



Réflexions sur l'amélioration de l'accessibilité au matériel stérile d'injection à Montréal



GARDER
notre monde
ENSANTÉ

Réflexions sur l'amélioration de l'accessibilité au matériel stérile d'injection à Montréal

Nelson Arruda, M.Sc.

Pascale Leclerc, M.Sc.

Carole Morissette, M.D.

2009

**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

Québec 

Une réalisation du secteur Vigie et protection
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514 528-2400
www.santepub-mtl.qc.ca

Mise en page : Guylaine Brunet

© Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2009)
Tous droits réservés

ISBN 978-2-89494-801-9 (version imprimée)
ISBN 978-2-89494-802-6 (version PDF)
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2009

Prix : 5,00 \$

Table des matières

Table des matières	v
Lexique	vii
Préambule	ix
Introduction	1
1. Les différents modèles de distribution du matériel d'injection stérile	5
1.2 Les sites mobiles	6
1.3 La vente dans les pharmacies	7
1.4 Les livraisons à domicile	8
1.5 La distribution par les travailleurs de rue	8
1.6 La distribution par les pairs	9
1.6.1 Les CAMSI opérés par des pairs	9
1.6.2 La distribution satellite de seringues	11
1.7 Les machines distributrices	12
2. Trois générations de recherche sur l'évaluation des CAMSI	15
2.1 Première génération de recherche	15
2.1.1 Évaluations des comportements à risque	15
2.1.2 Évaluations des taux de séroprévalence et de séroconversion du VIH et du VHC	17
2.1.3 Études sur les aiguilles à la traîne.....	20
2.1.4 Études sur la formation de réseaux.....	21
2.2 Deuxième génération de recherche	23
2.2.1 Les facteurs opérationnels	25
2.2.2 Les facteurs contextuels	26
2.3 Des idées pour une troisième génération de recherche	34
2.3.1 Évaluations basées sur l'utilisation des services et la satisfaction de la clientèle.....	34
2.3.2 Des évaluations « multi-méthodologiques »	36
2.3.3 Les évaluations à Montréal.....	37
3. Vers une approche ethno-épidémiologique ou une épidémiologie socioculturelle	41
3.1 L'approche ethnographique	41
3.1.2 L'anthropologie et l'épidémiologie : pour une approche complémentaire.....	42
3.1.3 Les avantages d'une approche ethnographique pour les évaluations des CAMSI	47
3.2 Des outils pour une approche quantitative	52
3.2.1 L'analyse multiniveaux ou le « hierarchical modelling ».....	52
3.2.2 Un système de gestion de l'information de la clientèle des CAMSI.....	54
Conclusion – Mieux comprendre les besoins des personnes UDI pour mieux y répondre	57
Bibliographie	63

Lexique

CAMSI :	Centres d'accès au matériel stérile d'injection
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
DSP :	Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
DSS :	Distribution satellite de seringues
IC :	Intervalle de confiance
ITSS :	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
OMS :	Organisation mondiale de la santé
RCA :	Ratio de cotes ajusté
SIDA :	Syndrome d'immunodéficience acquise
UDI :	Personnes qui utilisent des drogues par injection
VHC :	Virus de l'hépatite C
VIH :	Virus d'immunodéficience humaine

Préambule

L'équipe de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) du secteur Vigie et protection de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (DSP) est depuis longtemps préoccupée par l'accessibilité au matériel stérile d'injection pour les personnes qui utilisent des drogues par injection (UDI). Au printemps 2007, l'équipe a fait appel aux services d'un anthropologue pour pousser plus loin la réflexion sur l'accessibilité à ce matériel. Une partie importante de cette démarche visait à identifier et décrire, grâce aux articles publiés et aux rapports disponibles, les différentes stratégies d'accessibilité au matériel stérile d'injection qui existent. De plus, elle cherchait à explorer les pistes possibles pour des travaux qui viseraient à améliorer l'accessibilité. Ce document présente le fruit de cette démarche de réflexion.

Introduction

L'injection de drogues joue un rôle crucial quant à la transmission du VIH et d'autres infections transmissibles par le sang telles que les hépatites B et C. Le taux d'infection au VIH parmi la population d'UDI demeure très élevé dans certaines parties du monde et l'utilisation de drogues injectables serait responsable d'environ 10 % de tous les cas de SIDA diagnostiqués (WHO, 2004b). En Amérique du Nord et en Europe occidentale, la proportion des infections au VIH causée par l'utilisation de drogues injectables serait de 25 % à 50 % (Needle et coll., 2000). Ces chiffres sont encore plus alarmants pour l'Europe orientale, l'Asie centrale, l'Asie orientale et le Pacifique qui ont une proportion qui va de 50 % à 90 % (*Ibid.*). Ces épidémies de VIH, qui sont documentées depuis plus de vingt ans (WHO, 2004b), ont donné naissance à des stratégies de santé publique visant à freiner la transmission du VIH chez les personnes UDI. Parmi ces stratégies, les centres d'accès au matériel stérile d'injection (CAMSI) demeurent celle la plus largement implantée.

Le premier CAMSI a vu le jour à Amsterdam en 1984 dans le but de prévenir la transmission du virus de l'hépatite B, à une époque où le vaccin n'existait pas. Depuis ce temps, plusieurs villes du monde ont introduit des CAMSI au sein de leurs stratégies de réduction des méfaits (Lovell, 2002; Bastos et Strathdee, 2000). En tant que stratégie de réduction des méfaits, les CAMSI se basent sur le fait que certains individus UDI sont incapables de ou ne désirent pas cesser leur consommation de drogues. Donc, mettre du matériel d'injection stérile à la disposition des personnes UDI représente une stratégie pour réduire la transmission parentérale du VIH et du VHC.

Généralement, les CAMSI ont été acceptés comme étant une composante importante d'une stratégie générale de réduction des méfaits (Bastos et Strathdee, 2000). Comme nous le verrons plus tard, plusieurs recherches ont démontré leur efficacité. Dans certaines villes, ils ont fortement contribué à parer les épidémies de VIH (Stimson, 1995, 1996; Wodak et Lurie, 1997; Des Jarlais et coll., 1995). À l'opposé, d'autres recherches ont eu des résultats peu encourageants (Bruneau et coll., 1997b; Hagan et coll. 1999; Strathdee et coll., 1997). Par exemple, à Vancouver, une incidence élevée du VIH a été observée chez les UDI en 1996 et 1997, malgré la présence d'un CAMSI distribuant 2 millions de seringues par année. Précisons que cette incidence élevée a

été observée dans un contexte de popularité croissante de la cocaïne au détriment de l'héroïne (Strathdee et coll., 1997). Nonobstant ces résultats, l'implantation de CAMSI est encore controversée dans certains pays, notamment aux États-Unis. Certaines personnes s'opposent à cette initiative, car elle encouragerait la consommation de drogue, attirerait le crime dans le quartier, augmenterait le nombre de seringues à la traîne et créerait de nouveaux réseaux sociaux d'UDI (Singer et coll., 1995).

Qu'en est-il de Montréal, une ville où les CAMSI ne font pas face à de grandes oppositions et où ils sont présents depuis vingt ans? Une étude réalisée par Bruneau et coll. (1997b) postulait que les UDI qui fréquentaient les CAMSI avaient un taux d'incidence de VIH plus élevé que ceux qui ne les fréquentaient pas. Plus récemment, les analyses menées dans le cadre du volet montréalais du réseau SurvUDI ont montré que le VIH et le VHC sont très présents chez les personnes UDI de cette ville. En effet, des taux d'incidence de 3,6 par 100 personnes-années pour l'infection par le VIH (1995 à 2007) et de 27 par 100 personnes-années pour l'infection par le VHC (1997 à 2003) ont été observés. (Leclerc et coll., 2008). De même, des taux de prévalence pour le VIH de 18 % (1995 à 2007) et de 67 % pour le VHC (2003 à 2007) ont été mesurés (*Ibid.*). Cependant, dans la même étude, entre 1995 et 2006, une baisse importante du « partage »¹ de matériel d'injection a été notée. Le cas montréalais semble donc, paradoxal, car la baisse du « partage » du matériel d'injection ne semble pas s'accompagner d'une baisse des taux de VIH et VHC. La situation laisse d'autant plus perplexe, que les services dispensés par les CAMSI aux individus UDI de Montréal sont beaucoup moins assujettis à des contraintes légales et programmatiques que celles établies dans les grandes villes américaines ou certaines autres villes canadiennes².

Ce texte ne remet nullement en question l'utilité des CAMSI à Montréal. Dans le contexte de certaines données épidémiologiques peu encourageantes déjà mentionnées, il se veut un document exploratoire quant aux pistes qui permettraient de

¹ Nous mettons le terme « partage » entre guillemets, car des études ethnographiques (voir entre autres : Carlson et coll., 1996) ont démontré que ce terme est inapproprié pour définir le transfert du matériel d'injection.

² Au Canada, il n'est pas illégal de vendre, échanger ou fournir des seringues aux personnes UDI et il n'est pas nécessaire d'avoir une prescription médicale pour justifier la possession de seringues (Hankins, 1998). Pour ce qui est des contraintes programmatiques, précisons que, à Montréal, les CAMSI n'opèrent plus avec un échange de « une pour une » depuis 1996. De plus, les heures d'ouverture sont assez étendues, certains CAMSI étant ouverts jusqu'à 4 h am et 6 h am.

mieux évaluer les services en place et de mieux comprendre les comportements d'injection à risque — dans un contexte où le matériel stérile d'injection est disponible — dans le but d'améliorer l'accessibilité à ce matériel.

Ce document se divisera en quatre parties :

- Chapitre 1 : identification et description des différentes stratégies de distribution de matériel stérile d'injection qui existent à travers le monde.
- Chapitre 2 : exploration des trois générations de recherches portant sur l'évaluation des CAMSI.
- Chapitre 3 : identification et description des approches qui permettraient de mieux évaluer les CAMSI et de comprendre davantage les besoins des personnes UDI quant à l'accessibilité au matériel stérile d'injection.
- Conclusion : énoncé d'une série de propositions qui pourront guider les prochaines étapes à mener pour le développement de travaux sur l'accès au matériel stérile d'injection.

1. Les différents modèles de distribution du matériel d'injection stérile

Dans le but de maximiser l'accès au matériel stérile d'injection, différents modèles de distribution ont été développés au cours des dernières décennies (Strike et coll., 2006). Ces modèles visent à répondre à la diversité des besoins des individus UDI qui varient, notamment, selon le sexe, l'âge, le type de drogues injectées et le nombre d'années d'injection. Cette partie du document se consacrera à identifier et à décrire brièvement ces différents modèles de distribution ainsi que leurs avantages et inconvénients.

1.1 Les sites fixes

Le modèle de distribution le plus répandu demeure les CAMSI à site fixe. Opérant dans des locaux de grandeur variable, les sites fixes ont l'avantage d'offrir des services autres que la distribution de matériel stérile d'injection. Les sites fixes offrent la possibilité de faire de l'éducation et de l'intervention en lien avec les ITSS; des références et du support psychosocial peuvent également être dispensés. Aussi, certains sites fixes ont des espaces où des soins infirmiers ou médicaux peuvent être donnés. Ces services ont l'avantage d'être gratuits, centrés sur les besoins des individus UDI et offerts dans une atmosphère « non officielle » et décontractée (Strike et coll., 2002). Aussi, les sites fixes sont des lieux où les seringues utilisées peuvent être récupérées de façon sécuritaire.

À Montréal, nous retrouvons, deux types de sites fixes : les organismes communautaires et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Certains organismes communautaires, comme CACTUS, Spectre de rue et Dopamine, ont comme mission première la prévention des ITSS auprès des UDI. D'autres ciblent des clientèles différentes, mais incluent un volet d'intervention auprès des personnes UDI. En plus de la distribution de matériel stérile d'injection, plusieurs de ces organismes ont également l'opportunité d'offrir un espace où des activités de soutien, d'insertion sociale et d'*empowerment* ont lieu. Par exemple, certains organismes permettent aux individus UDI de relaxer en prenant une douche, de jouer de la musique ou de participer à des ateliers créatifs. De plus, ces organismes ouvrent leurs portes aux infirmières de proximité de certains CSSS pour l'offre de services intégrés de dépistage et de prévention. Ces organismes ont vu le jour pour répondre aux besoins des personnes UDI. Quant aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux, leur

vocation générale est l'offre de services de santé à la population d'un quartier. La distribution de matériel d'injection est l'une des stratégies mises en œuvre pour préserver la santé d'une portion de leur population vulnérable aux ITSS.

Cependant, nous pouvons dégager des désavantages associés à la distribution en site fixe. Tout d'abord, l'usage de drogues injectables pouvant être géographiquement dispersé, l'emplacement du site fixe peut ne pas être optimal pour certains individus UDI. De plus, les horaires de fonctionnement peuvent être limités et ne pas concorder avec les besoins des personnes UDI. En plus des contraintes spatiales et temporelles, les sites fixes peuvent faire face à de l'opposition provenant de commerces et de résidents avoisinants, ce qui peut créer un environnement hostile et désagréable, tant pour les intervenants que pour les utilisateurs des services (Strike et coll., 2006). Finalement, certains individus UDI sont réticents à faire appel aux services des sites fixes. Ces réticences peuvent refléter une crainte de la stigmatisation liée à la fréquentation d'un site, une méfiance de la présence policière autour des sites et une perception que ces endroits sont trop « gouvernementaux » et associés au VIH (*Ibid.*).

1.2 Les sites mobiles

Selon l'étude de Strike et coll. (2002), menée dans tous les CAMSI de l'Ontario, les personnes UDI réticentes à fréquenter les sites fixes sembleraient préférer les sites mobiles. Selon Strike et coll. (2002, 2006), les sites mobiles, qui offrent aussi des services gratuits, peuvent palier aux contraintes spatiales des sites fixes. En effet, en employant des véhicules (autobus, motorisé, etc.), ce type de CAMSI a la particularité d'offrir ses services en des lieux qui conviennent mieux aux habitudes de vie des individus UDI (*Ibid.*). En outre, les sites mobiles seraient plus aptes à recruter de nouveaux utilisateurs ou à explorer de nouveaux quartiers. Tout comme les sites fixes, les sites mobiles peuvent offrir des services d'éducation, de référence et de support. Cependant, même si les sites mobiles fournissent des services de base, certains intervenants croient que le manque d'espace dans le véhicule limite la capacité d'intervention, de référence et de support (*Ibid.*).

1.3 La vente dans les pharmacies

Dans certains pays, incluant le Canada, le matériel stérile d'injection se vend légalement et sans prescription dans les pharmacies. Dans certaines régions du Québec, des pharmacies distribuent gratuitement des trousse de prévention contenant du matériel d'injection. Lors d'une étude réalisée à Toronto, Strike et coll. (2005) ont remarqué que certains individus UDI préféreraient acheter leur matériel stérile dans les pharmacies. Les avantages reliés à ce type de modèle de distribution incluent : une complémentarité avec les heures d'opération des sites fixes et mobiles, étant habituellement ouvertes de 8-9 h jusqu'à 21-22h, des emplacements variés et un service plus anonyme et moins stigmatisant (Strike et coll., 2006; Khoshnood et coll., 2000).

Pendant que certains pharmaciens adhèrent à la philosophie de la réduction des méfaits et jouent un rôle important quant à l'accessibilité au matériel stérile d'injection, d'autres hésitent encore à vendre des seringues aux personnes UDI. Cette hésitation peut être due aux valeurs morales des pharmaciens et des membres du personnel de la pharmacie. Certains pharmaciens croient que la vente de matériel stérile d'injection aux individus UDI encourage la consommation de drogues. De plus, certains refusent de vendre des seringues par crainte d'être victime de vol à l'étalage et d'autres pharmaciens croient que les personnes UDI peuvent aliéner les autres clients (Strike et coll. 2006).

La récupération sécuritaire des seringues peut être un problème pour ceux qui s'approvisionnent en pharmacie. Ce désavantage peut surgir si la pharmacie n'offre pas de services de récupération ou n'en fait pas la promotion. Les coûts pour les pharmacies engendrés par la destruction des seringues récupérées est un obstacle à l'offre de ce service. À Montréal, jusqu'à récemment, la Direction de santé publique défrayaient donc ces coûts pour les pharmacies afin de favoriser l'offre de ce service (Durand et coll., 2000). Un nouveau système de récupération des seringues et des aiguilles usagées, mis en place récemment au Québec par le MSSS, devrait favoriser la récupération dans les pharmacies de l'ensemble de la province (MSSS, 2005).

1.4 Les livraisons à domicile

Ce modèle a la particularité d'offrir des services de livraison de matériel d'injection stérile chez les personnes UDI et, parfois même, dans des piqueries. Ce modèle peut également servir à distribuer de grandes quantités de seringues à des échangeurs satellites, qui les distribueront à d'autres personnes UDI. Ce service est assuré par les connaissances du terrain des travailleurs de rue et des pairs aidants. Selon Strike et coll. (2002, 2006), ce mode de distribution a l'avantage de rejoindre des individus UDI qui ne se présentent jamais ou rarement aux sites fixes ou mobiles, mais qui peuvent largement bénéficier des services des CAMSI. Ceux qui prônent la présence d'un tel modèle affirment qu'il accentue l'accessibilité et la crédibilité d'un CAMSI (*Ibid.*) :

« *You have to go to the drug houses. You have to go where they are because they don't have the vehicles... They don't feel comfortable and a lot of them are paranoid. A lot of the time to make the best contact is being, going into one of their houses* »
Travailleur de rue cité dans : Strike et coll., 2002 : 241).

Même si la livraison à domicile est reconnue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme étant une composante importante des programmes de prévention du VIH (WHO 2004c), sa pratique est tout de même contestée. Certains s'opposent à cette pratique, car elle a le potentiel d'être dangereuse pour les travailleurs de rue (Strike et coll., 2002; 2006). D'autres affirment que ce modèle peut être intrusif et s'avère un manque de respect pour la vie des individus UDI (*Ibid.*).

1.5 La distribution par les travailleurs de rue

La distribution du matériel stérile d'injection peut également se faire par le biais des travailleurs de rue. À la base, le travail de rue est une méthode proactive utilisée par des intervenants visant à informer les utilisateurs de drogues au sujet des risques reliés à leur consommation et/ou à améliorer leurs conditions physiques et psychosociales (Korf cité dans Strike et coll., 2004b). Plus précisément, le travail de rue au sein du domaine de la toxicomanie a pour but de réduire la marginalisation sociale des individus UDI et d'encourager leur intégration sociale (Strike et coll., 2004b). Il a également pour but de localiser les utilisateurs de drogues et de les encourager à débiter un programme de traitement. En outre, les travailleurs de rue peuvent distribuer du matériel stérile

d'injection. Leur connaissance du terrain et leurs contacts continus avec les individus UDI en font un excellent médium au travers duquel certaines personnes UDI, ne désirant pas fréquenter les sites fixes, peuvent avoir accès à du matériel stérile. Toutefois, ce modèle de distribution peut comporter des désavantages. Il peut provoquer ce que nous appelons un « re-questionnement professionnel » pour les travailleurs de rue. Étant formés pour pratiquer de l'intervention, certains travailleurs de rue ne veulent pas être perçus comme étant de simples distributeurs de seringues. Certains travailleurs de rue peuvent ainsi faire face à un dilemme moral opposant le besoin de fournir des seringues stériles aux individus UDI et la pratique d'interventions.

Des groupes de discussion menés auprès d'intervenants et d'usagers sur les stratégies d'intervention en prévention du VIH et du VHC ont fait ressortir les visions différentes de ces deux groupes quant à la place de la distribution de matériel dans le travail de rue (Noël et coll. 2007). Pour les usagers, le principal rôle des travailleurs de rue serait de distribuer des seringues. À l'inverse, les intervenants considéreraient que les travailleurs de rue ne doivent pas être des distributeurs de seringues.

1.6 La distribution par les pairs

Bien que Strike et coll. (2006) utilisent une appellation unique, nous croyons que le modèle de la distribution par les pairs doit être séparé en deux stratégies : les CAMSI opérés par des pairs et les échanges secondaires ou satellites. Donc, nous les décrivons indépendamment.

1.6.1 Les CAMSI opérés par des pairs

Les CAMSI opérés par des pairs fonctionnent sensiblement comme les autres modèles de distribution décrits plus haut. La grande différence est que les services de distribution, d'éducation et de référence y sont dispensés par des pairs. Au Canada, il existe très peu de ce type de CAMSI. Cependant, certains CAMSI, comme CACTUS et Spectre de rue à Montréal, possèdent des activités menées par des pairs aidants. Dans ces centres, les services offerts par les pairs aidants sont des extensions des services offerts par les CAMSI. Par exemple, des membres du regroupement de consommateurs de CACTUS (PLAISIRS) ont mis sur pied un service de distribution de matériel d'injection stérile qui opère en dehors des heures de fonctionnement du site fixe.

À Vancouver, l'association d'UDI, nommée VANDU, a mis sur pied un CAMSI opérant de nuit. Wood et coll. (2003b) ont effectué une évaluation de l'impact de ce CAMSI. Cette étude a révélé des résultats positifs concernant ce mode de distribution. Aux prises avec une épidémie d'injection de cocaïne et des CAMSI qui opéraient avec des heures limitées, le CAMSI de VANDU a réussi à attirer les individus UDI les plus à risque. Ils estimèrent que 28 % des UDI actifs avaient obtenu des seringues de ce programme (Wood et coll., 2003b). Ce fait mena les chercheurs à indiquer que le CAMSI de VANDU a joué un rôle primordial en rendant disponible du matériel stérile d'injection aux individus le plus à risque d'être infectés par le VIH (*Ibid.*). Ils conclurent en mentionnant : « *There is evidence to suggest that drug user organizations can play a major role in reducing harm among the users' peers by delivering harm reduction services to the higher risk drug users* » (*Ibid.* : 462). En plus de ces avantages, ce modèle permet aux pairs aidants de développer des compétences au travail et d'accroître leur estime de soi; il permet également de solidifier un sens de communauté parmi la communauté UDI (Strike et coll., 2005).

Les pairs aidants, qui ont une bonne connaissance des réseaux sociaux d'UDI, ont également l'avantage de rejoindre les individus UDI qui ne se présentent pas aux sites fixes ou mobiles. En effet, par leur connaissance ou leur appartenance à des réseaux sociaux, ils sont des conduits par lesquels des messages d'éducation et de sensibilisation quant aux comportements sécuritaires d'injection peuvent être véhiculés. (Strike et coll., 2006).

Un tel modèle de distribution comporte tout de même des désavantages. De façon logistique, la formation et la supervision des pairs peuvent être dispendieuses (Strike et coll., 2006). Aussi, Strike et coll. (2006), soulignent que les individus peuvent avoir des identités conflictuelles en tant que pair aidant et membre de la communauté UDI. Aussi, des pairs aidants pourraient profiter de leur statut pour poursuivre leurs activités économiques illicites (*Ibid.*).

Le rôle des pairs a été abordé lors des groupes de discussion sur les stratégies d'intervention en prévention du VIH et du VHC (Noël et coll. 2007). Intervenants et usagers ont souligné l'expertise des pairs quant à la connaissance du milieu.

Les deux groupes différaient cependant d'opinion quant à la nécessité d'abstinence pour les pairs. Les intervenants voyant les pairs comme des usagers abstinentes alors que les usagers les voyant comme des personnes qui consomment et qui aident d'autres consommateurs.

1.6.2 La distribution satellite de seringues

Le second modèle associé à la distribution par les pairs est la distribution satellite de seringues (DSS). Nous parlons de DSS lorsqu'un individu UDI (un échangeur satellite) se procure un grand nombre de seringues stériles dans le but de les redistribuer (vendre, donner ou échanger) aux membres de son réseau social proche ou éloigné (Valente et coll., 1998). Cette pratique peut être moins formalisée que la précédente, car ces personnes ne sont souvent pas formées par les CAMSI :

« In contrast, SEs (satellite exchangers) provide a naturalistic or indigenous extension of NEPs into the drug-using network requiring no additional funding and training on the part of the program. The drawback, however, is that SEs do not have the educational and counselling expertise needed to promote safe drug use habits effectively » (Ibid.: 91)

Bastos et Strathdee (2000) croient que ce modèle de distribution représente un effet positif indirect des CAMSI, qui a rarement été pris en compte dans les évaluations. Toutefois, quelques études ont tenté de mesurer l'impact de la DSS. Dans un article publié en 1998, Valente et coll. rapportent les résultats d'une recherche, réalisée au CAMSI de Baltimore, portant sur le rôle des échangeurs satellites. Près de 10 % des individus UDI étaient des échangeurs collectifs. Bien qu'ils représentaient moins de 10 % de tous les clients, 64 % des seringues leur étaient distribuées (Valente et coll., 1998). En outre, ils observèrent que les échangeurs collectifs avaient accès à des réseaux sociaux beaucoup plus vastes que les non-échangeurs. Étant donné que le degré d'efficacité des CAMSI est dépendant de sa capacité à fournir du matériel stérile d'injection au sein des réseaux de « partage », les échangeurs collectifs peuvent être d'importants vecteurs par lesquels le matériel stérile d'injection peut atteindre les membres d'un même réseau (*Ibid.*). Ils concluent en indiquant que les échangeurs collectifs représentent un complément aux services offerts par les CAMSI. Cette complémentarité est assurée par une capacité de joindre des individus UDI qui ne font

pas appel aux services des CAMSI et par la possibilité de mettre à la disposition des seringues stériles à n'importe quelle heure de la journée.

Quant à eux, Tyndall et coll. (2002) ont évalué la DSS dans deux villes canadiennes : Vancouver et Montréal. Malgré des politiques de distribution différentes, 46 % des participants UDI de Vancouver et 50 % de ceux de Montréal ont affirmé pratiquer la DSS (Tyndall et coll., 2002). Dans les deux villes, le fait de recevoir des seringues d'un échangeur collectif était associé à l'emprunt de matériel d'injection et au prêt de seringues utilisées (*Ibid.*). Les chercheurs concluent en mentionnant que la DSS est une pratique importante pour fournir des seringues stériles aux individus les plus à risque.

Cependant, certains désavantages sont liés à cette pratique. Les intervenants, qui pensent que le contact direct avec les personnes UDI est primordial, se plaignent du fait que la DSS diminue les occasions de faire de l'intervention et de l'éducation (*Ibid.*). De plus, des inquiétudes ont surgi quant aux seringues à la traîne. Certains intervenants croient que cette pratique en augmenterait le nombre.

1.7 Les machines distributrices

Le dernier modèle de distribution que nous explorerons est la machine distributrice de seringues. Elle est la seule stratégie d'accessibilité au matériel stérile d'injection qui n'a jamais été utilisée au Canada. Cependant, cette stratégie est employée dans diverses villes d'Europe et d'Australie³ (Anonyme, Drug Policy Alliance). Ces machines fonctionnent comme une distributrice de boissons gazeuses. Une seringue stérile est dispensée lorsque le client insère une seringue usagée ou de l'argent, selon le modèle de la machine. Certaines machines, comme celles d'Australie, distribuent également des cuillères, des filtres et des tampons post-injection (Strike et coll., 2006).

Étant donné que les machines distributrices ne sont pas très répandues (surtout sur le continent américain), peu de recherches ont été effectuées sur leur efficacité. Parmi les écrits limités sur le sujet, David McDonald (2005) a rédigé une série de trois rapports

³ Parmi ces villes nous retrouvons : Amsterdam, Berlin, Bern, Francfort, Luxembourg, Marseille, Sydney, Zurich, etc.

sur un projet pilote mené à Canberra en Australie⁴. Ce projet avait été mis sur pied pour rendre le matériel stérile d'injection disponible aux personnes UDI qui, pour différentes raisons, ne peuvent pas ou ne veulent pas acquérir leur matériel d'autres sources (McDonald, 2005). Le matériel distribué était sous forme de *Fitpacks*® qui incluait : 4 seringues à usage unique, 10 ml d'eau, 4 tampons post-injection, 1 cuillère, 1 paquet de cinq filtres et une carte de conseils pour les pratiques d'injection sécuritaires. Cette trousse se vendait 2,00 \$ l'unité. Il faudrait également mentionner que des boîtes de récupération étaient installées près des machines distributrices.

Du 4 février 2005 au 29 juillet 2005, le nombre de *Fitpacks*® vendu par semaine dans toutes les machines distributrices est passé de 33 à 300 unités (McDonald, 2005). Durant cette période, un total de 4607 troussees ont été vendues (*Ibid.*). En ce qui a trait aux seringues à la traîne, les données recueillies sur une période de six mois ont suggéré que les machines distributrices n'en ont pas fait augmenter le nombre de façon significative. Étant donné que ce document vise à présenter des données de monitoring du projet pilote, l'auteur n'a pas émis de conclusion quant à l'impact de ce projet.

Toutefois, une étude réalisée par Obadia et coll. (1999) nous permet d'observer l'impact des machines distributrices concernant l'accessibilité du matériel stérile d'injection. Cette recherche s'est déroulée dans le cadre d'une expérience réalisée à Marseille afin d'évaluer l'utilité des machines distributrices à fournir du matériel stérile d'injection aux individus UDI. La ville possédait trois machines distributrices et, au contraire de Canberra, les seringues étaient obtenues en échange de seringues utilisées. Sur les 343 personnes UDI ayant participé à l'étude, 222 avaient affirmé utiliser les machines distributrices. Les deux raisons principales évoquées pour leur utilisation étaient que l'accès était gratuit et que les machines étaient disponibles à n'importe quelle heure de la journée ou de la nuit (Obadia et coll., 1999). De plus, ils observèrent que les individus qui se servaient principalement des machines distributrices différaient significativement des personnes qui employaient d'autres types de programmes pour obtenir leurs seringues. Les utilisateurs des machines distributrices étaient généralement plus jeunes, sans domicile fixe et s'adonnaient à des pratiques d'injection plus risquées (*Ibid.*). Après une année d'expérimentation, ils

⁴ Ici, nous rapporterons les résultats de son deuxième rapport.

constatèrent que les machines distributrices étaient capables d'attirer régulièrement une portion de la population UDI qui ne fréquentait pas les autres programmes.

Le but de cette partie du document n'était pas de trouver le meilleur modèle de distribution. Comme d'autres, nous pensons que la stratégie optimale est celle qui combine plusieurs modèles (Strike et coll., 2002; Khoshnood et coll., 2000; Tyndall et coll., 2002). En effet, chaque modèle semble avoir le potentiel d'attirer une portion différente de la communauté UDI. Donc, nous croyons nécessaire de développer des modèles de distribution à Montréal qui seront complémentaires et qui couvriront la totalité de la population UDI.

2. Trois générations de recherche sur l'évaluation des CAMSI

Bien qu'elle ne soit pas exhaustive, la recension des écrits présentée dans cette section demeure tout de même représentative⁵. Afin de repérer les textes, nous nous sommes servis de la base de données *Medline* en employant *needle exchange* et *syringe exchange* en tant que mots clés. Nous avons complété ces recherches en explorant les bibliographies des textes qui nous sont venus à l'attention.

Étant donné la nature politiquement controversée des CAMSI chez nos voisins du sud, la grande majorité des études sur les CAMSI s'est concentrée à évaluer leur efficacité en portant peu ou pas d'attention sur la façon dont ils sont utilisés⁶ (Valente et coll., 2001) et sur les facteurs pouvant limiter leur efficacité (Kral et Bluthenthal, 2003). Ces études ont surtout examiné la fréquence des comportements d'injection à risque, la séroprévalence et l'incidence du VIH, du VHB et du VHC en utilisant une série de modèles de recherche, incluant des études longitudinales, transversales et d'observation. (Coffin, 2000). Malgré l'emphase mise sur les comportements à risque et les taux de prévalence et d'incidence, notre revue de littérature comportera également des recherches portant sur les aiguilles à la traîne et la formation de nouveaux réseaux sociaux.

2.1 Première génération de recherche

2.1.1 Évaluations des comportements à risque

Dans la quasi-totalité des études, il semble exister un consensus quant aux répercussions positives des CAMSI sur les comportements à risque des personnes UDI. Dès la fin des années '80, des chercheurs ont démontré que les personnes UDI qui fréquentent les CAMSI sont beaucoup moins susceptibles de « partager » du matériel d'injection. Déjà en 1989, à Amsterdam, Hartgers et coll. (1989) ont mené une étude d'observation auprès de 145 individus UDI non traités divisés en deux groupes :

⁵ Pour des revues de littérature plus complètes au sujet de l'efficacité des CAMSI, voir entres autres : WHO (2004a, 2004b) et Gibson et coll. (2001).

⁶ Nous désirons avertir les lecteurs que le terme « CAMSI » employé dans cette section ne s'applique pas au grand éventail de stratégies définies à la dernière partie. À moins d'une indication contraire, les CAMSI évalués dans les textes cités ci-dessous sont des sites fixes ou des sites mobiles.

utilisateurs de CAMSI vs non-utilisateurs de CAMSI. Ils conclurent que l'on retrouvait moins de gens qui avaient partagé parmi les individus UDI qui avaient fréquenté les CAMSI durant le mois précédent que parmi les non-utilisateurs de CAMSI (10 % contre 23 %). En comparant les comportements à risque des personnes UDI lors des deux dernières années, ils observèrent que 33 % des utilisateurs de CAMSI « partageaient » des seringues et que 57 % des non-utilisateurs s'adonnaient à cette pratique (Hartgers et coll., 1989).

Dans une étude de cohorte prospective menée à Baltimore aux États-Unis, Vlahov et coll. (1997) ont comparé les comportements d'injection à risque de 221 clients de CAMSI avant que ces derniers aient fréquenté un CAMSI et deux semaines et six mois après l'entretien initial. Ils ont noté une baisse substantielle de 22 % à 8 % (six mois après) quant à l'emprunt de seringues préalablement utilisées et une réduction de 27 % à 12 % (six mois après) relativement au prêt de sa propre seringue ayant déjà servi (Vlahov et coll., 1997; Gibson et coll., 2001; WHO, 2004a).

En 2000, Bluthenthal et coll. ont publié les résultats d'une étude de cohorte réalisée entre 1992 et 1996, à Oakland aux États-Unis, avec 340 individus UDI ayant des comportements d'injection à risque. À la suite des analyses de régression logistique multivariée, ils ont remarqué que l'initiation et la continuation de l'utilisation des CAMSI par les personnes UDI étaient indépendamment associées avec l'arrêt du « partage » de seringues (Bluthenthal et coll., 2000).

Les personnes UDI qui avaient commencé à faire appel aux services de CAMSI avaient plus de chances de cesser le « partage » de seringues, [Ratio de cotes ajusté (RCA) = 2,68; Intervalle de confiance (IC) à 95 % : 1,35-5,33], ainsi que ceux qui ont continué à utiliser les services (RCA = 1,98; IC à 95 % : 1,05-3,75) (*Ibid.*).

Une étude de cohorte menée à San José en Californie auprès de 259 individus UDI non traités a également comparé les comportements à risque des utilisateurs et non-utilisateurs de CAMSI. Ils ont conclu que la fréquentation d'un CAMSI avait un effet protecteur substantiel contre les comportements d'injection à risque. Les utilisateurs de CAMSI avaient deux fois moins de chance de s'adonner à des comportements d'injection à risque (RCA=0,45; IC à 95 % : 0,21-0,92) (Gibson et coll., 2002).

Plus récemment, dans un article publié en 2004, Ouellet et coll. ont diffusé les résultats d'une étude réalisée à Chicago entre 1997 et 2000. Ils ont comparé les comportements d'injection d'usagers réguliers de CAMSI - ceux qui obtiennent au moins la moitié de leurs seringues d'un CAMSI (n=558) - avec ceux des non-usagers (n=175) (Ouellet et coll., 2004). Les usagers réguliers de CAMSI étaient moins enclins à « partager » des seringues (RCA=0,30; IC à 95 % : 0,19-0,46), à prêter des seringues usagées (RCA=0,47; IC à 95 % : 0,31-0,71) et à « partager » d'autre matériel d'injection (*cookers*, filtre, eau) (*Ibid.*).

2.1.2 Évaluations des taux de séroprévalence et de séroconversion du VIH et du VHC

Comme nous le verrons, les recherches se concentrant sur l'efficacité des CAMSI à diminuer le taux de séroprévalence et de séroconversion des ITSS ont généré beaucoup plus de dissentiments que les études comportementales. Malgré les controverses causées par une minorité d'études, les CAMSI semblent être une stratégie efficace afin de réduire le taux de séroprévalence et de séroconversion du VIH (WHO, 2004a, 2004b). Dans une étude écologique réalisée entre 1988 et 1993, comprenant 81 villes à travers le monde, Hurley et coll. (1997) ont comparé les changements de séroprévalence du VIH chez les personnes UDI dans des villes avec et sans CAMSI. En moyenne, la séroprévalence du VIH avait augmenté de 5,9 % par année dans les 52 villes qui n'avaient pas de CAMSI (Hurley et coll., 1997). En contraste, la séroprévalence avait diminué de 5,8 % dans les 29 villes qui possédaient un CAMSI (*Ibid.*). Finalement, ils remarquèrent que le taux de séroprévalence était 11 % plus bas dans les villes avec des CAMSI (IC à 95 % : - 17,6 à - 3,9; p=0,004) (*Ibid.*).

Une méta-analyse de trois études dans la ville de New York, effectuée par Des Jarlais et coll. (1996b), a comparé le taux d'incidence du VIH parmi les individus UDI qui participaient à un CAMSI avec celui des non-participants. À la suite d'une analyse multivariée, les chercheurs conclurent que la non-participation était associée avec un ratio de risques ajusté de 3,35 (IC à 95 % : 1,29-8,65) pour la séroincidence au VIH (*Ibid.*; Coffin, 2000).

En utilisant un système de pistage et de testage des seringues distribuées, Heimer et coll. (1993) ont évalué la prévalence du VIH chez les utilisateurs d'un CAMSI à New

Haven au Connecticut dès son ouverture. Ils ont noté une baisse significative de l'ADN du VIH dans les seringues récupérées. Le taux de prévalence de l'ADN du VIH, qui était de 63,9 % lors des premières semaines d'opération du CAMSI, a baissé rapidement à 45 % après trois mois et s'est ensuite stabilisé durant dix mois. Cette recherche a permis à Heimer et coll. de conclure que le CAMSI à New Haven a permis de diminuer le pourcentage de seringues contaminées par le VIH parmi la population faisant appel au CAMSI.

Malgré les nombreuses études démontrant l'efficacité des CAMSI à ralentir la transmission du VIH parmi les individus UDI, les personnes s'opposant à de tels services de prévention se sont grandement appuyées sur deux études ayant obtenu des résultats négatifs (Gibson et coll., 2001). En 1997, Strathdee et coll. ont observé qu'en dépit d'avoir un des plus grands CAMSI en Amérique du Nord quant au nombre de seringues échangées, la ville de Vancouver a connu une épidémie explosive de VIH chez les personnes UDI qui s'est caractérisée par un taux d'incidence de 19 par 100 personnes-années (Strathdee et coll., 1997). De plus, l'étude qui comportait 1006 répondants a montré que les personnes UDI qui fréquentaient le CAMSI avaient plus de chance d'être VIH positifs que les non-usagers (*Ibid.*). Les auteurs de cette étude précisent toutefois que ces résultats doivent être analysés à la lumière d'un changement important, soit celui du transfert de l'héroïne vers la cocaïne dans la population locale.

Cependant, l'étude qui a fait couler le plus d'encre en ce qui concerne l'aspect controversé des CAMSI est sans contredit celle de Bruneau et coll. (1997b). Certains politiciens conservateurs américains se sont même servis de cette étude afin de prétendre que les CAMSI encouragent la consommation de drogues et facilitent la transmission du VIH (Gibson, 2001). Lors d'une étude de cohorte réalisée entre 1988 et 1995 à Montréal, Bruneau et coll. conclurent que les usagers de CAMSI avaient des taux de séroconversion plus élevés que les non-usagers et ils affirment même que : «...*caution is warranted before accepting NEPs as uniformly beneficial in any setting* » (Bruneau, 1997b : 1001).

Lorsque les études de Strathdee et coll. (1997) et de Bruneau et coll. (1997b) furent publiées, les premières critiques portées afin d'expliquer la piètre performance des CAMSI à réduire la transmission du VIH ont visé la représentativité de leur échantillon. Les recherches basées sur les comparaisons entre usagers et non-usagers de CAMSI

sont vulnérables aux biais de sélection et de dilution (Ouellet et coll., 2004). Les résultats de ces deux recherches peuvent être expliqués, d'une part, par un biais de sélection. Plusieurs recherches ont démontré que les personnes UDI qui fréquentent régulièrement les CAMSI ont tendance à être plus marginalisées et à adopter des comportements d'injection plus à risque (Ouellet et coll., 2004; Obadia et coll., 1999; Vlahov et coll., 1997; Lurie, 1997; Schechter et coll., 1999). Schechter et coll. (1999) ont même mentionné (deux ans après avoir participé à l'étude de Strathdee et coll. en 1997) que le biais de sélection peut quasiment expliquer à lui seul la séroincidence plus élevée chez les utilisateurs fréquents de CAMSI.

D'autre part, ces études souffriraient d'un biais de dilution (Ouellet, 2004; Gibson et coll., 2001). Lorsqu'une étude est basée sur la comparaison entre usagers et non-usagers de CAMSI, un biais de dilution a lieu quand les individus UDI ont accès à du matériel stérile provenant d'autres sources (Ouellet, 2004). Un facteur contextuel causant ce biais est la vente légale de matériel stérile dans les pharmacies. Certaines études ont démontré que les individus UDI les plus à risque ont plus de chance à fréquenter les CAMSI, tandis que les personnes UDI qui obtiennent leur matériel des pharmacies sont moins à risque et plus intégrées socialement (Bourgois et Bruneau., 2000; Riley et coll., 2001). Un deuxième facteur peut causer un biais de dilution. En anglais, on le nomme *secondary* ou *satellite exchange*. Comme nous l'avons décrit à la section 1.6.2, ce type d'échange se produit lorsque des usagers de CAMSI fournissent des seringues stériles à des non-usagers.

Donc, les études comparant les usagers et les non-usagers de CAMSI (comme celles de Strathdee et coll., 1997 et Bruneau et coll., 1997b) sont souvent compromises par une concentration disproportionnée d'individus UDI à risque et par une ressemblance en ce qui concerne l'accès au matériel stérile (Ouellet, 2004). Comme Schechter et coll. (1999), Bastos et Strathdee (2000) indiquent que les facteurs de sélection peuvent expliquer la différence des taux d'incidence et de prévalence basée sur la fréquentation des CAMSI. Hagan et coll. (1999) vont plus loin en mentionnant que les biais de dilution peuvent être tellement importants que mesurer la contribution d'un CAMSI à diminuer les risques de transmission d'infections transmissibles par le sang est impraticable.

Ceci étant dit, certains auteurs croient que des études d'observation comparant des usagers et des non-usagers de CAMSI peuvent être encore réalisées si les biais de sélection et de dilution sont suffisamment contrôlés (Ouellet et coll., 2004; Gibson et coll.

2001; Gibson et coll., 2002). Un des moyens d'assurer un meilleur contrôle de ces biais serait de mieux définir les mesures caractérisant l'utilisation des CAMSI (*Ibid.*). Selon Gibson et coll. (2001), des mesures telles que « fréquenter un CAMSI une fois ou plus dans les derniers 6 mois » ne sont pas assez « épidémiologiquement » sensibles pour bien évaluer un CAMSI. À dessein d'outrepasser cette limite, Ouellet et coll. (2004) ont adopté une mesure alternative de l'usage des CAMSI. Ils ont caractérisé un utilisateur régulier comme étant un individu UDI qui définit le CAMSI comme la source d'au moins 50 % des seringues avec lesquelles il s'est injecté dans les derniers 6 mois. Les seringues peuvent avoir été obtenues directement du CAMSI ou par un échange secondaire ou satellite.

Toutefois, s'attarder aux facteurs de sélection qui influencent les résultats d'une évaluation de CAMSI, nous amène à souligner un autre facteur méritant une attention accrue. Il concerne la vente légale de matériel stérile dans les pharmacies. Très peu de renseignements sont disponibles concernant les usagers de ce service. Surtout en ce qui concerne la ville de Montréal. La majorité des données s'appliquant aux pharmacies proviennent d'un rapport publié en septembre 2000 par Durand et coll.. Les informations contenues dans ce rapport touchent principalement la vente de seringues sans prescription, le nombre de seringues vendues, la récupération de seringues usagées, l'offre du service de méthadone et l'offre de conseils et de références aux individus UDI (Durand et coll., 2000). Aucune information n'est donnée sur les personnes UDI qui obtiennent leur matériel des pharmacies. De plus, aucune pharmacie de l'île de Montréal ne participe au monitoring des centres d'accès au matériel stérile d'injection. Pourtant, on estime que 15 % des seringues distribuées à Montréal en 2005-2006 provenaient des pharmacies (Leclerc et coll., 2007). En tenant compte de ces chiffres, il semble primordial d'inclure les usagers de pharmacies dans les évaluations de CAMSI. Les données recueillies auprès de cette population permettraient de mieux comprendre l'efficacité et l'impact de ce service.

2.1.3 Études sur les aiguilles à la traîne

Une des préoccupations concernant l'implantation d'un CAMSI est que la distribution de matériel d'injection stérile pourrait accroître le nombre d'aiguilles à la traîne (Doherty et coll., 1997). Cette augmentation est perçue comme un danger pour la santé de la communauté, car elle accentue les risques que des citoyens se blessent avec des

aiguilles contaminées (Ksobiech, 2004). Afin d'évaluer la réelle menace des CAMSI sur la santé de la communauté, certains chercheurs ont étudié l'effet des CAMSI sur le nombre de seringues à la traîne.

Dans un article intitulé *Discarded needles do not increase soon after the opening of a needle exchange program*, Doherty et coll. (1997) ont examiné l'influence des CAMSI sur la quantité et la distribution géographique des seringues à la traîne dans les rues de Baltimore dans l'état du Maryland. Trente-deux blocs d'habitations ont été arpentés avant l'initiation du CAMSI et après des intervalles d'un et deux mois. L'étude ne trouva aucune augmentation significative du nombre de seringues à la traîne dans ces zones d'habitation après les deux premiers mois d'opération du CAMSI (*Ibid.*).

Doherty et coll. (2000) sont revenus à la charge en publiant un autre article estimant le nombre de seringues à la traîne pour le même CAMSI, mais, cette fois-ci, deux ans plus tard. En employant les mêmes méthodes, ils arrivèrent à la conclusion que le CAMSI de Baltimore n'avait pas fait augmenter le nombre de seringues à la traîne (*Ibid.*). Ils y observèrent même une baisse significative. La moyenne de seringues retrouvées par 100 items de déchets était de 2,42 avant l'initiation du CAMSI et de 1,30 deux ans après (*Ibid.*).

Dans un article résumant les résultats de 26 études portant sur le taux de seringues récupérées par les CAMSI, Ksobiech conclut en mentionnant que les CAMSI réussissent relativement bien à récupérer les seringues utilisées (2004). Cependant, les résultats de ces recherches varient grandement. Bien que la moyenne mondiale de récupération soit de 90 %, certaines régions du monde ont des taux très bas (ex. 12 % pour la Sicile en Italie) et dans d'autres le nombre de seringues récupérées surpasse le nombre de seringues distribuées (ex. 112 % pour le Royaume-Uni) (*Ibid.*). Sur un total de 26 études, seulement 4 avaient des taux de récupération inférieurs à 50 %. Les 22 autres études avaient toutes des taux supérieurs à 60 %.

2.1.4 Études sur la formation de réseaux

Une autre grande préoccupation concernant l'implantation des CAMSI est qu'ils puissent devenir des lieux de socialisation où des individus UDI ne se connaissant pas pourront se rencontrer. Ces rencontres pourraient entraîner le développement de nouveaux

réseaux sociaux de personnes UDI, créant de nouvelles voies pour la transmission des infections transmises par le sang (Bruneau et coll., 1997b). Cette préoccupation n'est pas seulement articulée par les détracteurs de CAMSI, mais également par certains chercheurs (Bruneau et coll., 1997a, 1997b; Hankins, 1997). Parmi ces derniers, Bruneau et coll. ont mentionné : « ... *we have yet to hear a cogent argument that would allay our concerns that NEPs may facilitate formation of new sharing groups gathering isolated IDUs...* » (1997a : 1010).

Des arguments pouvant apaiser ces inquiétudes sont venus quelques années après les affirmations de Bruneau et coll. (1997a, 1997b) et Hankins (1997). Fait intéressant, une des premières preuves provient d'un collectif de recherche dont Bruneau faisait partie. Une analyse de Lamothe et coll. (1998), présentée au *12th World AIDS Conference* à Genève en 1998, démontrait que la rue et les lieux publics demeuraient les endroits majeurs (18,5 %) où les personnes UDI rencontraient de nouveaux partenaires de « partage » à Montréal. Seulement 3,6 % des répondants ayant de nouveaux partenaires avaient indiqué les avoir rencontrés au CAMSI (*Ibid.*). Face à de tels résultats, ils conclurent que les CAMSI ne jouent pas un rôle déterminant dans la formation de nouveaux réseaux sociaux d'UDI.

Schechter et coll (1999), dans une étude tentant d'appréhender les complexités de l'association entre l'usage des CAMSI et un taux de prévalence de VIH plus élevé chez les personnes UDI à Vancouver, ont confirmé que l'influence des CAMSI quant à la formation de nouveaux réseaux de « partage » était très minime. Pendant que la grande majorité des répondants (86 %) affirmaient obtenir du matériel d'injection du CAMSI, uniquement 0,7 % rapportaient rencontrer de nouvelles connaissances à cet endroit (*Ibid.*). Dans un questionnaire complété par 498 répondants UDI, un seul nomma le CAMSI comme le lieu où il rencontrait de nouveaux partenaires d'injection (*Ibid.*).

Finalement, lors d'une étude réalisée entre 1995 et 1997 au CAMSI de Baltimore dans l'État du Maryland, Junge et coll. (2000) ont examiné l'influence de ce dernier quant à la formation de nouveaux réseaux sociaux. Les résultats de cette recherche contredisent également l'hypothèse selon laquelle les CAMSI, en attirant plusieurs personnes UDI, contribuent à la formation de nouveaux réseaux sociaux et, par surcroît, créent de nouveaux réseaux de transmission d'ITS. Sur un total de 413 participants, la grande

majorité de l'échantillon (92,3 %) a confirmé ne pas avoir fait de nouveaux contacts sociaux au CAMSI depuis le début de leur participation (6 mois auparavant) (*Ibid.*).

2.2 Deuxième génération de recherche

En se concentrant majoritairement sur l'efficacité des CAMSI à réduire la transmission du VIH, la grande partie des études réalisées sur le sujet ont plus souvent qu'autrement ignoré des aspects de recherche primordiaux. Notamment, ces recherches ont rarement étudié l'influence des facteurs opérationnels d'un programme et des facteurs contextuels sur l'efficacité d'un CAMSI (Kral et Bluthenthal, 2003). Bastos et Strathdee (2000) ont mentionné que l'inattention portée à ces deux aspects a biaisé les interprétations de l'efficacité des CAMSI. Bourgois résume bien la situation en mentionnant :

« Despite the significant organisational and contextual differences, all the distinct needle exchange programs and injector populations have been lumped together in the epidemiological literature as one big set of interchangeable numbers that can be crunched in a cultural and political vacuum ». (Bourgois, 2002: 261)

Kral et Bluthenthal dressent une liste des facteurs contextuels et des caractéristiques opérationnelles qui peuvent influencer l'efficacité des CAMSI :

Facteurs contextuels (Kral et Bluthenthal, 2003)

- Taux de prévalence et d'incidence du VIH chez les personnes UDI
- Interface sexuelle entre individus UDI et autres groupes avec un haut taux de prévalence (ex. hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes)
- Drogues consommées
- Loi sur la prescription et la possession de seringues
- Vente de seringues dans les pharmacies
- Répression policière
- Lieu urbain/banlieue/rural
- Couverture de seringue par les programmes

Caractéristiques opérationnelles (Kral et Bluthenthal, 2003)

- Politique de distribution de seringues
- Limites de distribution
- Couverture géographique
- Service de distribution fixe vs mobile
- Site fixe intérieur vs extérieur
- Nombre d'heures d'opération
- Horaire du programme
- Services supplémentaires offerts
- Philosophie de « réduction des méfaits » du personnel
- Type et variété de seringues disponibles
- Matériel offert qui n'est pas relié à la consommation de drogues

Alors, le but de cette section est de démontrer qu'une attention accrue doit être portée aux facteurs environnementaux⁷ afin d'améliorer l'efficacité des CAMSI et de leurs évaluations. En ce qui concerne le cas montréalais, nous verrons que les résultats peu encourageants provenant de Bruneau et Coll (1997b) et de SurvUDI (Leclerc et coll., 2008) doivent être interprétés en tenant compte de ces facteurs et qu'une amélioration de la situation doit indéniablement passer par une meilleure compréhension de ces derniers.

Comme nous le verrons, la majorité des textes que nous citerons proviennent d'études réalisées à Vancouver. En particulier, depuis la fin des années '90, le *British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS* de l'hôpital St. Paul à Vancouver semble avoir outrepassé les études évaluatives traditionnelles. Les chercheurs associés à ce centre

⁷ Ici, nous nous référons au concept de « *risk environment* » (environnement à risque) lorsque nous parlons de facteurs environnementaux (contextuels ou opérationnels) qui limitent l'efficacité des CAMSI. Le « *risk environment* » fait référence à l'espace social ou physique où des causes exogènes à l'individu interagissent afin d'augmenter les risques d'infection (Rhodes et coll., 2005, Rhodes, 2002). Désormais, l'emphase n'est plus mise sur la capacité décisionnelle de l'individu, mais plutôt sur les situations, les structures et les endroits où les risques se produisent. Un tel cadre de réflexion possède plusieurs avantages. Il permet tout d'abord de signaler la variabilité de l'efficacité des interventions de réduction des méfaits d'une région géographique à l'autre. Comme le souligne Rhodes (2002), ce sont des *interventions sociales*. Or, elles sont soumises à différents environnements sociaux, culturels, programmatiques, économiques, légaux et politiques et à des variations dans le comportement de la population UDI : « *The relative success of individual, community and policy interventions are shaped by the risk environments in which they occur* ». (Rhodes 2002 : 87).

L'efficacité des CAMSI est un bon exemple démontrant comment des conditions environnementales locales peuvent limiter l'impact d'une intervention. Le grand avantage de porter une attention aux environnements à risque est qu'ils nous permettent d'identifier les limites d'une intervention et d'offrir des solutions afin de surmonter les obstacles.

ont publié des études explorant l'influence des facteurs environnementaux sur l'efficacité des CAMSI dans le but d'acquiescer des explications possibles aux résultats négatifs obtenus par Strathdee et coll. (1997). Déjà en 1999, Schechter et coll. ont mentionné : « ... *in our view, it appears that the effectiveness of this particular NEP was compromised by a number of environmental and programmatic factors* » (Schechter et coll., 1999: F50).

2.2.1 Les facteurs opérationnels

Parmi les facteurs pouvant jouer un rôle crucial quant à l'accessibilité au matériel d'injection stérile, les caractéristiques opérationnelles (ou programmatiques) d'un CAMSI demeurent des facteurs primaires. Les heures d'ouverture d'un CAMSI, son emplacement géographique, les politiques d'échanges et la compétence des intervenants sont quelques-uns des éléments qui peuvent influencer l'accès au matériel stérile d'injection et l'efficacité des CAMSI.

Dans le contexte où des CAMSI se sont révélés incapables de prévenir une épidémie de VIH à Vancouver, Wood et coll. (2002b) ont essayé de comprendre la persistance du « partage » de matériel d'injection. Lors d'une enquête antérieure, Wood et coll. (2001) avaient démontré que le plus important facteur de risque associé au « partage » de matériel d'injection était la difficulté d'accéder au matériel stérile. Afin d'identifier les causes associées à cette difficulté d'accès à ce matériel, ils ont interviewé 761 participants entre juin 2000 et mai 2001 (Wood et coll., 2002b). De ce nombre, 172 participants (22,6 %) avaient mentionné avoir de la difficulté à accéder à du matériel d'injection stérile (*Ibid.*). Des déficiences opérationnelles furent fortement soulignées pour expliquer cette difficulté. Parmi ces dernières, précisons que les heures d'ouverture du CAMSI fixe ont été identifiées par les participants UDI comme un des obstacles primaires à l'accès au matériel stérile. Faisant face à une opposition de la communauté où est situé le CAMSI et à des contraintes budgétaires, les heures d'opération du CAMSI fixe du *Downtown Eastside* de Vancouver étaient limitées de 8 h à 20 h durant la période de l'étude (*Ibid.*). Quant au site mobile, il couvrait de grandes distances et ne restait jamais longtemps au même point. Pour ceux qui fréquentaient le CAMSI mobile, rater la « van » contribuait à leur difficulté à accéder au matériel stérile.

Par ailleurs, les chercheurs ont remarqué que l'emplacement des CAMSI causait des problèmes quant à l'accès au matériel stérile. Les services offerts par les CAMSI étant concentrés dans la région du *Downtown Eastside*, les personnes UDI résidant à l'extérieur de cette région avouaient avoir de la difficulté à accéder à du matériel stérile, et ce, même si des services limités étaient dispensés dans des quartiers avoisinants (*Ibid.*).

2.2.2 Les facteurs contextuels

Drogues de choix

Le cas de Vancouver et de Montréal semble se différencier de celui des autres villes où des recherches ont été menées par une épidémie d'injection de cocaïne qui dure depuis plusieurs années (Tyndall et coll., 2003; Wood et coll., 2002a; Wood et coll., 2002b; Bourgois et Bruneau, 2000). Le type de drogues injectées qui influence les comportements à risque des personnes UDI permet de mieux saisir les résultats négatifs des CAMSI obtenus dans les villes de Montréal et Vancouver (*Ibid.*).

Afin de mieux comprendre son influence, Tyndall et coll. (2003) ont étudié les *patterns* de consommation de la cocaïne et ses effets sur les risques de transmission du VIH. En utilisant les données d'une cohorte prospective (Vancouver Injection Drug Users Study : VIDUS), ils ont comparé les comportements à risque des individus qui s'injectaient fréquemment de la cocaïne et des consommateurs non fréquents de cocaïne. Les résultats de cette recherche concluent que les usagers fréquents de cocaïne, qui s'injectent plus de trois fois par jour, avaient sept fois plus de chance de contracter le VIH (*Ibid.*). En plus, ils ont démontré que l'injection fréquente de cocaïne dans les six mois précédents était l'indice le plus puissant de séroconversion au VIH (*Ibid.*). Dernièrement, ils ont remarqué que 25 % des injecteurs fréquents de cocaïne sont devenus VIH positif après une moyenne de 31 mois (*Ibid.*).

Afin de contextualiser les données et les résultats négatifs recueillis par Bruneau et coll. (1997b), l'anthropologue Philippe Bourgois fut invité par Bruneau pour conduire un *rapid ethnographic assessment* durant deux séjours à Montréal (Bourgois et Bruneau, 2000). Les données de terrain recueillies par Bourgois ont identifié la prédominance de la cocaïne injectée comme un des facteurs pouvant expliquer les résultats de Bruneau et

coll. (1997b). Dès ses premières impressions ethnographiques, Bourgois souligne cette prédominance :

« From an immediate qualitative/emotional perspective the ravages of Montreal's injection cocaine epidemic are immediately visible to anyone who loiters in front of the centre ville's main needle exchange site and sex-worker strolls... Cocaine appeared to be so plentiful and relatively inexpensive on the streets of Montreal that a high proportion of heroin injectors regularly injected it even though they identified themselves solely as heroin addicts » (Bourgois et Bruneau, 2000 : 7).

Les données de Bourgois ont l'avantage d'offrir une dimension descriptive aux comportements des personnes UDI. Dimension souvent absente des études strictement quantitatives. En complétant ces brefs séjours ethnographiques à Montréal avec ses nombreuses années d'observation-participante réalisées auprès de personnes UDI de New-York et San Francisco, Bourgois postule que les injecteurs de cocaïne et de *speedball* (mélange de cocaïne et d'héroïne) sont plus désorganisés que les injecteurs d'héroïne et se perçoivent comme des preneurs de risque qui profitent au maximum de leur consommation de drogues (Bourgois et Bruneau, 2000; Bourgois et Schonberg, 1998). Étant donné que le *rush* occasionné par l'injection de cocaïne est très puissant et relativement court, les consommateurs sont souvent obsédés par la prochaine injection qui leur redonnera une euphorie extatique. Cette recherche continuelle du prochain *rush* mène parfois les consommateurs de cocaïne à des épisodes frénétiques et intenses d'injection que l'on nomme en anglais *binges*. Bourgois a déjà observé des personnes UDI s'injecter des douzaines de fois lors d'une seule soirée (Bourgois et Bruneau, 2000). Leur condition psychologique et physique étant amoindrie par le désir compulsif d'obtenir plus de drogues ainsi que par une malnutrition et un manque de sommeil, les injecteurs de cocaïne prennent des décisions irrationnelles et ont des comportements d'injection hautement risqués (Tyndall et coll., 2003; Bourgois et Bruneau, 2000). Ce témoignage d'un travailleur de rue de Montréal recueilli par Bourgois illustre bien nos propos :

« I don't know what to tell you! It is horrible to say but I've seen people get so caught up in shooting-up over and over again that sometimes they just pick up any old dirty needle from the table when right next to them they have a full box of clean needles untouched. We have to face the fact! » (Bourgois et Bruneau, 2000: 9).

À l'opposé des usagers d'héroïne qui ont des pratiques d'injection plus régulières et moins fréquentes, en raison de l'effet beaucoup plus long de la drogue, les injecteurs de cocaïne qui ont des épisodes frénétiques de consommation sont moins aptes à planifier, obtenir et utiliser du matériel stérile d'injection (Tyndall et coll., 2003).

En plus d'être davantage désorganisés, Bourgois mentionne que les épisodes d'injection de cocaïne semblent impliquer plus de sang que les injections d'héroïne. Afin d'en maximiser l'effet, la cocaïne doit être injectée directement dans une veine parce qu'elle est vasoconstrictrice et a un effet très court. Bourgois a observé des injecteurs dont le sang giclait littéralement alors qu'ils tentaient à plusieurs reprises de trouver une veine pour s'injecter (Bourgois et Bruneau, 2000). Aussi, certains injecteurs de cocaïne et de *speedball* s'adonnent à la pratique du *booting and jacking* (Bourgois et Bruneau, 2000; Bourgois, 1998). Cette pratique consiste à tirer du sang de la veine dans le baril de la seringue et à réinjecter le mélange de sang et de drogue dans la veine (*Ibid.*). Les injecteurs affirment que cette technique accroît l'intensité du *rush*. Cette pratique augmente la quantité de sang laissé dans les seringues usagées, ce qui les rend plus contaminées.

La couverture de seringues

Un des facteurs contextuels à considérer est le taux de couverture de seringues. Ce taux se définit comme le nombre de seringues stériles dispensées aux individus UDI au cours d'une période déterminée divisé par le nombre d'injections faites durant cette période (Strathdee et Vlahov, 2001).

Pour Montréal, une estimation du nombre d'injections faites par année a été effectuée par la DSP en 2006 (Leclerc et coll., 2006). Cette analyse était basée sur les données du réseau de surveillance épidémiologique SurvUDI et sur celles d'une étude estimant le nombre d'individus UDI à Montréal réalisée en 1996 (Remis et coll., 1998b). Ces données ont permis d'estimer le nombre annuel d'injections en multipliant le nombre annuel moyen d'injections par personne UDI par le nombre total de personnes UDI à Montréal (Leclerc et coll., 2006). L'estimation du nombre de personnes UDI à Montréal est de 11 700 individus et le nombre moyen d'injection par jour est de 3,5. Le nombre annuel d'injections serait donc de 15 080 000 (*Ibid.*).

Entre avril 2005 et mars 2006, en tenant compte des seringues distribuées par les CAMSI de Montréal, les travailleurs de rue, les pharmacies et les organismes ne participant pas au monitoring, un total de 996 700 seringues auraient été distribuées à Montréal (*Ibid.*). D'après ces différentes données, le taux de couverture était donc de 6,6 % en 2005-2006 (les seringues distribuées correspondaient à 6,6 % des besoins estimés). Ce taux de couverture peut expliquer partiellement pourquoi, en dépit d'avoir un vaste réseau de distribution légale de matériel stérile, incluant des organismes communautaires, des CSSS et des pharmacies, la séroprévalence et la séroincidence du VIH ainsi que du VHC demeurent élevées à Montréal.

Le nombre de seringues distribuées à Montréal a plafonné depuis 1998-1999 (*Ibid.*). Trois facteurs peuvent empêcher une distribution plus élargie de seringues sont mentionnés dans ce document de 2006. Ces trois facteurs seront repris ici; les deux premiers, qui découlent directement de craintes soulevées par des intervenants, le seront dans cette sous-section et le troisième facteur, qui concerne les aspects légaux et la répression policière, dans la prochaine.

Une première raison pouvant expliquer le plafonnement de la distribution de seringues serait la réticence de certains CAMSI à offrir une distribution plus élargie. Selon eux, le contact direct avec les individus UDI demeure prioritaire (Leclerc et coll., 2006; Tyndall et coll., 2002; Valente et coll., 2001). La distribution de seringues sans contact personnel représenterait des possibilités d'intervention perdues (*Ibid.*). Ces propos ne sont pas sans fondements. En effet, ils sont supportés par des études qui démontrent que le contact direct entre les intervenants et les personnes UDI augmente les connaissances des individus UDI quant aux risques de transmission des infections transmissibles par le sang (Des Jarlais et coll., 1996a). Certaines études ont aussi démontré que les usagers réguliers des CAMSI ont plus de chances de faire appel aux services d'un programme de désintoxication (Strathdee et coll., 1999; Hagan et coll., 2000). Cependant, plusieurs chercheurs ont souligné l'importance d'une distribution de matériel stérile répondant au besoin des individus UDI afin de contrer la transmission du VIH (Wood et coll. 2002b; Tyndall et coll., 2002; WHO, 2004c). Wood et coll. (2002b) ont démontré que les individus UDI qui avaient de la difficulté à se procurer du matériel stérile avaient 3,5 fois plus de chance de partager du matériel usagé. De son côté, l'OMS encourage une plus grande disponibilité du matériel stérile d'injection :

“There is compelling evidence that increasing the availability and utilization of sterile injecting equipment for both out-of-treatment and in-treatment injecting drug users contributes substantially to reductions in the rate of HIV transmission.” (WHO, 2004c: 2).

Une seconde raison pouvant expliquer ce plafonnement est la crainte de l'augmentation du nombre de seringues à la traîne causée par une distribution plus importante de matériel stérile d'injection. En effet, une augmentation de seringues à la traîne pourrait susciter de vives réactions négatives de la part des citoyens envers les CAMSI. Toutefois, une étude récente réalisée par Bluthenthal et coll. (2007) en Californie avec un échantillon d'usagers de 24 CAMSI (1577 participants), qui avait pour but de déterminer si la couverture de seringues était associée à la réutilisation de seringues et aux comportements d'injection à risque, peut venir apaiser cette crainte. Pour cette recherche, les participants ont été divisés en quatre groupes basés sur la couverture individuelle de seringues⁸ : <50 %, 50-99 %, 100-149 % et 150 % et plus (*Ibid.*). Les chercheurs ont démontré qu'en plus d'être associée à des comportements d'injection plus sécuritaires, une plus grande couverture individuelle de seringues n'était pas associée à un plus grand nombre de seringues à la traîne. Au contraire, plus les individus UDI avaient une couverture individuelle de seringues élevée, plus ils récupéraient ces dernières de façon sécuritaire (Bluthenthal et coll., 2007). Les résultats provenant des données de monitoring des CAMSI de Montréal sont analogues à ces derniers. Plus le nombre de seringues données par visite est élevé, plus le taux de récupération l'est (Leclerc et coll., 2007). Par exemple, lors des visites avec distribution de 1 à 4 seringues, le taux de récupération est de 23,3 % (*Ibid.*). À l'autre extrême, lors des visites avec distribution de plus de 500 seringues, le taux de récupération est de 100,4 % (*Ibid.*).

Aspects légaux et répression policière

Le troisième facteur limitant une plus grande distribution de matériel stérile d'injection souligné par Leclerc et coll. (2006) est la peur des individus UDI d'être victimes de répression policière. Étant donné que cet aspect a bénéficié d'une attention particulière ces dernières années de la part des chercheurs comme étant un facteur important qui limite l'efficacité des CAMSI, nous avons décidé d'y consacrer une sous-section entière.

⁸ Le pourcentage de couverture individuelle de seringues correspond au nombre de seringues acquises dans un CAMSI divisé par le nombre total d'injections au cours des 30 derniers jours.

Les publications concernant ce sujet étant quasi-inexistantes pour l'île de Montréal⁹, nous nous appuyons de nouveau sur des travaux réalisés principalement à Vancouver.

Avant de discuter concrètement des conséquences de la répression policière sur l'efficacité d'un CAMSI, il serait pertinent d'examiner brièvement la stratégie canadienne antidrogue qui oriente, entre autres, les actions des corps de police en lien avec la drogue. En 2006, De Beck et coll. ont publié un article qui examine la stratégie antidrogue canadienne et ses activités telle que renouvelée en 2003. Ils concluent que la majorité des efforts de la stratégie sont dirigés vers les approches conventionnelles fondées sur l'application de la loi (De Beck et coll., 2006). Cette emphase devient évidente lorsque nous observons les documents comptables du Conseil du Trésor. La répartition des dépenses liées à la lutte aux drogues présente un déséquilibre marqué. Pendant que 73 % du budget total (368 millions \$) était consacré à l'application de la loi, seulement 14 % était dirigé vers le traitement, 7 % vers la coordination et la recherche, 3 % était consacré à la prévention et 3 % à la réduction des méfaits (*Ibid.*). Cette répartition ne semble pas concorder avec un des buts de la stratégie qui indique que :

« ...par une approche équilibrée pour réduire à la fois la demande de drogue et l'approvisionnement en drogue au moyen d'initiatives de prévention de traitement, d'application de la loi et de réduction de méfaits, la Stratégie contribuera à améliorer la santé et la sécurité au Canada » (*Ibid.* : 7).

Malgré cette philosophie exemplaire, la stratégie concentre ses investissements dans les activités liées à l'application de la loi¹⁰. Cette emphase sur l'application de la loi se poursuit malgré les preuves grandissantes de son inefficacité et des effets pervers qu'elle occasionne. Par exemple, De Beck et coll. (2006) font référence à un rapport publié par l'Organisation mondiale des douanes et à une étude réalisée au Canada démontrant que les mesures répressives tentant de réduire l'entrée de drogues illicites aux États-Unis et au Canada ont eu des impacts minimes quant à la disponibilité, l'utilisation et le prix des drogues (De Beck et coll., 2006; Wood et coll., 2003a; Organisation mondiale des

⁹ Parmi les rares recherches conduites, le bilan du Service policier de la ville de Montréal (SPVM) pour l'année 2005 fait mention d'une thèse de doctorat qui est en cours de réalisation avec la collaboration du SPVM et qui aborde le sujet suivant : « Les actions policières auprès des populations exclues consommatrices de drogues et présentes dans les espaces publics et les espaces privés à usage public ».

¹⁰ Ces activités comportent : les contrôles frontaliers, les enquêtes de la GRC liées à la drogue, les services d'analyse de drogue et les services fédéraux de poursuites judiciaires (De Beck et coll., 2006).

douanes, cité dans De Beck et coll., 2006). De plus, comme nous le verrons, ces investissements massifs se poursuivent également nonobstant un « corpus croissant de données scientifiques qui démontrent que plusieurs des méfaits associés aux stupéfiants sont dus à des pratiques et politiques fondées sur l'application de la loi » (De Beck et coll., 2006 : 9).

À l'automne 2007, le gouvernement fédéral lançait la nouvelle « Stratégie nationale antidrogue ». Dans un communiqué publié le 4 octobre 2007, nous pouvons remarquer l'absence de financement accordé aux politiques de réduction des méfaits¹¹. La Stratégie nationale de lutte contre la drogue (terme utilisé par le gouvernement Harper) comporte trois plans d'action : prévenir la consommation de drogues, traiter les toxicomanies et contrer la production et la distribution de stupéfiants¹².

Parmi les conséquences négatives d'une application trop sévère de la loi, mentionnons que les effets protecteurs d'un CAMSI peuvent être mis en péril directement ou indirectement par une répression policière (Bastos et Strathdee, 2000; Maher et Dixon, 1999; Davis et coll., 2005; Wood et coll., 2003a; De Beck et coll., 2006 Aitken et coll., 2002; Cooper et coll., 2005; Small et coll., 2006). Une telle répression peut limiter le nombre de seringues qu'un individu aura en sa possession (*Ibid.*). Dans le contexte des grandes villes canadiennes, même si les CAMSI sont tolérés (comme à Montréal et à Vancouver) et qu'il sont perçus comme étant nécessaires pour contrôler la transmission du VIH et du VHC, ils demeurent parfois en contradiction avec le *modus operandi* des forces de l'ordre et certains policiers (agents de la paix) ont des préoccupations éthiques et morales concernant la distribution de seringues stériles qui serviront à l'injection de drogues illicites (Lough, 1997; Bastos et Strathdee, 2000).

Au début des années 2000, dans le but de combattre le problème de la consommation de drogue à Vancouver, une des stratégies de la police municipale fut d'accroître la présence policière près d'un CAMSI géré par des pairs qui offrait des services de nuit (Wood et coll., 2003a). Afin de mesurer l'impact de la présence policière, Wood et coll., (2003a) ont évalué les changements potentiels dans l'acquisition de matériel stérile d'injection avant et après l'opération policière. En comparant deux périodes de quatre semaines (4 avant l'opération et 4 après), ils ont observé une baisse de 26,7 % quant aux

¹¹ http://www.strategienationaleantidrogue.gc.ca/cp-nr/doc2007_10_04.html

¹² *Ibid.*

seringues distribuées (*Ibid.*). Quatre semaines avant l'opération policière, 35 539 seringues avaient été dispensées et 26 053 l'ont été après le début de l'opération (*Ibid.*). Ces résultats poussent les auteurs à affirmer que la répression policière peut contribuer au « partage » du matériel d'injection, limitant ainsi l'efficacité des CAMSI.

Les résultats de la recherche de Wood et coll. (2003a) semblent coïncider avec ceux d'autres études portant sur le sujet (Cooper et coll., 2005 ; Aitken et coll., 2002; Maher et Dixon, 1999). Une recherche ethnographique effectuée par Small et coll. (2006) à Vancouver complémente très bien les données quantitatives obtenues par Wood et coll.. Voulant comprendre les impacts des activités policières intensives sur les personnes UDI, les chercheurs ont opté pour des méthodes d'investigation ethnographiques, incluant l'observation participante et les entrevues semi dirigées et non dirigées. En avril 2003, la police de Vancouver avait entrepris une initiative de grande envergure visant à démanteler le marché de drogues illégales et à améliorer l'ordre public dans le *Downtown Eastside* à Vancouver (Small et coll., 2006). Tout comme des données provenant de l'Australie (Aitken et coll., 2002) et des États-Unis (Bluthenthal et coll., 1997), les chercheurs démontrent que même si la répression policière peut réussir à réduire les aspects visibles reliés au marché de la drogue dans un quartier, elle peut également être associée à des effets défavorables. Les observations faites sur le terrain et les entrevues ont démontré que la présence marquée des policiers sur les sites où se déroulaient originalement les activités de consommation de drogues a occasionné une relocalisation de ces activités dans une autre partie du quartier (Small et coll., 2006). Le marché de la drogue et sa consommation, qui étaient auparavant centralisés près des CAMSI les plus importants de Vancouver, se sont déplacés loin des services principaux (*Ibid.*).

Pour certains individus UDI, cette relocalisation correspondait à une difficulté d'accès au matériel stérile d'injection. N'osant plus se présenter au CAMSI principal, certaines personnes UDI se sont déplacées dans d'autres quartiers où les heures d'opération des CAMSI secondaires limitaient l'accès aux seringues stériles (*Ibid.*). De plus, le harcèlement policier, tel que souligné par les individus UDI, rendait ces derniers réticents à obtenir des seringues stériles et à en transporter des seringues utilisées. En plus de favoriser le « partage » de matériel, les activités policières avaient fait augmenter le nombre de seringues à la traîne. Ayant peur de se faire intercepter par la police, certains individus UDI se débarrassaient rapidement de leurs seringues après s'être injectés au lieu de les récupérer de façon sécuritaire (*Ibid.*).

La répression policière a également eu un impact sur les pratiques d'injection. Les personnes UDI qui s'injectaient dans des lieux publics avaient beaucoup plus de risques d'être interrompues par la police. Ceci a eu pour effet d'inciter l'accélération du processus d'injection rendant les utilisateurs beaucoup plus stressés, tendus et anxieux, ce qui complique la tâche de préparer et administrer une injection (*Ibid*). Ce « climat » d'injection devient propice aux comportements à risque et aux accidents d'injection comme les surdoses et les perforations de veines (*Ibid*). Encore une fois, ces données démontrent que les stratégies axées sur l'application de la loi demeurent un facteur contextuel important qui détermine les effets protecteurs des CAMSI.

2.3 Des idées pour une troisième génération de recherche

Pendant que la première génération de recherche s'est concentrée à prouver l'efficacité des CAMSI, la deuxième génération a, quant à elle, focalisé son attention sur les facteurs environnementaux (opérationnels et contextuels) qui influencent l'accès et l'utilisation du matériel stérile d'injection chez les individus UDI. Cette deuxième génération a eu l'avantage d'outrepasser la tendance à homogénéiser les CAMSI et leurs utilisateurs. Elle a démontré que les CAMSI varient grandement quant aux caractéristiques de leur personnel, à leurs caractéristiques programmatiques, aux caractéristiques des participants UDI qui les fréquentent et quant aux environnements légaux, culturels et économiques dans lesquels ils opèrent. (Des Jarlais et Braine, 2004). Cette reconnaissance de la variabilité des CAMSI a engendré une réflexion parmi les chercheurs qui prône une meilleure adaptation des CAMSI à ces caractéristiques environnementales afin de mieux répondre aux besoins des personnes UDI (Bourgois et Bruneau, 2000).

2.3.1 Évaluations basées sur l'utilisation des services et la satisfaction de la clientèle

Bien que l'exploration des facteurs qui limitent l'efficacité des CAMSI demeure de première importance, elle ne peut pas à elle seule améliorer l'accessibilité au matériel d'injection stérile. Dans un article publié en 2005, Strike et coll. mentionnent : « *Despite the need for more in-depth scrutiny of factors influencing injection-related behavioral risk, research shows the need to tailor SEP outreach and delivery approaches to meet the needs of the most vulnerable IDUs* » (Strike et coll., 2005 : 337). D'après Heimer (1998),

une troisième génération de recherche est nécessaire afin de mieux identifier les personnes qui utilisent les services des CAMSI et de mesurer jusqu'à quel point leurs besoins sont rencontrés. Donc, une plus grande emphase doit être mise sur comment sont utilisés les CAMSI et sur une perspective éémique des services offerts aux individus UDI (Valente et coll., 2001; Strike et coll., 2006; Wood et Spittal, 2003). Selon certains auteurs, cette recherche doit se faire sous forme d'évaluation des CAMSI (Strike et coll., 2006; Wood et Spittal, 2003). Nonobstant l'impression de réticence que nous avons pu véhiculer au sujet des recherches évaluatives traditionnelles (première génération), l'évaluation continue des CAMSI demeure une activité importante. Même si la majorité des évaluations se sont concentrées à montrer l'efficacité des CAMSI, elles peuvent, de façon encore plus importante, recueillir des informations au sujet des forces et des faiblesses d'un CAMSI (Strike et coll., 2006; Wood et Spittal, 2003).

En se référant au travail de Nairn et coll. (2003), Wood et Spittal (2003) croient que l'amélioration des services de distribution de matériel stérile d'injection doit passer par leur évaluation qui inclut la participation des individus UDI :

Those suffering from addiction to illicit drugs have had to face numerous stigmas and biases when seeking medical or public health services, whether inadequate pain management in palliative care, or inability to obtain sterile syringes at night... ...When harm reduction services providers break down these barriers by engaging drug users and responding to their suggestions with regards to service design, NEPs and other harm reduction interventions will be better positioned to protect and improve the health of their clients (Wood et Spittal, 2003 : 292).

Wood et Spittal font référence à la ville de Vancouver, où se trouve le plus grand CAMSI en Amérique du Nord, pour démontrer l'importance d'entreprendre de telles évaluations. Ils indiquent que le haut taux de prévalence du VIH chez les personnes UDI à Vancouver (35 %) peut être en partie dû au fait que le CAMSI principal ne conduit pas d'évaluations de la satisfaction de sa clientèle face aux services offerts et ne recueille pas de suggestions qui permettraient un meilleur fonctionnement du programme.

2.3.2 Des évaluations « multi-méthodologiques »

Selon Bastos et Strathdee (2000), la prochaine génération d'évaluations doit transcender les études d'observation qui ont souvent produit des résultats conflictuels. Même si des groupes de comparaison appropriés (utilisateurs vs. non-utilisateurs) sont difficilement identifiables dans certaines communautés, Bastos et Strathdee croient que des évaluations pouvant identifier les forces et les faiblesses d'un programme sont encore réalisables. Selon eux, une évaluation complète doit comporter des méthodes de recherche permettant d'appréhender les caractéristiques uniques de chaque CAMSI ainsi que les particularités de l'environnement dans lequel ils sont installés. Une évaluation incluant diverses méthodes qualitatives et quantitatives doit comporter plusieurs stratégies dont une évaluation des effets directs et indirects des CAMSI sur les réseaux de « partage » (Bastos et Strathdee, 2000). De plus, les nouvelles évaluations doivent prendre en considération les données comportementales, le contexte ethnographique local, la prévalence des maladies infectieuses dans le groupe à l'étude et les éléments structuraux des CAMSI qui sont le plus ou le moins efficaces à réduire l'incidence du VIH et du VHC (Bastos et Strathdee, 2000).

Déjà en 1997(a), Bruneau et coll. articulaient des idées analogues. Ils mentionnaient qu'une troisième génération de recherche devrait se concentrer sur les éléments contribuant à l'incidence du VIH dans un contexte où le matériel stérile d'injection est accessible. Pour ce faire, ils suggéraient une meilleure compréhension des réseaux de partage ainsi que de leur formation (Bruneau et coll., 1997a). Tout comme Bastos et Strathdee, Bruneau et coll. croient que les facteurs qui influencent directement ou indirectement les CAMSI doivent être étudiés avec diverses méthodologies telles que l'épidémiologie, les observations ethnographiques et la biologie moléculaire (*Ibid.*).

Ces suggestions de recherche émises par Bastos et Strathdee et Bruneau et coll. ne semblent pas avoir été entendues, car, en 2004, Des Jarlais et Braine ont de nouveau énoncé des idées similaires. Ils font état du besoin urgent de mener des recherches portant sur les relations entre les CAMSI, les utilisateurs des services, les environnements légal, social et économique et le taux d'infection au VIH chez les individus UDI (Des Jarlais et Braine, 2004). Tout comme les deux groupes de chercheurs précédents, ils prônent l'utilisation de méthodes quantitatives et qualitatives.

2.3.3 Les évaluations à Montréal

À Montréal, certains outils permettant de monitorer les activités des CAMSI sont disponibles. L'outil principal est SurvUDI, un système de surveillance épidémiologique du VIH et du VHC chez les individus UDI basé sur un recrutement continu. Il permet de recueillir de l'information sur les caractéristiques sociodémographiques des individus UDI, leur consommation de drogues et leurs comportements à risque et il permet également de réaliser des tests anonymes de dépistage du VIH et du VHC. Cette activité continue de surveillance est conduite auprès de personnes UDI recrutées dans des CAMSI de l'île de Montréal.

Le monitoring des centres d'accès au matériel stérile d'injection s'avère un autre outil permettant d'évaluer l'impact des CAMSI à Montréal. Le programme régional de monitoring est assuré par la participation de 24 centres d'accès au matériel stérile d'injection, dont 12 organismes communautaires et 12 établissements du réseau de la santé (Leclerc et coll., 2007). Ce programme de monitoring recueille des données sur les activités des 24 centres, notamment les caractéristiques de la clientèle, la description du matériel distribué et récupéré et la description des interventions effectuées. (*Ibid.*).

Toujours à Montréal, des études évaluatives portant sur les services de santé et sur les pratiques de prévention du VIH et du VHC dispensés aux individus UDI ont été réalisées au cours des dernières années. Parmi ces dernières, il serait intéressant d'examiner brièvement deux rapports rédigés par Lévesque et coll. qui rendent compte des résultats de deux recherches évaluatives sur les pratiques d'intervention à CACTUS-Montréal et à Spectre de rue. Réalisées en 1999 dans un cadre participatif, ces études se sont basées sur un échange entre les chercheurs-es, les intervenants-es et la direction des organismes. Ces deux études ont la particularité d'avoir utilisé la technique de l'observation directe lors des pratiques d'intervention et d'avoir organisé une journée d'ateliers de réflexion sur la pratique d'intervention pour recueillir les données. Les résultats obtenus par les chercheurs ont montré que les programmes de prévention du VIH à CACTUS-Montréal et à Spectre de rue favorisaient majoritairement les interventions axées sur les dimensions instrumentales et comportementales de la prévention du VIH (Lévesque et coll. 2001 : xxiv et Laperrière et coll. 2004 : ii-iii). Ils ont observé, au moment des études, que les interventions visant les conditions de vulnérabilité sociale au risque des individus UDI demeuraient limitées.

En ce qui concerne la problématique du présent travail, Lévesque et coll. ont consacré une section à la dimension instrumentale (distribution et récupération de matériel stérile d'injection) de la prévention du VIH à CACTUS-Montréal et à Spectre de rue. Au site fixe de CACTUS-Montréal, au moment de l'étude, ils ont constaté une antinomie dans le processus de distribution et de récupération des seringues. Les chercheurs ont remarqué que l'échange de seringues constituait un enjeu régulier de négociation. Les intervenants étaient constamment confrontés au dilemme de distribuer le nombre de seringues demandées par les personnes UDI et d'exiger des seringues en retour pour qu'elles soient récupérées de manière sécuritaire. En dépit d'une certaine souplesse, les observations ont révélé que la règle de l'échange « une pour une », avec un nombre restreint de seringues distribuées sans échange (habituellement six), demeurait la ligne directrice de la distribution. À Spectre de rue, la politique était d'offrir une seringue de plus que le nombre rapporté de seringues souillées. Cependant, les intervenants pouvaient faire preuve de souplesse et agir différemment quant à la politique d'échange habituelle en évaluant la situation de certains usagers. À ce moment, ces politiques d'échange étaient en vigueur malgré les changements majeurs dans les politiques de distribution proposés par la DSP en 1996¹³ (Leclerc et coll., 2006). Ces changements préconisaient de :

1. lever les limites sur le nombre de seringues données à une personne par jour et par visite
2. distribuer les seringues en fonction des besoins estimés de l'utilisateur, principalement pour la cocaïne
3. ne pas exiger le retour de seringues usagées pour effectuer de la distribution
4. favoriser les « échanges collectifs » (c.-à-d. la distribution de grands nombres de seringues à des personnes qui les distribueraient ensuite à d'autres).

Cependant, il est nécessaire de nuancer ces résultats et de pouvoir rapporter des observations plus à jour. Par exemple, un ethnologue réalisant du travail de terrain pour un autre projet de recherche à CACTUS-Montréal a observé, en 2007, que les politiques d'échange en place durant la recherche de Lévesque et coll. (2001) ne semblaient plus en vigueur. La politique d'échange de CACTUS-Montréal semble conforme aux changements préconisés par la Direction de santé publique de Montréal. L'ethnologue a souvent vu des intervenants distribuer un nombre de seringues beaucoup plus élevé que le nombre de seringues récupérées.

¹³ Précisons que la recherche de Lévesque et coll. a été réalisée en 1999.

De leur côté, Lahaie et coll. (2007) ont mené une étude sur la perception qu'ont les individus UDI des services de santé existants. L'étude était de type qualitatif et la technique des *focus groups* a été utilisée pour recueillir les données. À travers cette technique, ils ont tenté de souligner les éléments qui font obstacle ou qui sont facilitants dans la démarche de demande d'aide et d'utilisation des services. Le compte-rendu des *focus groups* (Valiquette et coll., 2006) met en évidence les obstacles aux services de santé soulevés par les participants UDI et des suggestions. Une partie des entretiens était réservée aux services de santé en lien avec les prises de risque et le traitement de la dépendance. Notons que, parmi les obstacles et suggestions soulignés par les participants UDI, on retrouvait : les possibilités limitées d'approvisionnement en matériel stérile les fins de semaine et durant certaines heures de la semaine, la difficulté d'accéder à des programmes de substitution à la méthadone, l'éloignement des services et le désir d'avoir des lieux d'injection supervisée.

Bien que nous devions insister sur l'importance des outils qui ont été mis en place pour évaluer les services offerts et offrir une surveillance épidémiologique continue des comportements à risque des individus UDI et de la transmission du VIH et du VHC, ces derniers ne répondent pas complètement aux suggestions offertes par les chercheurs telles que mentionnées auparavant. Certes, on y retrouve certaines des composantes suggérées par les auteurs cités plus haut. Cependant, une recherche les regroupant toutes et adoptant une approche multi-méthodologique n'a pas encore vu le jour à Montréal. La prochaine partie se consacrera à décrire des approches qui permettraient d'atteindre un tel but.

3. Vers une approche ethno-épidémiologique ou une épidémiologie socioculturelle¹⁴

« L'approche mère » qui guidera cette section se trouve en quelque sorte en opposition avec ce que l'on peut appeler les « politiques disciplinaires » (Agar, 2002). Elle tente de transcender les querelles et les oppositions existantes entre les approches quantitatives et qualitatives et de créer un rapprochement qui, selon nous, ne peut être que bénéfique. Donc, nous tâcherons de faire preuve de *consilience*¹⁵ en essayant d'intégrer des pistes pouvant offrir des explications à plusieurs niveaux d'un phénomène en particulier. (Wilson, 1998; Agar, 2002)

Nous débuterons en décrivant l'approche ethnographique dans un contexte de santé publique. Même, si par moments, notre discussion relèvera de l'épistémologie, nous croyons nécessaire d'inclure une discussion de la sorte, car elle nous permettra de mieux comprendre la place que peut occuper l'anthropologie dans le domaine de la santé publique et elle nous permettra de mieux appréhender la complémentarité entre l'ethnographie et l'épidémiologie. Ensuite, nous prendrons soin de bien expliciter les avantages et les méthodes liés à l'approche ethnographique. Pour conclure, nous discuterons des méthodes quantitatives de recherche et d'analyse qui permettront d'améliorer l'accessibilité au matériel stérile d'injection.

3.1 L'approche ethnographique

L'idée d'incorporer un volet ethnographique aux études en santé publique, ou plus précisément aux évaluations de CAMSI, n'est pas nouvelle. Des chercheurs provenant de diverses disciplines ont déjà manifesté l'importance d'inclure cette approche

¹⁴ Les approches décrites et suggérées ci-dessous ont été conceptualisées sans tenir compte des contraintes budgétaires ou temporelles qui peuvent limiter les activités d'une étude. Nous sommes conscients qu'une recherche pouvant inclure toutes les approches et méthodes proposées dans cette section ne pourrait être possible que dans le meilleur des mondes, où le financement et le temps ne seraient pas des obstacles. Ceci étant dit, cette partie a été rédigée en tentant d'identifier les meilleurs « outils » nous permettant d'améliorer l'accessibilité au matériel d'injection stérile, et non en tentant de respecter une réalité financière ou temporelle. Le choix reviendra maintenant à la DSP de l'ASSM et à ses partenaires de convenir ensemble de la ou des approches et méthodes qui conviendront le mieux à leurs objectifs et à leur budget.

¹⁵ Ce concept fait référence à l'unité des savoirs. Wilson développa ce concept afin de réduire le fossé qui sépare les mondes des sciences « pures » et des sciences sociales. Le contraire de consilience est le réductionnisme.

(Strathdee et coll., 1997; Bruneau et coll., 1997a; Bastos et Strathdee, 2000, Carlson et coll., 1996; Page, 1997).

Toutefois, les études combinant une approche ethnographique et épidémiologique demeurent encore l'exception, et non la règle (Carlson et coll., 1996). Chaque approche semble confinée à réaliser des recherches à l'intérieur de ses « frontières ». Pourtant, les deux approches ont beaucoup à s'offrir. À ce sujet, Bourgois (2002) considère surprenant que les épidémiologistes et les biostatisticiens n'incorporent pas une composante ethnographique à leurs recherches. Cette composante permettrait d'améliorer la précision de leurs données et d'augmenter la clarté de leurs analyses. Cependant, l'inverse est également vrai. Il trouve étrange que les anthropologues soient si néophytes en ce qui concerne les méthodes quantitatives. Il mentionne que les bases de données quantitatives peuvent aider les anthropologues à mieux situer leurs objets de recherche.

3.1.2 L'anthropologie et l'épidémiologie : pour une approche complémentaire

La grande majorité des stratégies de prévention du VIH visant la population UDI ont été développées en suivant des modèles de recherche quantitatifs (Brooks, 1994). Sans rejeter l'utilité des analyses statistiques, nous croyons tout de même qu'une approche complémentaire entre l'anthropologie et l'épidémiologie doit être développée afin d'appréhender pleinement les problématiques entourant la consommation de drogues injectables. Plusieurs anthropologues et chercheurs en sciences sociales ont été très critiques envers le paradigme de recherche qui survit dans le domaine de la santé publique. Lisa Maher incarne bien cette critique lorsqu'elle mentionne :

« The core methods and paradigms of contemporary public health are simply inadequate to understanding how risk is influenced by the social contexts in which it occurs. The epidemiological-driven categories of risk cannot accommodate the lived realities of IDUs, sex workers and other marginalized groups » (2002 : 312).

Selon Massé (1995), nous pouvons résumer l'opposition entre les deux approches comme étant de nature méthodologique et paradigmatique. Comme le précise ce dernier, l'épidémiologie est « le bastion des études contrôlées avec de larges échantillons, une quantification des facteurs à l'étude et des inférences statistiques

(...) » (1995 : 83). D'après Massé (1995), la tendance à adopter une approche positiviste proviendrait d'une recherche de crédibilité scientifique auprès du monde médical. En se référant à Rubenstein, Massé énumère trois conséquences de ce positivisme : 1- un accent excessif mis sur la méthode 2- un réductionnisme quantitatif dans le traitement des variables socioculturelles 3- une obsession de la prédictibilité des problèmes de santé aux dépens d'une analyse du processus de négociation du malade avec son environnement. Selon Bourgois (2002), l'épidémiologie s'est éloignée de son origine pragmatique et subversive, telle que définie par Virchow, pour devenir une industrie de recherche contractuelle *athéorique*, dépendante des fonds du gouvernement et tassée aux marges de la biomédecine.

De leur côté, les anthropologues qui prônent les méthodes qualitatives et les études en profondeur avec des échantillons restreints, proposent plutôt une approche holiste et interprétative qui mise sur le contexte social et culturel (Massé, 1995). Pour les anthropologues, l'individu ne peut pas être isolé de la vie sociale. Par ailleurs, comme le mentionne Agar (1977), les anthropologues tentent d'établir des relations complémentaires avec les participants d'une recherche. Ceci contraste grandement avec la perspective quantitative qui établit des rapports symétriques avec les participants. La grande différence entre ces deux perspectives est que les anthropologues entrent en contact avec des membres d'un groupe afin d'apprendre ce que ces derniers définissent comme étant des « variables » significatives et les relations entre ces « variables » (Agar, 1977). Contrairement aux relations complémentaires, les relations symétriques sont associées à une logique déductive et les interactions entre le chercheur et le participant, ainsi que les catégories de réponse du questionnaire, demeurent contrôlées par le chercheur (Carlson et coll., 1995).

L'approche anthropologique appliquée au monde de la santé a attiré des critiques sévères de la part de certains puristes travaillant avec des méthodes quantitatives. L'ethnographie a souvent été perçue comme étant « non scientifique » et journalistique, recueillant uniquement de simples histoires (Agar, 2002). Ce type de critiques ne semble pas favoriser une complémentarité entre les deux disciplines :

« En fait, la complémentarité entre les disciplines demeure freinée par des préjugés tenaces tel que 'la science consiste seulement en données quantitatives, 'les sciences sociales ne produisent pas de telles observations' ou 'l'anthropologie est un *art* qui ne doit pas se

compromettre en produisant des données quantifiables » (Trostle cité dans Massé, 1995 : 83).

Ces derniers paragraphes semblent suggérer une totale incompatibilité entre les deux approches. Toutefois, nous verrons qu'une complémentarité entre les deux est possible et souhaitée et que le schisme qui sépare les deux approches est moins prononcé que les points de vue véhiculés par certains anthropologues.

Nonobstant une opposition marquée au niveau méthodologique, l'anthropologie de la santé et l'épidémiologie ont le même but : « connaître la prévalence, les schèmes de distribution et les facteurs causaux des problèmes de santé, et ce, dans le cadre d'une approche systémique écologique soucieuse de prendre en considération l'ensemble des facteurs physiques, environnementaux, sociaux et culturels » (Massé, 1995 : 83). Après avoir délaissé le fameux dicton d'un des pères de l'épidémiologie : «... *we will weigh life for life and see where the dead lie thicker...* » (Virchow, 1848 cité dans Bourgois, 2002), l'épidémiologie semble être revenue à ses considérations initiales pour les facteurs sociaux, économiques et culturels (Massé, 1995). La section portant sur la deuxième génération de recherche, telle que vue à la dernière partie, démontre très bien ce retour aux sources de l'épidémiologie.

Aussi, comme le souligne si bien Inhorn (1995), l'épidémiologie n'est pas monolithique. Ce ne sont pas tous les épidémiologistes qui sont « réductionnistes ». Il est faux de croire que l'épidémiologie souffre d'un manque de vigueur interdisciplinaire et de réflexivité critique, comme il est faux de croire qu'elle est fixée sur des notions limitées de la maladie, du risque et de la causalité (Inhorn, 1995). En ce qui concerne les divergences méthodologiques, Inhorn (1995) mentionne que la vaste majorité des études épidémiologiques ne sont pas « expérimentales », mais sont plutôt considérées comme étant d'observation, tout comme les études anthropologiques sont d'observation participante. Les données recueillies par les deux approches se font en communiquant avec les protagonistes d'une recherche. Même si les techniques d'entrevues en épidémiologie s'avèrent plus « formelles », il n'en reste pas moins qu'elles peuvent traiter d'un sujet en profondeur. Comme l'indique Inhorn (*Ibid.*), la différence entre les deux méthodologies se situe au niveau de l'envergure, et non de la nature. Les anthropologues semblent avoir une plus grande variété de méthodes et sont moins concernés à établir des standards méthodologiques normatifs. D'après Inhorn (*Ibid.*), la réelle limite de l'épidémiologie est qu'elle ne réussit pas toujours à outrepasser

l'identification des comportements et à tenter d'offrir des explications culturelles et contextuelles entourant ces comportements. Elle pose les questions « qui », « quand », « où » et « comment », sans jamais poser la question cruciale du « pourquoi ». C'est à ce stade-ci que la perspective anthropologique devient nécessaire.

Pendant que certains attribuent l'incompatibilité des deux approches aux dissensions méthodologiques, d'autres voient en ces différences le cœur de leur complémentarité. D'après Massé (1995), la complémentarité des deux approches réside dans l'articulation des méthodes. En effet, la combinaison des deux méthodes met à profit le processus de triangulation, c'est-à-dire la comparaison des données obtenues par les méthodes quantitatives et qualitatives. Ce processus a l'avantage d'augmenter la puissance de l'interprétation et de réduire l'effet des biais inscrits dans chacune des méthodes. Par exemple, les données qualitatives, recueillies à l'aide de techniques ethnographiques, permettent d'effectuer une analyse quantitative plus précise en fournissant le contexte social et les significations culturelles entourant un problème de santé publique (Bourgois, 2002). De plus, le volet qualitatif permet de guider les analyses quantitatives en aidant à sélectionner les variables de contrôle lors des modélisations (Peneff, 1995). Selon Massé (1995), les descriptions ethnographiques amassées auprès d'échantillons restreints ont une crédibilité scientifique amoindrie, car les conclusions de ces recherches ne peuvent pas être étendues à la population en général. Les données quantitatives, recueillies à l'aide d'une étude épidémiologique, viennent renforcer la validité des données qualitatives (Massé, 1995; Peneff, 1995). En outre, l'analyse des données quantitatives peut influencer le travail ethnographique en cernant des objets qui méritent une attention particulière lors de la cueillette de données qualitatives.

Certains chercheurs préfèrent articuler la complémentarité des deux approches au sein d'une relation linéaire et chronologique. Dans ce cas-ci, la composante ethnographique devient une étude exploratoire dont l'objectif principal est de contribuer à la production d'un questionnaire adapté aux significations culturelles des participants (Carlson et coll., 1995). Toutefois, certains prônent une relation beaucoup plus égalitaire entre les deux approches. À ce sujet, Massé indique que l'articulation des approches inductives (ethnographie) et déductives (épidémiologie) doit être de nature continue et non linéaire : « l'intégration et la complémentarité des approches doivent dépasser leur simple arrimage chronologique » (1995 : 86). Une recherche doit être basée sur un dialogue

régulier et sur un mouvement de va-et-vient entre les données obtenues par les deux approches.

L'expérience de l'anthropologue Philippe Bourgois au sein d'équipes multidisciplinaires peut nous fournir de bons exemples des bienfaits de la complémentarité entre les approches quantitatives et qualitatives. Parmi ses travaux, Bourgois collabora à un projet de recherche reposant sur une étude de cohorte documentant l'incidence du VHC auprès des jeunes injecteurs de drogues de San Francisco (Hahn et coll., 2001). Les données amassées par l'équipe d'ethnologues avaient suggéré différentes expériences de risque selon le genre. Les femmes étaient victimes de plus de violence interpersonnelle, se heurtaient à moins de répression policière et avaient des stratégies de revenu distinctes (Bourgois, 2002). Afin d'approfondir le sujet, les ethnologues ont consacré la majorité de leurs observations aux relations de pouvoir entre les genres. Initialement, leurs collègues épidémiologistes semblaient déroutés par les données recueillies et ils les percevaient comme des histoires naïves dignes d'un feuilleton télévisé (*Ibid.*). Huit mois plus tard, faisant face à un taux de séroconversion au VHC deux fois plus grand pour les femmes, et ce, pour aucune raison statistiquement discernable, les épidémiologistes demandèrent aux ethnologues d'amasser plus d'information au sujet des dynamiques de genre.

Dans son article intitulé *Coexisting in the real world: the problems, surprises and delights of being an ethnographer on a multidisciplinary research project* (2002), Ric Curtis soulève des points intéressants concernant la complémentarité des deux approches. Agissant en tant que partenaire « junior » au sein d'une équipe de recherche étudiant le risque de transmission au VIH chez les jeunes de Brooklyn à New York, Curtis était responsable du volet ethnographique. Comme dans plusieurs études où l'ethnographie demeure un outil exploratoire, le travail ethnographique de Curtis a permis de mieux construire le questionnaire relié à la composante quantitative. Cependant, un aspect inattendu est venu faciliter le volet ethnographique.

Durant la phase initiale du projet, plusieurs débats ont eu lieu concernant la méthode de recrutement qui devait être employée. Curtis, fort d'une expérience de terrain auprès de la communauté étudiée, suggéra une méthode capitalisant sur les réseaux sociaux et les liens entre individus dans le quartier (Curtis, 2002). Toutefois, les chercheurs quantitatifs ont préféré la méthode du *multistage probability household sampling*, qui consistait à

sélectionner aléatoirement 20 pâtés de maisons et à passer au crible toutes les unités de chaque bâtiment afin d'identifier des participants de recherche (*Ibid.*). Curtis envisagea le pire. En plus de croire que cette méthode était irréaliste, il pensait réellement que le taux de succès allait être très faible. Finalement, la méthode de recrutement choisie par les chercheurs quantitatifs ne s'est pas uniquement avérée bénéfique, elle s'est également révélée avantageuse pour le volet ethnographique. Le fait d'utiliser une technique de porte-à-porte, pour administrer un questionnaire a permis d'exposer l'ethnographe à un grand échantillon de résidents du quartier. Cet échantillon était beaucoup plus large que n'importe quel échantillon recueilli par l'entremise d'une approche ethnographique axée sur une immersion dans la communauté (*Ibid.*). La technique de recrutement employée par les chercheurs quantitatifs a permis à Curtis d'identifier des sujets pour une étude ethnographique plus approfondie.

3.1.3 Les avantages d'une approche ethnographique pour les évaluations des CAMSI

Comme nous l'avons indiqué, l'approche quantitative pourrait tirer profit d'une association avec la perspective anthropologique pour appréhender la complexité des problèmes de santé publique. Ceci s'avère également vrai pour les évaluations de CAMSI. Même si les évaluations basées sur les résultats d'un questionnaire nous fournissent des informations indispensables au sujet des taux de prévalence et d'incidence du VIH et du VHC, des comportements à risque, des drogues consommées et des caractéristiques sociodémographiques des individus UDI, elles ne nous permettent pas d'obtenir un portrait holiste de l'impact des CAMSI (Brooks, 1994). Toutefois, les instruments de mesure traditionnels peuvent être utilisés en conjonction avec des méthodes ethnographiques afin d'évaluer l'impact d'un programme au niveau communautaire.

Avant d'énumérer les avantages associés à l'approche et aux méthodes ethnographiques, il semble pertinent d'offrir une brève définition du terme « ethnographie ». De nos jours, le terme « ethnographie » semble utiliser pour désigner pratiquement toute recherche qualitative. Cependant, pour ce travail, le terme « ethnographie » se réfère directement à l'approche et aux méthodes développées au sein de la tradition anthropologique. Bien que l'ethnographie ait été développée en documentant la variation culturelle chez des sociétés dites « exotiques » et relativement

stables, aujourd'hui, les anthropologues emploient sa philosophie traditionnelle et ses méthodes pour comprendre les problèmes contemporains des sociétés « industrialisées » (*Ibid.*). Donc, les anthropologues contemporains peuvent aussi bien étudier la pauvreté en contexte urbain que les rites funéraires chez les Kaingang du Brésil. L'aspect qui demeure inchangé est leur méthode de travail.

La méthode qui est au cœur de l'anthropologie est l'observation participante (ou le terrain) : « Le terrain est le laboratoire de l'ethnologue » (Izard, 1991 : 471). Le terrain est le lieu où les ethnologues se rendent pour observer la vie et les activités d'une société ou d'un groupe en particulier et ramasser des données fournies par les mêmes individus, qui sont « l'objet » de l'étude (Izard, 1991). Le terrain implique une immersion à long terme chez le groupe étudié et des relations organiques et de confiance avec les protagonistes de la recherche (Maher, 2002). De plus, le terrain devient une situation de communication. Idéalement, il se transforme en un espace où une discussion est établie entre l'observateur et l'observé. C'est de ce dialogue qu'émergera le matériel brut qui sera par la suite analysé en suivant un cadre théorique pour donner comme produit final un document anthropologique qui reflétera le dialogue entre le chercheur et ses informateurs.

Une telle approche s'avère avantageuse pour compléter les études traditionnelles évaluant les CAMSI. Si nous devons résumer en deux phrases tous les avantages liés à l'ethnographie, nous mentionnerons : l'application de l'approche et des méthodes ethnographiques à l'étude des activités à risque chez les individus UDI favorise une compréhension beaucoup plus intime et holiste des utilisateurs de drogues et de leurs comportements. L'ethnographie permet de découvrir les significations rattachées aux comportements et permet de mieux appréhender les facteurs complexes qui influencent la vie des personnes UDI (Koester, 1995). Cependant, l'énonciation de ces deux phrases ne rend pas justice aux avantages de l'ethnographie. Alors, nous prendrons soin de bien expliciter les avantages d'une telle approche lorsqu'elle est appliquée à l'étude des activités à risque des personnes UDI et aux évaluations de CAMSI.

Le premier avantage est qu'elle offre une meilleure compréhension des environnements physiques, sociaux et culturels entourant la consommation de drogues qui facilitent ou empêchent le bon fonctionnement d'une intervention (Clatts et coll., 2002). Ici, nous ne nous éterniserons pas sur le sujet, car une section complète a déjà été dédiée aux bienfaits de porter une attention accrue aux facteurs environnementaux influençant

l'efficacité des CAMSI (voir section 2.2). Nous mentionnerons seulement que l'anthropologue, par sa présence sur le terrain avec les personnes UDI, est en excellente position pour documenter comment l'injection de drogues est influencée par l'environnement physique et social en observant des sites et des situations d'intérêts tels que : l'accès au matériel, la disponibilité de la drogue, l'utilisation de seringues, les lieux d'injection, la fréquence des patrouilles policières, etc.

Le deuxième avantage que nous désirons soulever est d'une importance capitale. Il concerne une des fonctions saillantes des méthodes ethnographiques, c'est-à-dire documenter la variabilité culturelle. Transposée aux recherches sur les personnes s'injectant des drogues, cette étude de la variabilité vient défier la tendance de l'épidémiologie à homogénéiser la catégorie « injecteurs de drogues ». Selon Massé, cette tendance persiste dans le domaine biomédical, car : « Afin de garantir une homogénéité et une stabilité dans la définition des cas... ... et de réduire les marges d'erreur dans les mesures de prévalence et d'incidence du problème, les épidémiologistes insisteront pour délimiter le plus précisément possible les critères de définition de la maladie à chacun des stades » (1995 : 89). Au contraire, les anthropologues tentent de transcender une conception « sous-culturelle » unifiée des individus UDI. En employant la méthode de l'observation participante, ils documentent la grande variabilité existant au sein de la catégorie épidémiologique « utilisateurs de drogues injectables ». Cette documentation se fait au travers de plusieurs dimensions occupées et formées par les personnes UDI, incluant les groupes sociaux, les types et les formes de drogues injectées et les pratiques d'injection (Clatts et coll. 2002). Une attention portée à l'hétérogénéité des personnes UDI a le potentiel d'améliorer notre connaissance de la distribution du risque au VIH et, par surcroît, d'amender les stratégies de prévention afin qu'elles reflètent cette hétérogénéité :

« Individuals who inject drugs are almost always lumped together because of this single shared behavior... ...Our experience working with IDUs suggests that public health efforts embracing this perception will be ineffective in slowing the spread of HIV. Instead, prevention programs must begin with the knowledge that intravenous drug users are a heterogenous populationThis diversity directly affects the ecology of HIV transmission and makes it imperative that we develop prevention strategies cognizant of these differences » (Koester cité dans Singer et coll., 1995: 239).

Pour clore ce deuxième avantage, il serait intéressant de noter que la consommation de drogues n'est jamais statique. Les pratiques d'injection changent à travers le temps (Singer et coll., 2000). De nouvelles drogues peuvent être introduites ainsi que des nouveaux modes de consommation. Comme l'indique Singer et coll. (2000), des comportements d'injection émergents peuvent créer de nouveaux risques. La présence d'un anthropologue sur le terrain a le potentiel de monitorer les comportements d'injection et, par conséquent, devenir un outil central pour la recherche en prévention du VIH et du VHC (*Ibid.*)

Le troisième avantage auquel nous nous attarderons a le pouvoir de colmater une grande limite des méthodes quantitatives. Bourgois résume bien cette limite lorsqu'il indique que les chercheurs quantitatifs « *have managed to develop a scientific method that allows them to become experts without ever having to interact with [research subjects] in their problematic, dangerous, and uncomfortable indigenous environments* (1999 : 2165). Quant aux anthropologues, ils prônent un contact direct et prolongé avec les protagonistes d'une recherche. Ce contact (qui inclut la participation directe aux activités des CAMSI) permet d'appréhender la réalité vécue des individus UDI et l'impact d'un CAMSI (Singer et coll., 1995). Cet avantage répond à l'appel de plusieurs auteurs qui conseillent qu'une plus grande place soit accordée aux commentaires et aux réactions des individus UDI au sujet des services qui leur sont offerts. Omettre d'inclure les points de vue des participants à propos de leurs valeurs, leurs compréhensions des événements et leurs comportements ainsi que leurs expériences peut amoindrir l'efficacité des programmes de prévention (*Ibid.*).

Ce dernier avantage nous permet de faire le pont avec le suivant. Un autre bienfait de l'approche ethnographique est qu'elle fournit une perspective émique d'une problématique, c'est-à-dire qu'elle encourage les chercheurs à tenter de « voir le monde » sensiblement de la même façon que les personnes étudiées. En outre, cette perspective émique accorde une importance majeure à la « voix » des personnes UDI. Quoique l'observation des comportements d'injection et des activités des CAMSI fournisse des données d'une grande valeur, il est impératif de recueillir les opinions et les interprétations des individus UDI (par le biais d'entrevues ethnographiques) au sujet de leurs pratiques et de leurs comportements de consommation (Clatts et coll., 2002). La recherche ethnographique a la particularité d'accorder une importance capitale au discours des personnes les plus stigmatisées et d'attribuer des significations à leurs

expériences et leurs pratiques (*Ibid.*). Une telle considération peut s'avérer de grand intérêt pour le développement de stratégies de prévention. En outre, les questionnaires structurés sont très rigides et ne permettent pas de nuancer certaines réponses. Les répondants peuvent également fournir des réponses socialement désirables. Les anthropologues, qui ont des relations organiques et de confiance avec leurs informateurs, réalisent des entrevues semi-structurées qui permettent d'outrepasser les réponses fermées des questionnaires et la censure dont certains participants font preuve.

Dernièrement, par son rapprochement à la communauté étudiée, l'approche ethnographique permet la participation et la collaboration des protagonistes au processus de recherche et rapproche le domaine de la recherche de l'action communautaire. La collaboration est centrale pour la pratique de l'ethnographie : « *Ethnography is by definition, collaborative. In the communities in which we work, study or practice, we cannot possibly carry out our unique craft without engaging others in the context of their real, everyday lives* » (Lassiter, 2005 : 16). Une ethnographie collaborative est une approche qui met l'accent sur la collaboration à toutes les étapes du processus ethnographique.

Afin d'alléger le poids théorique qui caractérise la lecture des derniers paragraphes, nous concluons cette section avec un tableau résumant les contributions spécifiques de l'approche ethnographique à l'évaluation des CAMSI.

Contributions de l'ethnographie à l'évaluation des CAMSI (Singer et coll., 1995)

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">➤ Fournit des informations quant à la diversité des individus UDI.➤ Fournit une compréhension de la nature et de l'effet de la relation entre le personnel d'un CAMSI et ses clients.➤ Outrepasser les réponses socialement désirables.➤ Offre des possibilités d'identifier des connexions sous-jacentes entre des domaines spécifiques de comportements ou entre des groupes d'acteurs sociaux.➤ Offre des occasions d'entretenir des conversations franches et « non menaçantes » au sujet de comportements désapprouvés socialement.➤ Permet une meilleure compréhension des facteurs sociaux, environnementaux et culturels qui affectent les opérations quotidiennes d'un CAMSI ainsi que l'usage qu'en font les clients.➤ Offre un moyen d'examiner et de comprendre les problèmes auxquels sont confrontés les CAMSI. |
|---|

3.2 Des outils pour une approche quantitative

La recension des écrits a permis d'identifier deux outils qui pourraient compléter les recherches déjà en cours à Montréal et l'approche ethnographique décrite plus haut. Ces deux outils sont le *hierarchical modelling* et le système de gestion de l'information tel que développé par Nairn et coll. (2003).

3.2.1 L'analyse multiniveaux ou le « hierarchical modelling »

La grande majorité des recherches conduites en épidémiologie sont basées sur un individualisme méthodologique. Cette méthodologie repose sur la notion que la distribution de la santé et des maladies dans une population donnée peut être expliquée exclusivement par les caractéristiques des individus (Diez-Roux, 1998). Cependant, comme nous l'avons énoncé précédemment, l'épidémiologie, à ses origines, était essentiellement écologique (Catalano, 1979; Fee, 1991). Cependant, avec l'avènement de la théorie bactériologique (*germ theory*) associée à la théorie unicausale de la causalité de la maladie, l'attention portée aux facteurs environnementaux s'est déplacée vers les facteurs individuels. La recherche s'est désormais concentrée sur les caractéristiques comportementales et biologiques en tant que facteurs de risques (Diez-Roux, 1998). Cette emphase portée sur les facteurs individuels a eu comme conséquence « d'individualiser » la notion de risque. Le risque n'est plus attribué aux facteurs sociaux ou environnementaux qui influencent la population, mais plutôt sur l'individu. Comme le souligne Diez-Roux (1998), cette conception du risque, qui est individuellement déterminé, a eu pour effet de décourager les études explorant les effets des variables micro et macro-sociales sur la dimension individuelle. Or, comme nous l'avons vu, les variables micro et macro-sociales affectent directement les individus (dans notre cas les personnes UDI) et les choix qu'ils font. Ignorer le rôle de ces variables peut conduire à une compréhension incomplète des déterminants d'une maladie (*Ibid.*). En ce qui nous concerne, ceci peut se traduire par une évaluation erronée des CAMSI, conduisant à une accessibilité inadaptée au matériel stérile d'injection.

L'individualisme méthodologique, qui prédomine en épidémiologie, peut être contré par l'adoption de nouvelles méthodes. Une solution est d'inclure des variables micro et macro-sociales aux études épidémiologiques. L'étude des effets des caractéristiques collectives ou de groupe sur le plan individuel est nommée *multilevel analysis* ou

hierarchical modelling. Bien que cette approche ait été développée dans les domaines de l'éducation, la sociologie et la démographie, elle est de plus en plus utilisée en épidémiologie et en santé publique (Diez-Roux, 2002). Nous pouvons brièvement définir le *multilevel analysis* comme une forme plus complexe et avancée de régression linéaire simple et de régression linéaire multiple¹⁶. Ce type d'analyse permet une variance de l'issue des variables qui seront analysées selon de multiples niveaux hiérarchiques. Contrairement au *multilevel analysis*, la régression linéaire simple et multiple effectue ses analyses à un même niveau. Alors, le *multilevel analysis* semble approprié pour traiter des données avec des sources intégrées de variabilité, c'est-à-dire qui impliquent des unités à un niveau inférieur (individus) qui sont incorporées au sein d'unités macro (des groupes comme des écoles ou des quartiers) (Diez Roux, 2002). Le *multilevel analysis* permet d'examiner simultanément l'influence des variables macros et individuelles sur les issues du niveau individuel tout en prenant compte de la non indépendance au sein des groupes. De plus, cette approche permet d'examiner la variabilité entre les groupes et à l'intérieur d'un même groupe : « ... *multilevel models can be used to draw inferences regarding the causes of inter-individual variation but inferences can also be made regarding inter-group variation, whether it exists in the data and to what extent it is accounted for by group and individual characteristics* » (Diez-Roux, 2002 : 591).

Comment une telle approche peut-elle s'avérer bénéfique pour l'évaluation des CAMSI? Bastos et Strathdee (2000), qui militent pour l'inclusion des caractéristiques opérationnelles des CAMSI et du contexte ethnographique local au sein des futures évaluations, suggèrent fortement les *hierarchical models*. Selon eux, l'avantage de ces modèles est qu'ils « *consider the specific epistemological dimension of their different components, and simultaneously take into account these different dimensions (i.e individual, micro-social, macro-sociocultural) into multivariate models* » (Bastos et Strathdee, 2000 : 1778). De plus, ils croient que l'utilisation de ces modèles peut résoudre l'aspect arbitraire et inconsistant de la sélection de variables. Finalement, le *hierarchical modelling* permet de construire un cadre conceptuel structuré qui inclut des variables proximales (ex. utilisation vs. non utilisation des CAMSI, partage de matériel, etc.) et des variables distales (ex. caractéristiques opérationnelles des CAMSI) (Bastos et Strathdee, 2000).

¹⁶ Source : Wikipedia - http://en.wikipedia.org/wiki/Hierarchical_linear_modeling

3.2.2 Un système de gestion de l'information de la clientèle des CAMSI

Nous devons avouer que, lors de nos lectures, nous avons remarqué une certaine redondance quant aux méthodes employées pour évaluer les CAMSI ou pour monitorer les activités de ces derniers. Cependant, un texte semble se détacher du lot. Nairn et coll. (2003) ont développé une stratégie intéressante visant à monitorer les comportements à risque des individus UDI. Nous avons cru bon de résumer cette méthode, car nous croyons qu'elle peut être avantageuse pour Montréal.

Afin de mieux répondre aux besoins des personnes UDI, Nairn et coll. (2003) ont mis sur pied un système informatique de gestion de l'information de la clientèle dans 5 CAMSI de l'Australie. Tout d'abord, le projet effectua un enregistrement non obligatoire des clients des CAMSI. Lors de l'enregistrement, un numéro de client a été donné à chaque participant, mais les services reçus par les individus UDI n'étaient pas dépendants de leur enregistrement. L'élément clé du projet était une base de données centralisée qui était connectée en réseau aux cinq différents CAMSI. Cette base de données a la particularité d'avoir été conceptualisée de manière participative, c'est-à-dire que sa conception s'est faite par le biais de rencontres administratives entre des membres d'organismes communautaires, de départements gouvernementaux et des individus UDI.

La base de données incorpore un système à trois niveaux pour recueillir de l'information au sujet des pratiques d'injection et des comportements à risque. Le premier niveau amasse des données démographiques et de l'information sur les facteurs de risque. Le deuxième niveau se concentre sur les services reçus par les clients (seringues distribuées, interventions, etc.). Dernièrement, et c'est à ce stade-ci que cette méthode acquiert sa spécificité, le troisième niveau repose sur une « question du mois » qui aborde un quelconque sujet clé. Ces questions ont la particularité d'être développées par le personnel des CAMSI et ses clients.

Ce système engendra plusieurs répercussions positives. Tout d'abord, il serait intéressant de mentionner que le taux de participation était élevé, car 78 % des seringues distribuées dans les cinq CAMSI ont trouvé preneur chez des clients enregistrés. Après avoir soumis un questionnaire évaluant la qualité du projet à 113 clients, 99,2 % ont indiqué que leur confidentialité n'était pas menacée et 98,3 % des

répondants ont mentionné que les services dispensés étaient de valeur égale ou supérieure (*Ibid.*). Sur une valeur variant entre 1 et 10, la satisfaction des clients quant aux services offerts par les CAMSI était de 9,5 pour les clients enregistrés et de 8,2 pour ceux qui ne l'étaient pas (*Ibid.*).

D'après Nairn et coll.(2003), une des grandes caractéristiques du système de gestion de l'information est sa capacité d'identifier la population UDI tout en conservant la confidentialité du client. Plus concrètement, il permet d'observer l'évolution des individus ainsi que les modes et les pratiques de consommation. En outre, la grande force du projet semble être son habileté à inclure les personnes dans le projet à travers la question du mois. Cette dernière donne l'occasion aux personnes UDI d'influencer les décisions concernant les services qui leur sont dispensés. Toutefois, comme Nairn et coll. (2003) le soulignent, les informations contenues dans cette base de données ont des implications qui transcendent la fourniture de services par les CAMSI. Ces données peuvent contribuer au processus décisionnel au sein d'autres services et guider de nouvelles politiques (*Ibid.*).

Conclusion – Mieux comprendre les besoins des personnes UDI pour mieux y répondre

Comme nous avons pu le constater tout au long de ce document, maximiser l'accessibilité au matériel stérile d'injection s'avère une tâche extrêmement complexe. Les facteurs individuels, opérationnels et environnementaux qui sont spécifiques pour chaque ville font en sorte qu'aucun modèle « universel » ne peut être appliqué. Conséquemment, chaque ville doit se doter d'outils de recherche permettant d'appréhender les réalités associées à la consommation de drogues injectables et de mieux comprendre les besoins de personnes UDI quant à la distribution de matériel. Pour conclure ce document exploratoire, nous énumérerons quelques suggestions de recherche ayant le potentiel d'améliorer l'accessibilité au matériel stérile d'injection. Par la suite, nous situerons ces suggestions dans un cadre de prévention et d'intervention beaucoup plus large.

Suggestions de recherche

Avant d'énoncer toute nouvelle suggestion, nous aimerions mettre en évidence l'utilité des outils déjà en place. En effet, nous croyons qu'il est impératif que les activités du système de surveillance SurvUDI et du monitoring des CAMSI soient maintenues. Les données amassées par ces outils représentent la pierre angulaire sur laquelle d'autres composantes de recherche peuvent être développées. Selon nous, l'information au sujet du taux de prévalence et d'incidence du VIH et du VHC, des drogues consommées, des comportements à risque, des données sociodémographiques et du matériel distribué et récupéré ont le pouvoir de cibler les problématiques les plus urgentes et de façonner un modèle de recherche.

Cependant, comme Inhorn (1995) l'a mentionné, les indicateurs quantitatifs peuvent répondre aux questions « qui » « quand » « où » et « comment », mais ne répondent pas à la question cruciale du « pourquoi ». De l'information ethnographique concernant les réseaux sociaux, les significations reliées aux pratiques d'injection, les facteurs contextuels influençant les comportements à risque et la satisfaction des individus UDI quant aux services qui leur sont offerts manque toujours. Alors, une des suggestions mises de l'avant est de développer un volet ethnographique pouvant répondre à ces questions. Sans revenir sur les avantages d'une approche anthropologique, nous

encourageons l'inclusion d'un ethnographe au sein d'une équipe de recherche étudiant l'accessibilité au matériel stérile d'injection. Nous recommandons une étude de terrain extensive où l'ethnologue amassera des données qualitatives à l'aide de plusieurs techniques.

Afin de compléter les informations quantitatives déjà disponibles, nous suggérons une liste de méthodes ethnographiques. Premièrement, le travail de terrain de l'ethnologue devra s'appuyer avant tout sur l'observation participante. La participation directe aux activités des CAMSI et l'observation des interactions des clients avec leurs pairs et les intervenants permettront de contextualiser les services offerts et de mieux comprendre leurs influences sur les utilisateurs de ces derniers (services). En outre, nous proposons que l'observation participante dépasse le cadre des CAMSI et se concentre sur comment l'injection de drogue est influencée par l'environnement physique et social en observant des sites et des situations d'intérêts tels que : l'accès au matériel, la disponibilité de la drogue, l'utilisation de seringues, les lieux d'injection, la fréquence des patrouilles policières, etc. Deuxièmement, des entrevues qualitatives (informelles et semi-structurées) devront être utilisées afin d'acquérir une perspective éémique du problème. Elles permettront de se familiariser avec les façons dont les individus UDI perçoivent et expriment leur réalité et elles permettront également de recueillir leurs commentaires et suggestions quant aux services offerts. Troisièmement, l'ethnologue devra mettre à profit des *focus groups* afin d'explorer des thèmes de recherche, guider le raffinement des entrevues plus structurées, obtenir du *feedback* sur la conception des questionnaires quantitatifs ou tester les analyses préliminaires. Finalement, nous suggérons qu'un *social mapping* soit effectué pour familiariser les chercheurs avec les structures et les endroits qui influencent l'accès, l'usage et la récupération des seringues.

De plus, les avantages soulevés quant à l'analyse multiniveaux poussent à proposer un tel cadre d'analyse. Cependant, l'adoption d'un tel modèle signifierait qu'un nouveau questionnaire soit développé. En effet, les questionnaires de SurvUDI et du monitoring des CAMSI de Montréal ne fournissent pas les variables nécessaires afin d'effectuer une analyse de la sorte. En plus d'obtenir des données se situant aux niveaux individuel et comportemental, ce questionnaire devra inclure des questions se rapportant aux facteurs opérationnels des CAMSI et aux facteurs environnementaux entourant la consommation de drogues et l'accessibilité au matériel. De plus, une définition plus

précise de la fréquentation au CAMSI devra être développée. La catégorie « fréquentation vs non-fréquentation » s'avère limitée et peut occasionner des résultats erronés. Une alternative à la conception d'un nouveau questionnaire serait d'annexer une série de questions portant sur les facteurs contextuels au questionnaire de SurvUDI. L'inclusion de l'analyse multiniveaux a le potentiel de compléter et de trianguler les données ethnographiques. Étant donné que l'anthropologie travaille avec de petits échantillons, il est pratiquement impossible de généraliser les résultats ethnographiques. Les résultats de l'analyse multiniveaux ont le potentiel de corroborer les observations ethnographiques.

Finalement, nous suggérons qu'un système de gestion de l'information de la clientèle des CAMSI de Montréal, tel que décrit par Nairn et coll. (2003), soit implanté. Nous sommes conscients qu'un projet de la sorte pourrait générer de la réticence de la part de certains acteurs, surtout en ce qui a trait à la confidentialité des clients. Cependant un tel système permettrait de mieux comprendre comment les services sont utilisés et deviendrait un médium par lequel les personnes UDI pourraient collaborer à une amélioration de l'accessibilité au matériel stérile d'injection.

Nous croyons fermement que le développement des trois volets suggérés pourrait contribuer à une meilleure évaluation des services en place et à une compréhension des comportements d'injection à risque plus approfondie et qu'il pourrait se traduire par une accessibilité accrue au matériel. Toutefois, afin de maximiser les répercussions positives de ces trois volets, nous proposons qu'ils soient incorporés au sein d'une évaluation participative. Certains auteurs ont déploré le manque d'engagement de certains acteurs (dont les individus UDI) dans la conception et l'implantation d'un projet de recherche (Page, 1997; Hankins, 1998). L'évaluation participative peut venir palier cette limite.

Au cœur de la philosophie de l'évaluation participative se retrouve le concept de collaboration. L'évaluation participative contraste avec l'évaluation conventionnelle, car les « *stakeholders* » (ou acteurs du milieu) participent activement à toutes les étapes de l'évaluation. Les relations entre les évaluateurs « experts » et les *stakeholders* ne sont plus verticales et hiérarchiques, mais plutôt horizontales et égalitaires. Au lieu d'être les propriétaires de l'évaluation, les « experts » ont des rôles de catalyseurs et de facilitateurs (Chambers, 1994).

Selon l'Agence de santé publique du Canada, l'évaluation participative met l'accent sur l'apprentissage, la réussite et l'action et est basée sur cinq principes¹⁷ :

- Elle doit être utile aux personnes chargées d'accomplir le travail qui est évalué.
- C'est une démarche continue, organisée de manière que tous les participants puissent utiliser l'information recueillie, pas uniquement à la fin du projet, mais aussi en cours de route.
- C'est aussi une démarche qui prend en compte la progression du changement touchant les connaissances, les attitudes, les compétences et les comportements.
- Les responsables de projet sont chargés de formuler les questions précises de l'évaluation, de définir les indicateurs de réussite et de fixer des délais d'exécution réalistes.

L'évaluation participative permet de reconnaître les questions qui intéressent à la fois ceux qui réalisent le projet, ceux qui sont visés par le projet, les organismes de financement et toute autre partie concernée.

Nonobstant le haut degré d'engagement et de temps requis par une telle approche, les bénéfices en sont nombreux. Tout d'abord, elle permet d'identifier des questions qui sont pertinentes au niveau local et qui permettront de modifier et d'améliorer le travail des acteurs du milieu (Zukoski et Luluquisen, 2002). Elle permet d'améliorer la performance d'un programme en fournissant aux acteurs, ainsi qu'aux bénéficiaires, la chance de réfléchir au progrès d'un programme et de générer des connaissances qui pourront être appliquées afin d'effectuer des actions correctrices (*Ibid.*). Aussi, l'évaluation participative amène à une responsabilisation (*empowerment*) des participants, car elle prône le droit des acteurs de faire partie du processus décisionnel de l'évaluation (*Ibid.*). Plus les acteurs feront partie du processus décisionnel, plus ils auront de chances d'utiliser les informations recueillies pour améliorer la performance d'un programme (anonyme, 1996). De plus, cette approche permet de créer des capacités habilitantes pour les acteurs. En ayant une meilleure connaissance de leur environnement, les participants acquièrent des outils afin de transformer ce dernier (Zukoski et Luluquisen, 2002).

¹⁷ Source : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/ressources/guide/levaluation.htm>

Lors d'une recherche ayant pour but d'évaluer les besoins des jeunes personnes UDI qui ne font pas appel aux services des CAMSI à Sydney en Australie, Coupland et coll. (2005) ont utilisé l'approche de la recherche-action participative. Les deux équipes de recherche étaient composées de pairs aidants, de travailleurs de la santé et de chercheurs universitaires. Après une formation dispensée aux pairs aidants et aux travailleurs de la santé qui couvrait les méthodes qualitatives, l'éthique de recherche et la collecte et l'analyse de données, les équipes de recherche ont réalisé un travail de terrain de trois mois.

Après avoir analysé les résultats de l'étude, Coupland et coll. ont pu dégager certains bienfaits d'une telle approche. Tout d'abord, les travailleurs de la santé ont souligné la richesse des informations recueillies au sujet des facteurs pouvant limiter l'accès aux services et concernant les besoins des UDI. Cette approche a également eu comme effet d'altérer les conceptions et les attitudes qu'avaient les travailleurs de santé à l'égard des personnes UDI : « *No matter how much you had pre-conceived ideas or were judgemental, they're (IDUs) not all drop-kicks or dick-heads. Even when they're from a disadvantaged background they have a lot to offer. They're an underestimated group of people* » (travailleur de la santé cité dans Coupland et coll., 2005 : 193). En impliquant les pairs aidants dans le processus décisionnel de la recherche, le projet a eu comme conséquence de les responsabiliser (*empower*) en leur offrant un environnement où ils pouvaient développer leurs habilités : « *I didn't want to go home. Every day I learnt something new. It got my mind off things and it made me feel like I'm someone. (Before) I thought if I die, I'm nothing, nobody's gonna notice. Now I know the world cares* » (Pair aidant cité dans Coupland et coll., 2005: 194). L'inclusion des pairs aidants a également permis à ces derniers de collaborer au développement d'un CAMSI sur un des sites de recherche.

Aller au-delà de l'accessibilité du matériel d'injection stérile

Nous aimerions mentionner à nouveau que ce document n'a jamais remis en cause l'utilité et l'importance des CAMSI. Cependant, comme le souligne plusieurs chercheurs, la distribution de matériel d'injection stérile ne peut pas à elle seule contrer la transmission du VIH et VHC chez les personnes UDI Hankins, 1997,1998; Remis et coll., 1998a; Hankins, 2002; Des Jarlais et Braine, 2004; Page, 1997; Bastos et Strathdee, 2000). Par exemple, Remis et coll. (1998a) citent une étude réalisée à Vancouver

(Strathdee et coll., 1997) où le taux d'incidence au VIH était élevé malgré une distribution de plus de 2 000 000 de seringues stériles par un seul CAMSI dans un contexte où les personnes UDI s'injectaient majoritairement de la cocaïne. D'autres composantes doivent agir de concert avec la distribution de matériel stérile d'injection. Selon plusieurs chercheurs, une stratégie complète de réduction des méfaits doit également comporter la planification et l'implantation d'un réseau complet de services spécifiques à la population UDI (dépistage des ITSS, traitement à la méthadone, service de désintoxication, site sécuritaire d'injection, traitement du VHC, etc.) (Remis et coll., 1998a, Hankins, 1997, 1998; Des Jarlais et Braine, 2004; Page, 1997).

Finalement, nous terminerons ce document en énonçant des recommandations émises par deux chercheurs afin de maximiser le potentiel des CAMSI. Selon Des Jarlais et Braine (2004), afin d'atteindre le plus haut degré de succès, les CAMSI doivent :

1. Offrir un maximum de seringues stériles
2. Offrir des services dans un environnement *user friendly* et avec courtoisie et respect
3. Offrir des services sociaux et de santé.

Quant à Page (1997), il souligne trois critères afin de maximiser l'efficacité des CAMSI :

1. Les CAMSI doivent inclure des membres de la communauté dans le processus décisionnel de leurs opérations.
2. Les opérations des CAMSI doivent être coordonnées avec les programmes de traitements de l'abus de drogues, de dépistage des ITSS, de soins de la santé et de réforme sociale qui sont déjà actifs dans la communauté.
3. Les CAMSI doivent avoir des composantes permettant d'évaluer les activités du programme.

Bibliographie

Anonyme. "Conducting a participatory evaluation". *Performance Monitoring and Evaluation : TIPS* : USAID Center for Development Information and Evaluation. No.1., 1996

Anonyme. "Syringe availability:" *Drug Policy Alliance*. Consulté sur le site <http://www.drugpolicy.org/library/research/stringe.cfm> en mai 2007.

Agar M. "Ethnography in the streets and in the joint". Dans Weppner R (éd.) *Street ethnography: Selected studies of crime and drug use in natural settings*. Beverly Hills, CA: Sage Publications, 1977.

Agar M. "How the drug field turned my beard grey". *International Journal of Drug Policy*, 2002; 13; 249-258.

Aitken C, Moore D, Higgs P, Kelsall J, Kerger M. "The impact of a police crackdown on a street drug scene: evidence from the street". *The International Journal on Drug Policy*, 2002; 13: 193-202.

Bastos FI, Strathdee SA. "Evaluating effectiveness of syringe exchange programmes: current issues and future prospects". *Social Science & Medecine*, 2000; 51: 1771-1782.

Bluthenthal RN, Anderson R, Flynn Nm, Kral AH. "Higher syringe coverage is associated with lower odds of HIV risk and does not increase unsafe syringe disposal among syringe exchange program clients". *Drug & Alcohol Dependence*, 2007; 89: 214-222.

Bluthenthal RN, Kral AH, Gee L, Erringer EA, Edlin BR. "The effect of syringe exchange use on high-risk injection drug users: a cohort study". *AIDS*, 2000; 14: 605-611.

Bluthenthal RN, Kral AH, Lorvick J, Watters JK. "Impact of law enforcement on syringe exchange programs: a look at Oakland and San Francisco". *Medical anthropology*, 1997; 18: 61-83.

Bourgeois P. "Cross-Methodological and Theoretical Dialogue: Anthropology and Epidemiology on Drugs." *International Journal of Drug Policy*. 2002; 13: 259-269.

Bourgeois P et Bruneau J. "Needle Exchange, HIV Infection and the Politics of Science: Confronting Canada's Cocaine Injection Epidemic with Participant Observation." *Medical Anthropology*, 2000; 18: 325-350.

Bourgeois P. Theory, method, and power in drug and HIV-prevention research: a participant-observer's critique. *Substance Use Misuse*. 1999; 34: 2155-72.

Bourgeois P. "The Moral Economies of Homeless Heroin Addicts: Confronting Ethnography, HIV Risk and Everyday Violence in San Francisco Shooting Encampments." *Substance Use and Misuse*, 1998; 33: 2323-2351.

Brooks CR. "Using ethnography in the evaluation of drug prevention and intervention programs". *The International Journal of the Addictions*, 1994; 29: 791-801.

Bruneau J, Franco E, Lamothe F., "Assessing harm reduction strategies : The dilemma of observational studies". *American Journal of Epidemiology*, 1997a; 146: 1007-1010.

Bruneau J, Lamothe F, Franco E, Lachance N, Désy M, Soto J, Vincelette J. "High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: Results of a cohort study". *American Journal of Epidemiology*, 1997b; 146: 994-1002.

Carlson RG, Siegal HA, Falck RS. "Qualitative research methods in drug abuse and AIDS prevention research: An Overview". Dans Lambert E, Ashery R, Needle R. (eds.) *Qualitative Methods in Drug Abuse and HIV Research*. Rockville, Md: National Institute on Drug Abuse; 1995: 6-26. NIDA Research Monograph 157.

Carlson RG, Siegal HA, Wang J, Falck RS. "Attitudes toward needle 'sharing' among injection drug users: Combining qualitative and quantitative research methods". *Human Organization*, 1996; 55: 361-369.

Catalano R. "Paradigm succession in the study of public health" dans *Health behavior, and the community*. New York, NY: Pergamon Press: 1979; 87-137

Chambers, R. "The origins and practice of participatory rural appraisal" *World development*, 1994: vol.22 no.7; 953-969.

Clatts MC, Welle DL, Goldsamt LA, Lankenau SE. "An ethno-epidemiological model for the study of trends in illicit drug use: reflections on the 'emergence' of crack injection". *International Journal of Drug Policy*, 2002; 13: 285-295.

Coffin P. "Syringe availability as HIV prevention: a review of modalities". *Journal of Urban Health*, 2000; 77: 306-330.

Cooper H, Moore L, Gruskin S, Krieger N. "The impact of a police crackdown on drug injectors' ability to practice harm reduction: A qualitative study". *Social Science & Medicine*, 2005; 61: 673-684.

Coupland H, Maher L, Enriquez J, Le K, Pacheco V, Pham A, Carroll C, Cheguelman G, Freeman D, Robinson D, Smith K. "Clients or colleagues? Reflections on the process of participatory action research with young injecting drug users" *International Journal of Drug Policy*, 2005;16: 191-198.

Curtis R. "Coexisting in the real world: the problems, surprises and delights of being an ethnographer on a multidisciplinary research project". *International Journal of Drug Policy*, 2002; 13: 297-310

Davis CS, Burris S, Kraut-Becher J, Lynch KG, Metzger D. "Effects of an intensive street-level police intervention on syringe exchange program use in Philadelphia, Pa". *American Journal of Public Health*, 2005; 95: 233-236.

De Beck K, Wood E, Montaner J, Kerr Thomas. "Canada's 2003 renewed drug strategy – an evidence-based review", *HIV/AIDS Policy and Law Review*, 2006; 11: 1, 5-14.

Des Jarlais DC, Braine N. "Assessing syringe exchange programs". *Addiction*, 2004: 99; 1081-1082.

Des Jarlais DC, Hagan H, Friedman SR et coll. "Maintaining low HIV seroprevalence in populations of injection drug users". *Journal of the American Medical Association*, 1995; 274: 1226-1231.

Des Jarlais DC, Friedman P, Hagan H, Friedman SR, "The protective effect of AIDS-related behavior change among injection drug users: a cross-national study". *American Journal of Public Health*, 1996a: 86; 1780-1785.

Des Jarlais DC, Marmor M, Paone D et coll. "HIV incidence among injecting drug users in New York city syringe-exchange programmes". *Lancet*, 1996b: 348: 987-991.

Diez-Roux AV. "Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis". *American Journal of Public Health*, 1998: 88; 216-222.

Diez-Roux AV. "A glossary for multilevel analysis". *Journal of epidemiology and community health*, 2002; 56: 588-594.

Doherty M, Junge B, Rathouz PJ, et coll. "The effect of a needle exchange program on numbers of discarded needles: a 2 year follow-up". *American Journal of Public Health*, 2000; 90: 936-939.

Doherty M, Garfein RS, Vlahov D, Junge B, Rathouz PJ, Galai N, Anthony JC, Beilenson P. "Discarded needles do not increase soon after the opening of a needle exchange program". *American Journal of Epidemiology*, 1997; 145: 730-737.

Durand L, Lambert G, Leclerc P, Morissette C. *Services offerts aux UDI dans les pharmacies de Montréal et participation des pharmaciens au projet Stop Sida/UDI-Pharmacies. Septembre 1996 – Juin 1998*. Direction de la santé publique : Régie régionale de la Santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2000 : 73p.

Fee E. "The origins and development of public health in the United States". Holland W. et coll. (éds.) *The Oxford textbook of public health*. 2nd ed. London, England : Oxford University Press Inc, 1991; 1: 3-22.

Gibson DR, Brand R, Anderson K, Kahn JC, Perales D, Guydish J. "Two-to sixfold decreased odds of HIV risk behaviour associated with use of syringe exchange". *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2002; 31: 237-242.

Gibson DR, Flynn NM, Perales D. "Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behaviour and HIV seroconversion among injecting drug users". *AIDS*, 2001; 15: 1329-1341.

Hagan H, McGough JP, Thiede H, Weiss NS, Hopkins S, Alexander ER. "Syringe exchange and risk of infection with hepatitis B and C viruses". *American Journal of Epidemiology*, 1999; 149: 203-213.

Hagan H, McGough JP, Thiede H et coll. "Reduced injection frequency and increased entry and retention in drug treatment associated with needle-exchange participation in Seattle drug injectors". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2000; 19: 247-252.

Hahn JA, Page-Shafer K, Lum PJ, Ochoa K, Moss AR. "Hepatitis C virus infection and needle exchange use among young injection drug users in San Francisco". *Hepatology*, 2001; 34: 180-187.

Hankins C. "Continuing HIV transmission among injection drug users in Eastern Central Canada: The SurvUDI Study, 1995 to 2000". *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*: 2002; 30: 514-521.

Hankins C. "Syringe exchange in Canada: Good but not enough to stem the HIV tide". *Substance Use & Misuse*, 1998; 33: 1129-1146.

Hankins C. "Needle exchange: Panacea or problem?". *Canadian Medical Association Journal*, 1997; 157: 275-277.

Hartgers C, Buning E.C, Santen G.W., van, Verster A.D. & Coutinho R.A. "The impact of the needle and syringe-exchange programme in Amsterdam on injecting risk behaviour". *AIDS*, 1989; 5, 571-576.

Heimer R. "Syringe exchange programs: Lowering the transmission of syringe-born diseases and beyond". *Public Health Reports*, 1998; 113(S1): 67-74.

Heimer R, Kaplan EH, Khoshnood K, Jariwala B, Cadman EC. "Needle exchange decreases the prevalence of HIV-1 proviral DNA in returned syringes in New Haven, Connecticut". *American Journal of Medicine*, 1993; 95: 214-220.

Hurley SF, Jolley DJ, Kaldor JM. "Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection". *The Lancet*, 1997; 349: 1797-1800.

Inhorn M. "Medical Anthropology and Epidemiology: Divergences or Convergences?" *Social Science & Medicine*, 1995; 40; 285-290.

Izard, Michel. "Méthode ethnographique" dans Bonte, Pierre et Michel Izard, *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*. Paris : Quadrige/PUF. 1991.

Junge B, Valente T, Latkin C, Riley E, Vlahov D. "Syringe exchange not associated with social network formation: results from Baltimore". *AIDS*, 2000: 14; 423-426.

Khoshnood K, Blankenship K.M, Pollack H.A, Roan C.T. and Altice F.L. "Syringe source use and discard among injection drug users in New Haven Connecticut". *AIDS & Public Policy Journal*, 2000: 15; 88-94.

Koester S. "Applying the methodology of participant-observation to the study of injection-related HIV risks". Dans Lambert E, Ashery R, Needle R. (eds.) *Qualitative Methods in Drug Abuse and HIV Research*. Rockville, Md: National Institute on Drug Abuse; 1995: 84-99. NIDA Research Monograph 157.

Kral AH, Bluthenthal RN. "What is it about needle and syringe programmes that make them effective for preventing HIV transmission". *International Journal of Drug Policy*, 2003: 14; 361-363.

Ksobiech K. "Return rates for needle exchange programs: A common criticism answered". *Harm Reduction Journal*, 2004;1(1) : 2.

Lahaie, C. et coll., *Implanter un réseau de santé montréalais pour les personnes utilisatrices de drogues injectables*. CHUM. Septembre 2007. 113 p.

Lamothe F, Bruneau J, Franco E, Lachance N, Vincelette J, *New sharing partners encounter places among needle exchange attenders*. 12th World AIDS Conference, Genève, Juin, 1998.

Laperrière H, Lévesque PA, Billette I, Perreault M, Van Caloen B, Morissette C. "Évaluation des pratiques de prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues par injection (UDI) à Spectre de rue". *Rapport final présenté à la Régie régionale de la Santé des services sociaux de Montréal-Centre*, 2004: 103 p.

Lassiter LE. *The Chicago guide to collaborative ethnography*, Chicago: The University Press of Chicago, 2005; 201 p.

Leclerc P, Morissette C, Tremblay C. « Monitoring des centres d'accès au matériel stérile d'injection: rapport régional : avril 2003 à mars 2006 ». *Direction de santé publique de l'Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal*, 2007 : 37 p.

Leclerc P, Morissette C, Roy E. "Le volet montréalais du Réseau SurvUdi: Volume 1 – Données au 30 juin 2007" *Direction de santé publique: Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal*, 2008 : 21 p.

Leclerc P, Morissette C, Tremblay C. « Le matériel stérile d'injection: combien faut-il en distribuer pour répondre aux besoins des UDI de Montréal? ». *Direction de santé publique de l'Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal*, Juillet 2006 : 14 p.

Lévesque PA, Billette I, Lafleur I, Van Claoen B, Perreault, M, Morissette C, Hankins C. « Vulnérabilité aux risques et prévention du VIH auprès des UDI du centre-ville de Montréal: évaluation des pratiques d'intervention à CACTUS-Montréal ». *Rapport final présenté au Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS)*, 2001: 109 p.

Lough G. "Law enforcement and harm reduction: mutually exclusive or mutually compatible". *International Journal of Drug Policy*, 1997: 9; 169-173.

Lovell AM. "Risking risk: the influence of types of capital and social networks on the injection practices of drug users". *Social Science & Medicine*, 2002; 55: 803-821.

Lurie P. "Invited commentary: Le mystère de Montréal". *American Journal of Epidemiology*, 1997; 146: 1003-1006.

Maher L. "Don't leave us this way: Ethnography and injecting drug use in the age of AIDS". *International Journal of Drug Policy*, 2002; 13; 311-325.

Maher L, Dixon D. "Policing and public health: Law enforcement and harm minimization in a street-level drug market". *British Journal of Criminology*, 1999; 39: 488-512.

McDonald D. "ACT syringe vending machines trial 2004-2006: Progress report no.2, February to July 2005", 12 october 2005. Consulté sur le site : www.health.act.gov.au/c/health?a=sendfile&ft=p&fid=1157423990&sid= en mai 2007.

Massé R. *Culture et santé publique*. Gaëtan Morin Éditeur : Montréal, 1995; 499 p.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Groupe de travail sur la récupération des seringues usagées au Québec. *La récupération des seringues et des aiguilles usagées : une responsabilité à partager*, Groupe de travail sur la récupération des seringues usagées au Québec. Québec : Santé et des services sociaux, 2005, 124 p.

Nairn K, McDonald N, Sheater-Reid R. "Testing the waters: a pilot program to enhance the opportunities of risk reduction in Needle String Program Clients". *International Journal of Drug Policy*, 2003; 14; 293-295.

Needle R et coll. "The Global research network on HIV prevention in drug using populations (GRN) 1998-2000: trends in the epidemiology, ethnography, and prevention of HIV/AIDS". in injecting drug users. Dans : *2000 Global Research Network Meeting on HIV Prevention in Drug Using Populations, Third Annual Meeting Report, 5-7 July, Durban, South Africa*. Washington, DC, National Institute on Drug Abuse, 2000

Noël L, Laforest J, Allard P-A. Usage de drogues par injection et interventions visant à réduire la transmission du VIH et du VHC : Revue systématique de la littérature et validation empirique. Institut national de santé publique du Québec, 2007, 149 p.

Obadia Y, Feroni I, Perrin V, Vlahov D, Moatti J-P. "Syringe vending machines for injection drug users: An experiment in Marseille, France". *American Journal of Public Health*, 1999; 89: 1852-1854.

Ouellet L, DeZheng H, Bailey SL. "HIV risk practices among needle exchange users and nonusers in Chicago". *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2004; 37: 1187-1196.

Page B.J. "Needle exchange and reduction of harm: An anthropological view". *Medical Anthropology*, 1997; 18: 13-33.

Peneff J. "Mesures et contrôle des observations dans le travail de terrain". *Sociétés contemporaines*, 1995; 21; 119-138.

Remis RS, Bruneau J, Hankins CA. "Enough sterile syringes to prevent HIV transmission among injection drug users in Montreal?". *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Retrovirology*, 1998a;18(Suppl 1):S57-S59.

Remis RS, Leclerc P, Routledge R, et coll.. "Consortium to characterize injection drug users in Canada (Montreal, Toronto and Vancouver). *Final report to Health Canada*. March: 1998b.

Riley E, Safaeian M, Strathdee SA et coll. "Comparing new participants of a mobile versus a pharmacy-based needle exchange program". *Journal of Acquired Deficiency Syndromes*, 2001; 24: 57-61.

Rhodes T. "The 'risk environment': a framework for understanding and reducing drug-related harm". *The International Journal of Drug Policy*, 2002; 13: 85-94.

Rhodes T, Singer M, Bourgois P, Friedman SR, Strathdee SA. "The social structural production of HIV risk among injecting drug users". *Social Science & Medicine*, 2005; 61: 1026-1044.

Schechter MT, Strathdee SA, Cornelisse PGA, Currie S, Patrick DM, Rekart ML, O'Shaughnessy MV. "Do needle exchange programmes increase the spread of HIV among injection drug users? An investigation of the Vancouver outbreak". *AIDS*, 1999; 13: F45-F51.

Singer M, Romero-Daza N, Weeks M, Pelia P. "Ethnography and the evaluation of needle exchange in the prevention of HIV transmission". Dans Lambert E et al. (eds.) *Qualitative Methods in Drug Abuse and HIV Research*, NIDA Monograph Series. Washington D.C: National Institute on Drug Abuse, 1995; 157: 231-257.

Singer M, Stopka T, Siano C, Springer K, Barton G, Khoshnood K, de Puga A.G. and Heimer R. "The social geography of AIDS and Hepatitis risk: Qualitative approaches for assessing local differences in sterile-syringe access among injection drug users". *American Journal of Public Health*, 2000; 90: 1049-1056.

Small W, Kerr T, Charette J, Schechter MT, Spittal PM. "Impacts of intensified police activity on injection drug users: Evidence from an ethnographic investigation", *The International Journal of Drug Policy*, 2006; 17: 85-95.

Stimson GV. "AIDS and injecting drug use in the United Kingdom, 1987-1993: the policy response and the prevention of the epidemic". *Social Science & Medicine*, 1995; 41: 699-716.

Stimson GV. "Has the United Kingdom averted an epidemic of HIV among injection drug users? *Addiction*, 1996; 91: 1085-1088.

Strathdee SA, Celentano DD, Shah N, Lyles C, Stambolis VA, Macalino G, Nelson K, Vlahov D. "Needle-exchange attendance and healthcare utilization promote entry into detoxification". *Journal of Urban Health*, 1999;76: 48-460.

Strathdee SA, Patrick DM, Currie SL, Cornelisse PG, Rekart ML, Montaner JS, Schechter M, O'Shaughnessy MV. "Needle exchange is not enough: lessons from the Vancouver injecting drug use study". *AIDS*, 1997; 11: F59-F65.

Strathdee SA, Vlahov D. "The effectiveness of needle exchange programs: A review of the science and policy". *AIDScience*, 2001; 1 (16)

Strike C, Cavalieri W, Bright R, Myers T, Calzavara L, Millson M. "Syringe acquisition, peer exchange and HIV risk". *Contemporary Drug Problems*, 2005; 32: 319-340.

Strike CJ, Challacombe L, Myers T, Millson M. "Needle exchange programs. Delivery and access issues". *Canadian Journal of Public Health*. 2002; 93: 339-343.

Strike C, Leonard L, Millson M, et al. "Ontario needle exchange programs: Best practice recommendations". Toronto: Ontario Needle Exchange Coordinating Committee, 2006.

Strike CJ, O'Grady C, Myers T, Millson M. "Pushing the boundaries of outreach work: the case of needle exchange outreach programs in Canada". *Social Science & Medecine*, 2004(b); 59: 209-219

Tyndall MW, Currie S, Spital P, Li K, Wood E, O'Shaughnessy MV, Schechter MT. "Intensive injection cocaine use as the primary risk factor in the Vancouver HIV-1 epidemic", *AIDS*, 2003; 17: 887-893.

Tyndall MW, Bruneau J, Brogly S, Spittal P, O'Shaughnessy MV, Schechter MT. "Satellite needle distribution among injection drug users: policy and practice in two Canadian cities". *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*; 2002; 31 (1):98-105.

Valente TW, Foreman RK, Junge B, Vlahov D. "Needle exchange participation, effectiveness, and policy: syringe relay, gender, and the paradox of public health". *Journal of Urban Health*, 2001;78: 340-349.

Valente TW, Foreman RK, Junge B, Vlahov D. "Satellite exchange in the Baltimore needle exchange program". *Public Health Reports*, 1998; 113 (suppl.1): 90-96.

Valiquette G, Perreault M, Lahaie C. *Perspective des personnes utilisatrices de drogues par injection sur l'adéquation des services de santé : compte-rendu des focus groups auprès des utilisateurs de drogues injectables (UDI)*, Agence de Santé et des Services sociaux de Montréal, 2006 : 35 p.

Vlahov D, Junge B, Brookmeyer R, Cohn S, Riley E, Armenian H. "Reductions in high risk drug use behaviors among participants in the Baltimore needle exchange program". *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Retrovirology*, 1997; 16: 400-406.

WHO. Departement of HIV/AIDS WHO. Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: *World Health Organization*, 2004a. Consulté sur le site : www.who.int/hiv/pub/prev_care/evidenceforactionreprint2004.pdf en avril 2007.

WHO. Departement of HIV/AIDS WHO. "Evidence for action: Effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: *World Health Organization*, 2004b. Consulté sur le site : www.who.int/hiv/pub/prev_care/evidenceforactionreprint2004.pdf en avril 2007.

WHO. Departement of HIV/AIDS WHO. "Evidence for action on HIV/AIDS and injecting drug use: Policy brief Provision of sterile injecting equipment to reduce HIV transmission". Geneva: *World Health Organization*, 2004c. Consulté sur le site : www.who.int/hiv/pub/prev_care/evidenceforactionreprint2004.pdf en avril 2007.

Wilson EO. *Consilience: The unity of knowledge*. New-york: Knopf., 1998.

Wodak A, Lurie P. "A tale of two countries: attempt to control HIV in Australia and the United States". *Journal of Drug Issues*, 1997; 27: 117-134.

Wood E, Kerr T, Small W, Jones J, Schechter MT, Tyndall MW. "The impact of a police presence on access to needle exchange programs", *Journal of Acquired Immune Deficiency*, 2003a; 34: 116-118.

Wood E, Kerr T, Spittal PM, Small W, Tyndall MW, O'Shoughnessy MV, Schechter MT. "An external evaluation of a peer-run 'unsanctioned' syringe exchange program". *Journal of Urban Health*, 2003b; 80: 455-464.

Wood E, Spittal PM. "Maximising the effectiveness of harm reduction programmes". *International Journal of Drug Policy*, 2003; 14; 291-292.

Wood E, Tyndall MW, Spittal PM, Li K, Hogg RS, Montaner JSG, O'Shoughnessy MV, Schechter MT. "Factors associated with persistent high-risk syringe sharing in the presence of an established needle exchange program". *AIDS*, 2002a; 16: 941-943.

Wood E, Tyndall MW, Spittal PM, LI K, Hogg RS, O'Shaughnessy MV, Schechter MT. "Needle exchange and difficulty with needle access during an ongoing HIV epidemic". *International Journal of Drug Policy*. 2002b; 13: 95-102.

Wood E, Tyndall MW, Spittal P, Li K, Hogg RS, O'Shaughnessy M, Schechter MT "Predictors of Persistent High-Risk Syringe Sharing During an Ongoing HIV Epidemic". *Canadian Journal of Infectious Diseases*. 2001; 12 (Suppl. B).

Zukoski A, et Luluquisen M. "Participatory evaluation : What is it? Why do it? What are the challenges?", *Policy and Practice*, 2002; no. 5 (Avril).

BON DE COMMANDE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION (version imprimée)	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	Réflexions sur l'amélioration de l'accessibilité au matériel stérile d'injection à Montréal <i>Nelson Arruda, M.Sc.</i> <i>Pascale Leclerc, M.Sc.</i> <i>Carole Morissette, M.D.</i>	5,00 \$	
	NUMÉRO D'ISBN (version imprimée) ISBN : 978-2-89494-801-9 (version imprimée)		

Nom

Adresse

No	Rue	App.
Ville	Code postal	

Téléphone

Télécopieur

Les commandes sont payables à l'avance par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la Direction de santé publique de Montréal

Veillez retourner votre bon de commande à :

Centre de documentation
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

Pour information : 514 528-2400 poste 3646

*Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal*

Québec 