dependence*, 88: 49-53.
- Hallinan, R., Byrne, A., Dore, G. J. (2007). Harm reduction, hepatitis C and opioid pharmacotherapy: an opportunity for integrated hepatitis C virus-specific harm reduction. *Drug and Alcohol Review*, 26 (4), 437-443.
- Khalsa, J. H., Treisman, G., McCance-Katz, E., Tedaldi, E. (2008). Medical consequences of drug abuse and co-occurring infections: research at the National Institute on Drug Abuse. *Substance Abuse*, 29 (3), 5-16.
- Kimber, J., Mattick, R., Kaldor, J., van Beek, I., Gilmour, S., Rance, J. A., *et al.* (2009). Process and predictors of drug treatment referral and referral uptake at the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. *Drug and Alcohol Review*, 27 (6), 602-612.
- Kresina, T. F., Jag Khalsa, J., Cesari, H., Francis, H. (2005). Hepatitis C Virus Infection and Substance Abuse: Medical Management and Developing Models of Integrated Care-An Introduction. *Clinical Infectious Diseases*, 40, S259–62.
- Litwin, A. H., Soloway, I., Gourevitch, M. N. (2005). Integrating Services for Injection Drug Users Infected with Hepatitis C Virus with Methadone Maintenance Treatment: Challenges and Opportunities. *Clinical Infectious Diseases*, 40, S339–45.
- Lamarche, P. A., Lamothe, L., Bégin, C., Léger, M., et Vallière-Joly, M. (2001). Intégration des services : enjeux structurels et organisationnels ou humains et cliniques? *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8 (2), 71-92.
- Landry, M. et Lecavalier, M. (2003). L'approche de réduction des méfaits dans le champ de la réadaptation en toxicomanie : un facteur de changements. *Drogues, santé et société*, 2, 124-140.
- Landry, M., Brochu, S., Nadeau, L., Brunelle, N., Bergeron, J. *et al.* (2009). Quinze années de recherche au RISQ : bilan des connaissances sur l'impact des traitements. *Drogues, santé et société*, 8 (2), 187-231.
- Leclerc, P., Morissette, C. et Tremblay, C. (2006). *Le matériel stérile d'injection : combien faut-il en distribuer pour répondre aux besoins des UDI de Montréal?* Agence de santé et de services sociaux de Montréal.
- Matthews, G., Kronbeorg, I. J., Dore, G. J. (2005). Treatment for hepatitis c virus infection among current injection drug users in Australia. *Clinical Infectious Diseases*, 40 (suppl. 5), s325-s329.

McLellan, A. T., McKay, J. R., Forman, R., Cacciola, J., Kemp, J. (2005). Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*, 100, 447-458.

Morissette, C., Cox, J., Prithwish D., Tremblay, C, Roy, E., Allard, R. *et al.* (2007). Minimal uptake of sterile drug preparation equipment in a predominantly cocaine injecting population: Implications for HIV and hepatitis C prevention. *International Journal of Drug Policy*, 18, 204-212.

Mueser, K. T., Douglas, L. N., Drake, R. E., Fox, L. (2001). Troubles mentaux graves et abus de substances: comportement efficaces de programmes de traitements intégrés à l'intention des personnes présentant une comorbidité. *Santé mentale au Québec*, 26(2), 22-46.

Milloy, M. J., Kerr, T., Zhand, R., Tyndall, M., Montaner, J., Wood, E. (2009). Inability to access addiction treatment and risk of HIV infection among injection drug users recruited from a supervised injection facility. *Journal of Public Health*, 32 (3), 342-349.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. (2006). *Le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution. Cadre de référence et guide de bonnes pratiques*, MSSS, 79 p.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. (2007). *Unis dans l'action. Orientations relatives aux critères d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience, Programme-services dépendance. Offre de service 2007-2012*. MSSS, 56 p.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. (2008). *Programme national de santé publique 2003-2009, Document complémentaire. Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le SIDA, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement : Orientations 2003-2009*. MSSS, 56 p.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. (2009). *Actions proposées pour la prévention du VIH-sida et de l'hépatite C chez les personnes utilisatrices de drogues. Rapport du comité du conseil sur la prévention du VIH et du VHC chez les personnes utilisatrices de drogues*. MSSS, 62 p.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. (2010). *ITSS : l'épidémie silencieuse, Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population*. MSSS, 76 p.

National Institute on Drugs and Addictions [NIDA] (2002). Principles of HIV prevention in Drug-using populations: A research-Based Guide, US Department of Health and Human Services, NIDA.

Neale, J., Tompkins, C., Sheard, L. (2007). Barriers to accessing generic health and social services: a qualitative study of injecting drug users. *Health and social care in the community*, 16 (2), 147-154.

Noël, L., Laforest, J., Allard, P-R. (2007). *L'accès au suivi et au traitement pour les personnes atteintes de l'hépatite C au Québec-Analyse de l'offre de services*. INSPQ, 130 p.

Nyamathi, A. M, Sinha, K., Greengold, B., Marfisee, M., Khalilifard, F., Cohen, A., *et al.* (2008). Alcohol Use Reduction Program in Methadone Maintained Individuals with Hepatitis C Virus Infection. *Journal of Addictive Diseases*, 27: 4, 27-33.

Ochnio, J. J., Patrick, D., Ho, M., Talling, D. N. et Dobson, S.R. (2001). Past infection with hepatitis A virus among Vancouver street youth, injection drug users and men who have sex with men: implications for vaccination programs. *Canadian Medical Association Journal*, 165, 293-297.

Organisation mondiale de la santé [OMS] (2008). Principles of drug dependence treatment, discussion paper: OMS.

Organisation des nations unies pour le sida [ONUSIDA] (2007). *The Greater Involvement of people living with HIV/AIDS*, en ligne : <http://www.unaids.org/en/resources/policies/>

Parent, R., Alary, M., Morissette, C., Roy, É., Leclerc, P. *et al.* (2011). Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogues par injection. *Épidémiologie du VIH de 1995 à 2009/Épidémiologie du VHC de 2003 à 2009*, 83 p.

Perreault M., Rousseau M., Lauzon P., Mercier C., Tremblay, J., Héoux M.-C. (2007). Determinants of Retention in a Canadian Low-Threshold Methadone Maintenance Program. *Journal of Maintenance in the Addiction*, 3 (3), 37-51.

Remis, R., Leclerc, P., Rouledge, R., Taylor, C., Bruneau, J., Beauchemin, J. (1996) *Consortium to characterize injection drug users in Canada (Montreal, Toronto, Vancouver) Final Report*, 1-74. Toronto.

Robaey, G., Van Vlierberghe, H., Mathei, C., Van Ranst, M., Bruckers, L., Buntinx, F. (2006). Similar compliance and effect of treatment in chronic hepatitis C resulting from intravenous drug use in comparison with other infection causes. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, vol. 18, n° 2, 159-166.

Roy, É., Haley, N., Leclerc, P., Lemire, N., Boivin, J.-F., Frappier, J.-Y., *et al.* (2000). Prevalence of HIV infection and risk behaviours among Montreal street youth. *International Journal of STD & AIDS*, 11, 241-247.

Roy, E., Haley, N., Godin, R., Boivin, J.-F. Claessens, C., Vincelette, J., Leclerc, P., Boudreau, J.-F. (2008). *L'hépatite C et les facteurs psychosociaux associés au passage à l'injection chez les jeunes de la rue. Rapport final*. Agence de santé et de services sociaux de Montréal, 34 p.

Santé Canada. (1999). *Meilleures pratiques- Alcoolisme et toxicomanie, traitement et réadaptation*. Rapport préparé pour le Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance, Ottawa.

Schaefer M., Heinz A., Backmund M., (2004). Treatment of chronic hepatitis C in patients with drug dependence: time to change the rules? *Addiction*, 99, 1167-1175.

Simmonds, L., Coomber, R. (2009). Injecting drug users: A stigmatised and stigmatising population. *International Journal of Drug Policy*, 20, 121-130.

Scott, C. K., Dennis, M. L. (2009). Results from two randomized clinical trials evaluating the impact of quarterly recovery management checkups with adult chronic substance users. *Addiction*, 104, 959-971.

Sherman, M, Shafran, S., Burak, K., Doucette, K., Wong, W., Girgrah, N., *et al.* (2007). Management of chronic hepatitis C: Consensus Guideline. *Canadian Journal of Gastroenterology*, 21 (Suppl C), 25 C-34C.

Stoove, M. A., Gifford, S. M., Dore G. J. (2005). The impact of injecting drug use on hepatitis C-related referral and treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 77, 81-86.

Strathdee, S. A., Latka, M., Campbell, J., O'driscoll, P. T., Golub, E. T., Kapadia, F., *et al.* (2005). Factors Associated with Interest in Initiating Treatment for Hepatitis C Virus (HCV) Infection among Young HCV-Infected Injection Drug Users, *Clinical Infectious Disease*, vol. 40, Suppl. 5, S304-S312.

Strike, C. Leonar, L., Millson, M., Anstice, S., Berkeley, N., Medd, E. (2006). *Les programmes d'échange de seringues en Ontario : recommandations de pratiques exemplaires*, Toronto, Comité ontarien de coordination de l'échange de seringues.

Sylvestre, D. L. (2005). Treating Hepatitis C Virus Infection in Active Substance Users. *Clinical Infectious Diseases*, 40, S321-4.

Sylvestre, D. L. (2002). Treating hepatitis C in methadone maintenance patients: an interim analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 67, 117-123.

Sylvestre D. L., (2005). Treating hepatitis C virus infection in active substance users. *Clinical Infectious Diseases*, 40, 321-324.

Sylvestre, D. L., Loftis, M. L., Hauser, P., Genser, S., Cesari, H., Borek, N. *et al.* (2004). Co-occurring hepatitis C, substance use and psychiatric illness: treatment issues and developing integrated models of care. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol. 81, n° 4, 719-734.

Tracy, K., Brown, L. S., Kritz, S., Alderson, D., Robinson, J., Bini, E. J., *et al.* (2009). Substance Abuse Treatment Clinician Opinions and Infectious Disease Service Delivery. *Journal of Addictive Diseases*, 28: 8-12.

Treloar, C., Rhodes, T. (2009). The Lived Experience of Hepatitis C and its Treatment Among Injecting Drug Users: Qualitative Synthesis. *Qualitative Health Research*, 19 (9), 1321-1334.

Wodak, A., Cooney, A. (2004). *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users - Evidence for action technical papers*. Geneva, World Health Organization, 61 p.

ANNEXE

LES PRINCIPES DE PRÉVENTION DU NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE

Le National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2002) a émis dix-sept principes portant principalement sur la prévention du VIH chez les personnes qui font usage de drogues par injection à une époque où l'ampleur de l'épidémie de VHC n'avait pas encore été pleinement reconnue. Ces principes sont les suivants :

- 1) La réduction du risque du VIH/sida chez les personnes qui font usage de substances psychoactives est possible.
- 2) Une communauté doit débiter la prévention du VIH/sida le plus tôt possible.
- 3) Un programme de prévention efficace nécessite une gamme de services complets et coordonnés.
- 4) Les programmes de prévention doivent s'allier à la communauté pour planifier et implanter les services.
- 5) Les programmes de prévention doivent être basés sur une évaluation globale et continue de la communauté locale, et les bénéfices et impacts de ces programmes doivent être continuellement évalués.
- 6) Les services de prévention peuvent rejoindre plus efficacement les populations qui font usage de drogues s'ils sont disponibles dans une variété d'endroits et dans des plages horaires variées.
- 7) Les efforts de prévention et de traitement devraient nécessairement cibler les utilisateurs de drogues déjà atteints du VIH.
- 8) Les efforts de prévention doivent cibler, non seulement des individus, mais aussi des couples, des groupes sociaux, et la communauté au sens large des utilisateurs de drogues et leurs partenaires sexuels.
- 9) Les services d'*outreach* communautaires sont un élément essentiel de la prévention du VIH/sida et doivent être orientés vers les utilisateurs de drogues dans leurs propres quartiers.
- 10) Les interventions de prévention doivent être personnalisées en fonction des caractéristiques de chaque personne à risque.
- 11) Les utilisateurs de drogues et leurs partenaires sexuels doivent être traités avec dignité et respect ainsi qu'avec une sensibilité particulière en lien avec les aspects culturels, raciaux, ethniques, et les caractéristiques liées à l'âge ou au genre.
- 12) Les utilisateurs de drogues par injection devraient avoir un accès immédiat à du matériel d'injection stérile afin de réduire le partage et l'utilisation de matériel d'injection souillé.
- 13) Un programme complet d'interventions ciblant les risques liés à l'injection doit intégrer la prévention du partage d'autre matériel d'injection en plus du partage de seringues.

- 14) Les informations sur la réduction des risques à elles seules ne sont pas suffisantes pour faire en sorte que les UDI et leurs partenaires sexuels adoptent des changements de comportement durables.
- 15) Les efforts de prévention doivent inclure les risques de transmission par voie sexuelle du VIH et d'autres infections en plus des risques liés à l'injection de drogues elle-même.
- 16) Les interventions de réduction des risques liés au VIH/sida doivent être soutenues dans le temps.
- 17) Les interventions préventives sont rentables.