STATISTIQUES SUR LES SERVICES RELATIFS AUX PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH ET DES HÉPATITES B ET C OFFERTS AUX UTILISATEURS DE DROGUES PAR INJECTION DU QUÉBEC

AVRIL 2005 À MARS 2006

Québec

STATISTIQUES SUR LES SERVICES RELATIFS AUX PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH ET DES HÉPATITES B ET C OFFERTS AUX UTILISATEURS DE DROGUES PAR INJECTION DU QUÉBEC

AVRIL 2005 À MARS 2006

Rapport annuel

Direction Risques biologiques, environnementaux et occupationnels

mai 2007

Institut national de santé publique Québec

AUTEURS

Lina Noël
Institut national de santé publique du Québec
Direction Risques biologiques, environnementaux et occupationnels

Pier-Raymond Allard
Institut national de santé publique du Québec
Direction Risques biologiques, environnementaux et occupationnels

Richard Cloutier
Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang
ministère de la Santé et des Services sociaux

RÉDACTRICE

Lina Noël
Institut national de santé publique du Québec
Direction Risques biologiques, environnementaux et occupationnels

SOUS LA COORDINATION DE

Lina Noël
Institut national de santé publique du Québec
Direction Risques biologiques, environnementaux et occupationnels

AVEC LA COLLABORATION DE

Marie-France Richard
Institut national de santé publique du Québec
Direction Risques biologiques, environnementaux et occupationnels

Isabelle Petillot
Institut national de santé publique du Québec
Direction Risques biologiques, environnementaux et occupationnels

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les responsables régionaux des programmes de prévention du VIH et des hépatites auprès des personnes utilisatrices de drogues par injection et les intervenants de terrain qui colligent les données et nous les transmettent. Le nom des responsables régionaux apparait à l'annexe 1 du présent document. La liste complète des répondants par site est disponible dans la « *Liste officielle des centres d'accès aux seringues du Québec 2006/2007* » (MSSS, 2007).

Cette étude a été commandée par la Direction de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : http://www.inspq.qc.ca.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 3e TRIMESTRE 2007
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN 13 : 978-2-550-50648-5 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN 13 : 978-2-550-50649-2 (PDF)
©Gouvernement du Québec (2007)

RÉSUMÉ

Les statistiques sur les programmes de prévention du VIH et des hépatites, colligées depuis 1996, grâce à des indicateurs standards sont analysées chaque année afin de suivre l'évolution de la situation nationale et dans les différentes régions du Québec. Les centres d'accès au matériel d'injection (CAMI) sont des lieux où les personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI) peuvent se rendre pour obtenir du matériel d'injection stérile, des conseils de prévention et aussi d'autres services. Ce sont des organismes communautaires, des établissements du réseau de la santé et des pharmacies. Au 30 novembre 2006, le Québec comptait 820 CAMI répartis dans 16 régions. Les 76 organismes communautaires : 4 centres spécialisés de prévention des ITSS auprès des UDI (CSP) et 72 organismes communautaires à clientèle et vocation multiples (OCCVM) ont assuré la distribution de plus de 80 % du matériel d'injection stérile au cours de la période d'avril 2005 à mars 2006. Les 744 établissements du réseau de la santé (incluant les pharmacies) assurent environ 20 % de la distribution du matériel, mais ce sont des portes d'entrée indispensables dans le système de soins pour des clientèles qui ont grandement besoin de soins et de services.

Au cours de la période 2005-2006, 1 333 356 seringues, 476 744 ampoules d'eau et 211 880 « *stéricups* » distribués aux personnes UDI ont été comptabilisés par le biais des CAMI. Ces derniers ont enregistré 104 481 visites d'usagers au cours de cette même période. La moyenne de seringues distribuées par visite d'usager se situe à 12,8 au niveau provincial, mais certaines régions enregistrent des moyennes qui dépassent 50 seringues par visite d'usager. Les personnes qui fréquentent les CAMI ont aussi accès à des services de prévention, de dépistage des ITSS et, dans certaines conditions, à des services cliniques dans les organismes communautaires.

Dans les organismes communautaires, les personnes UDI peuvent se présenter dans les sites fixes ou être contactées par le biais du travail de milieu. Les informations recueillies au cours de la période 2005-2006 montrent que les CLSC et les hôpitaux des centres de santé et de services sociaux (CSSS) accueillent des clients dont l'âge est supérieure à 40 ans dans une plus grande proportion, alors qu'en pharmacie ce sont davantage des personnes de 20 à 29 ans. Globalement, les visites d'usagers se répartissent de la manière suivante : homme (±70 %) et femmes (±30 %), alors qu'en CLSC la proportion de femmes n'est que de 22,7 %. Les jeunes de 20 à 29 ans se retrouvent davantage dans les CSP et les unités mobiles alors que les plus de 40 ans fréquentent les OCCVM. Ils sont aussi rejoints par le travail de milieu des CSP. Les interventions de milieu des organismes communautaires permettent de rejoindre des femmes dans des proportions plus élevées que celles observées dans les autres types de sites.

Au cours des deux dernières périodes les quantités de matériel d'injection stérile demandées par les CAMI pour mettre à la disposition de leurs clients ont beaucoup augmenté. Cette situation entraîne une augmentation des coûts et nécessite des ajustements. Cependant, les quantités de matériel distribué aux personnes UDI ne doivent pas être limitées par soucis d'économie car ce sont les efforts de prévention qui pourraient être compromis.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ..... **V**

LISTE DES FIGURES ..... **VII**

1 INTRODUCTION **1**

2 LES CENTRES D'ACCÈS AU MATÉRIEL D'INJECTION **3**

2.1 LES ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ 3

2.2 LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 5

2.3 L'ACCÈS AU MATÉRIEL D'INJECTION DANS LES RÉGIONS DU QUÉBEC 5

2.4 LES SERVICES OFFERTS DANS LES CENTRES D'ACCÈS AU MATÉRIEL D'INJECTION 6

2.4.1 L'accès au matériel d'injection stérile 7

2.4.2 L'accès aux services autres que le matériel d'injection 10

2.5 LA POPULATION 11

2.5.1 L'âge des usagers des centres d'accès au matériel d'injection 11

2.5.2 Le sexe des usagers des centres d'accès au matériel d'injection 13

3 LE MATÉRIEL MIS EN CIRCULATION DANS LES CENTRES D'ACCÈS AU MATÉRIEL D'INJECTION **15**

4 CONCLUSION **19**

5 RÉFÉRENCES **23**

ANNEXE 1 FICHES DESCRIPTIVES DES PROGRAMMES RÉGIONNAUX DE PRÉVENTION DU VIH ET DES HÉPATITES B ET C **25**

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Les centres d'accès au matériel d'injection selon la région et le type d'établissement ou d'organisme, 30 novembre 2006 6

Tableau 2 Statistiques sur la distribution et la récupération des seringues dans les régions du Québec, avril 2005 à mars 2006 9

Tableau 3 Matériel d'injection stérile mis en circulation dans les centres d'accès au matériel d'injection selon la période et selon la région 17

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Nombre de centres d'accès au matériel d'injection dans les établissements de santé selon le type et l'année 3

Figure 2 Nombre de centres d'accès au matériel d'injection dans les organismes communautaires selon le type et l'année 5

Figure 3 Statistiques sur le matériel d'injection distribué dans les organismes communautaires impliqués dans la prévention du VIH et des hépatites B et C, avril 2005 et mars 2006 8

Figure 4 Statistiques sur le matériel d'injection distribué dans les établissements du réseau de la santé impliqués dans la prévention du VIH et des hépatites B et C, avril 2005 et mars 2006 8

Figure 5 Les services dispensés aux usagers des CAMI communautaires lors de leurs visites dans les établissements, avril 2005 à mars 2006 10

Figure 6 Les services dispensés aux usagers des CAMI du réseau de la santé lors de leurs visites dans les organismes, avril 2005 à mars 2006 11

Figure 7 Distribution des visites d'usagers des CAMI communautaire selon le groupe d'âge et le type d'établissement, avril 2005 à mars 2006 12

Figure 8 Distribution des visites d'usagers des CAMI du réseau de la santé selon le groupe d'âge et le type d'organismes, avril 2005 à mars 2006 12

Figure 9 Distribution des usagers des CAMI communautaire selon le sexe et le type d'organisme, avril 2005 à mars 2006 13

Figure 10 Distribution des usagers des CAMI du réseau de la santé selon le sexe et le type d'établissement, avril 2005 à mars 2006 13

Figure 11 Évolution de la quantité de seringues mises en circulation dans les CAMI selon la période et la région 15

1 INTRODUCTION

Depuis 1989, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec met à la disposition des personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI) du matériel d'injection stérile en vue de prévenir la transmission du VIH et des hépatites B et C. Les centres d'accès au matériel d'injection (CAMI) sont des CLSC et des urgences d'hôpitaux des centres de santé et de services sociaux (CSSS), des pharmacies, des cliniques médicales, des services de toxicomanie, des organismes communautaires à clientèle et vocation multiples (OCCVM) ou des centres spécialisés de prévention des ITSS auprès des UDI (CSP). Les personnes UDI qui se rendent dans les centres d'accès gratuit peuvent obtenir du matériel d'injection stérile et y déposer leur matériel souillé en toute sécurité. Ils peuvent aussi recevoir des conseils et être référés vers des services sociaux et de santé. Les organismes communautaires offrent du soutien psychosocial et de l'accompagnement aux personnes toxicomanes en demande d'aide. Ces services sont aussi disponibles dans certains établissements du réseau de la santé. Dans tous les lieux où des services de dépistage, de soins infirmiers et médicaux ou tout autre service sont disponibles, les UDI peuvent y avoir accès s'ils le demandent. En plus de ce réseau d'accès gratuit au matériel d'injection stérile, de nombreuses pharmacies acceptent de vendre des seringues à l'unité ou une trousse contenant des seringues, des *stéricups*, des ampoules d'eau et des condoms.

Ce réseau de centres d'accès au matériel d'injection s'étend à la majorité des régions du Québec et est soutenu par les directions de santé publique dans le cadre du Programme national de santé publique 2003-2012 (MSSS 2003), de la « Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement, orientations 2003-2009 » (MSSS 2004) et du « Cadre de référence pour la prévention du VIH auprès des UDI » (MSSS 1994). L'implantation d'un système intégré de récupération des seringues et des aiguilles usagées en 2006 (Gilbert *et al.* 2005; Gilbert 2007) s'ajoute à la stratégie de lutte en favorisant la récupération de tout matériel d'injection utilisé dans les soins de santé, les autosoins ou pour l'injection de drogues.

Depuis 1996, une collecte annuelle des données sur les services relatifs aux programmes de prévention du VIH et des hépatites B et C offerts aux UDI est effectuée dans la majorité des régions du Québec. Les statistiques compilées par les responsables des CAMI permettent d'établir un portrait des interventions et de suivre l'évolution de la situation au fil des ans grâce à des indicateurs standardisés. Le présent rapport fourni une analyse des statistiques pour la période allant d'avril 2005 à mars 2006, réalisée grâce à la collaboration de nombreux partenaires dans les directions de santé publique et les centres d'accès au matériel d'injection.

Ce document s'adresse aux professionnels de la santé et aux intervenants en toxicomanie et en prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) qui œuvrent auprès de la clientèle UDI, qu'ils proviennent d'organismes communautaires, d'établissements du réseau de la santé et de la sécurité publique ou d'organismes privés telles les pharmacies.

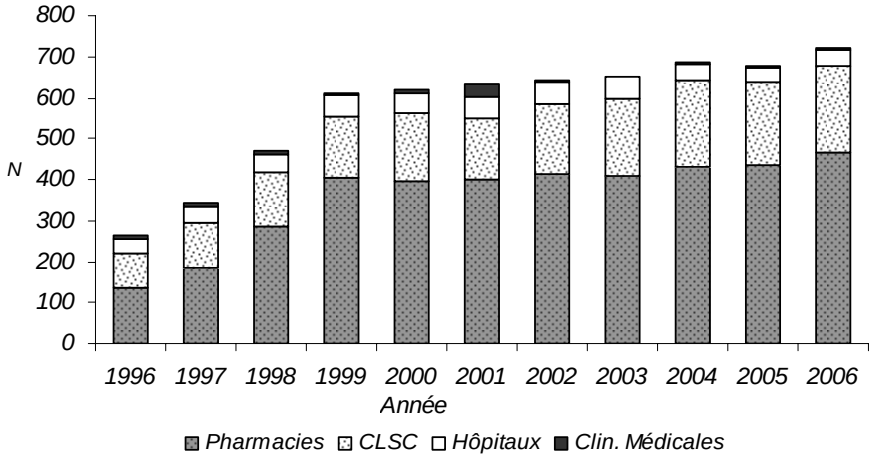
2 LES CENTRES D'ACCÈS AU MATÉRIEL D'INJECTION

Au Québec, les centres d'accès au matériel d'injection pour les personnes toxicomanes qui font usage de drogues par injection sont des établissements du réseau de la santé (incluant des pharmacies privées) et des organismes communautaires. Le rôle des CAMI consiste d'une part à offrir du matériel d'injection stérile en vue de prévenir la transmission du VIH et des hépatites et d'autre part à fournir des conseils de prévention. Plusieurs établissements et organismes offrent aussi des services sociaux et de santé.

2.1 LES ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ

Les établissements du réseau de la santé sont des Centres de santé et de services sociaux avec mission CLSC et mission hôpital, des cliniques médicales, des services en toxicomanie et des pharmacies (Figure 1). Ces dernières, dispersées sur l'ensemble des territoires, offrent des heures d'ouverture de soir alors que les CLSC sont fermés. En plus de l'accès au matériel, les pharmacies peuvent offrir des conseils et orienter les personnes qui le demandent vers les services appropriés à leur condition. Plusieurs d'entre elles sont aussi associées à des programmes de distribution de méthadone. La vente de seringues à des coûts abordables et la distribution de la trousse Dismed[1] sont les principaux moyens de mettre le matériel à la disposition des personnes UDI. Cependant, la majorité du matériel distribué par les pharmacies échappe aux activités d'évaluation et ne fait que partiellement partie des statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention du VIH et des hépatites B et C.

Figure 1 Nombre de centres d'accès au matériel d'injection dans les établissements de santé selon le type et l'année



[1] La compagnie DISMED effectue la production de trousses standards à l'usage des personnes UDI du Québec qui sont distribuées dans le réseau des CAMI. Les pharmacies peuvent être autorisées à vendre cette trousse au coût de 1 $ maximum dans les régions où il existe une entente avec la Direction de santé publique.

Le nombre de sites d'accès en pharmacie augmente à chaque année et ce, depuis que l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) a adopté une position en faveur de la vente de seringues et d'aiguilles à des fins non thérapeutiques en décembre 1988[2]. Le renouvellement de la position de l'OPQ en février 1998[3] a probablement contribué à l'augmentation du nombre de sites entre 1998 et 1999 (Figure 1). En 2006, les 476 pharmacies représentent 64 % des centres d'accès au matériel d'injection au Québec. La mise en place d'un système intégré de récupération des seringues et aiguilles usagées (Gilbert *et al.* 2005) a aussi favorisé le recrutement de nouveaux partenaires pour l'accès au matériel d'injection parmi les pharmaciens. Ce fut le cas pour la région de Québec ou plus de 30 pharmacies se sont jointes au réseau de distribution[4].

Les CLSC qui incluent à la fois les sièges sociaux des établissements et les points de services sont passés de 81 sites d'accès en 1996 à 216 en 2006 (Figure 1). Ces établissements sont des portes d'entrées incontournables dans le système de soins pour les clientèles toxicomanes qui s'injectent. L'accès au matériel d'injection stérile est un aspect des services dispensés aux clientèles vulnérables par le CLSC. Compte tenu de la responsabilité populationnelle dont sont investis les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (MSSS 2004), ce sont des lieux importants pour la prise en charge des personnes toxicomanes qui font usage de drogues par injection. Plusieurs de ces sites offrent le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et la vaccination contre les hépatites A et B en plus de permettre l'accès à toute une gamme de services de première ligne.

Les urgences des hôpitaux sont aussi des points d'accès importants pour les périodes de la journée où les autres partenaires n'offrent pas de services. Dans les régions semi-urbaines du Québec, les hôpitaux apportent une contribution non négligeable à l'accès au matériel d'injection stérile pour des populations qui sont surtout actives durant les heures de nuit. Leur nombre a varié entre 35 et 53 au cours de dix dernières années (Figure 1).

Les cliniques médicales inscrites sur la liste officielle des centres d'accès au matériel d'injection représentent plus ou moins 6 % des CAMI. Leur nombre a varié entre 3 et 9 sauf pour l'année 2001 où on comptait 32 cliniques médicales (Figure 1). De manière générale les médecins sensibilisés à la problématique de la transmission des infections par le sang chez les clientèles toxicomanes peuvent offrir des seringues stériles sans nécessairement être inscrits sur la liste officielle des CAMI. Les cliniques médicales qui sont recrutées et s'inscrivent dans la liste officielle sont généralement des établissements qui desservent des secteurs à haute densité de personnes utilisatrices de drogues par injection. Ce service est offert en première instance à leurs patients consultants pour des problèmes de santé, souvent liés à la toxicomanie.

[2] Position de l'Ordre des pharmaciens du Québec sur la vente de seringues et aiguilles à des fins non thérapeutiques adoptée à la réunion du Bureau de la corporation du 13 décembre 1988.

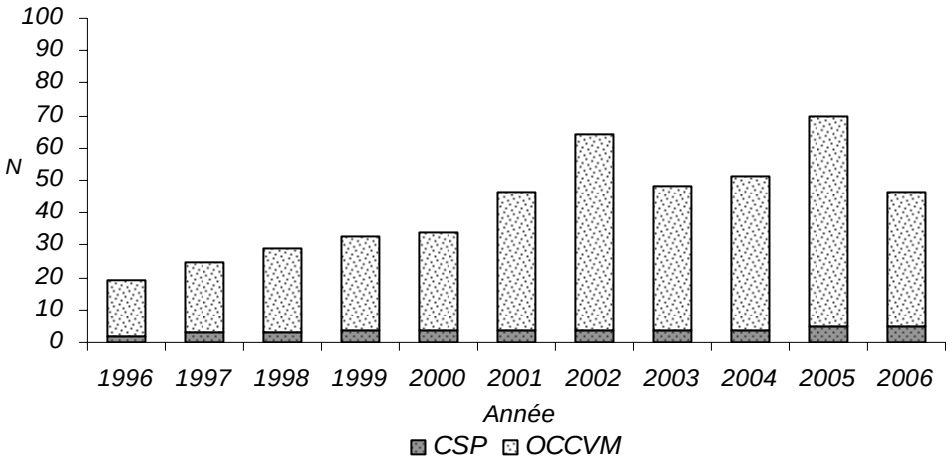
[3] Position de l'Ordre des pharmaciens du Québec sur la distribution de matériel d'injection (seringues/aiguilles) à des fins non thérapeutiques (révisée février 1998), adoptée à la séance du Bureau de l'Ordre du 24 février 1998.

[4] Communication personnelle : Anne Maheu, Direction de la santé publique de la Capitale nationale (Québec).

2.2 LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Les organismes communautaires impliqués dans la distribution de matériel d'injection sont soit des centres spécialisés de prévention des ITSS auprès des UDI (CSP) ou des organismes communautaires à clientèle et vocation multiples (OCCVM). Ces derniers reçoivent parmi leur clientèle des UDI à qui ils offrent l'accès au matériel stérile et toute une gamme d'autres services. Les OCCVM soutiennent également le travail dans les milieux de vie des personnes à risque de s'infecter au VIH et au VHC. Le nombre d'OCCVM inscrit dans la liste des CAMI a varié entre 17 et 72 au cours des dix dernières années (Figure 2). Cette situation s'explique en grande partie par les demandes de la clientèle qui fréquente ces sites. Lorsque la demande n'y est pas, il arrive que des sites se retirent de la liste sans toutefois refuser l'accès lorsque des personnes UDI se présentent ultérieurement à leur site.

Figure 2 Nombre de centres d'accès au matériel d'injection dans les organismes communautaires selon le type et l'année



Les centres spécialisés de prévention des ITSS auprès des UDI sont situés dans les deux plus grandes villes du Québec, là où se trouvent des concentrations importantes de consommateurs. Ce sont à Montréal : CACTUS-Montréal, Spectre de rue et Dopamine et à Québec : Point de Repères. Les quantités de matériel d'injection distribuées dans les trois CSP de Montréal représentent 72 % de toute la distribution de seringues pour cette région. Le CSP de Québec, situé au centre-ville, distribue 98 % des seringues de la région.

2.3 L'ACCÈS AU MATÉRIEL D'INJECTION DANS LES RÉGIONS DU QUÉBEC

Au 30 novembre 2006, le Québec comptait 820 centres d'accès au matériel d'injection dont 787 (96 %) inscrits dans la liste officielle (MSSS 2007). Des CAMI ont été répertoriés dans 16 des 18 régions du Québec (Tableau 1). Sur ce nombre 470 (57 %) ont distribué gratuitement du matériel d'injection stérile et 380 (46 %) en ont vendu au cours de la période 2005-2006. La récupération du matériel a été rapportée par 665 (84 %) des 787 CAMI. Ce sont des établissements du réseau de la santé (744) et des organismes communautaires (76) qui accueillent les clientèles toxicomanes qui s'injectent et leur offrent du matériel

d'injection stérile comme première intervention de prévention. Parmi les 744 CAMI répertoriés au 30 novembre 2006 en établissement de santé on compte 216 CLSC, 48 hôpitaux, 4 cliniques médicales et 476 pharmacies partenaires de la prévention. Les centres de santé en milieu autochtone sont inclus dans les CLSC.

Tableau 1 Les centres d'accès au matériel d'injection selon la région et le type d'établissement ou d'organisme, 30 novembre 2006

	Centres d'accès au matériel d'injection		
Régions	**Réseau de la santé et pharmacies**	**Organismes communautaires**	**Total**
Bas-Saint-Laurent	41	1	42
Saguenay—Lac-Saint-Jean	16	5	21
Québec	61	6	67
Mauricie–Centre-du-Québec	26	11	37
Estrie	64	2	66
Montréal-Centre	186	27	213
Outaouais	39	3	42
Abitibi-Témiscamingue	37	1	38
Côte-Nord	30	2	32
Baie-James	6		6
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	47		47
Chaudière-Appalaches	30		30
Laval	15	3	18
Lanaudière	37		37
Laurentides	27	6	33
Montérégie	82	9	91
TOTAL	744	76	820

Outre la région de Montréal-Centre qui compte 213 CAMI dont 186 dans le réseau de la santé (incluant les pharmacies) et 27 dans des organismes communautaires, les autres régions du Québec offrent en moyenne l'accès au matériel d'injection dans 40 sites (étendue de 6 à 91 sites) (Tableau 1). Le nombre de sites dans une région dépend de la présence de consommateurs, de la dispersion de ces derniers sur le territoire et de la capacité des CAMI à leur offrir du matériel. Par ailleurs, le nombre de sites dans une région n'est pas un indicateur du nombre de personnes qui font usage de drogues par injection dans cette région. De même l'accès au matériel stérile dans les organismes communautaires est aussi conditionné par la présence de cette clientèle dans les services des organismes communautaires.

2.4 LES SERVICES OFFERTS DANS LES CENTRES D'ACCÈS AU MATÉRIEL D'INJECTION

Les programmes régionaux de prévention du VIH et des hépatites B et C auprès des personnes utilisatrices de drogues par injection ont d'abord été développés pour permettre l'accès à du matériel d'injection. Cette mesure visait à prévenir la transmission des infections

telles que le VIH et les hépatites et à faire la promotion des comportements sécuritaires par l'information et la transmission de savoirs sur les meilleures pratiques d'injection pour éviter les infections. Au fil des ans, des organismes communautaires et des établissements du réseau de la santé ont gagné la confiance des personnes toxicomanes les plus marginalisées et ont développé des services adaptés à leurs besoins. Les statistiques recueillies dans le cadre de la surveillance des CAMI ne reflètent pas la totalité de ces activités qui sont probablement comptabilisées via d'autres canaux.

2.4.1 L'accès au matériel d'injection stérile

Trois types de matériel de base associés à l'injection sont distribués dans les CAMI : la seringue à insuline, le *Stéricup* et l'ampoule d'eau. Le *Stéricup* (petit récipient servant à la dilution du produit à injecter) et l'ampoule d'eau (petit contenant de plastique) sont apparus plus récemment dans les programmes québécois de lutte au VIH et au VHC. En 2005-2006, 1 333 356 seringues distribuées ont fait l'objet d'une compilation statistique. La distribution d'ampoules d'eau (476 744) et de *Stéricups* (211 880) a légèrement augmenté comparativement à la période précédente (408 592 et 186 634 respectivement)[5] (Noël *et al.* 2006). Toutefois, les nombres d'ampoules d'eau (± 40 % dans les organismes communautaires, 27 % en CLSC et 64 % en pharmacie) et de *Stéricups* (± 20 % dans les organismes communautaires, 14 % en CLSC et 64 % en pharmacie) n'atteignent pas le nombre de seringues distribuées.

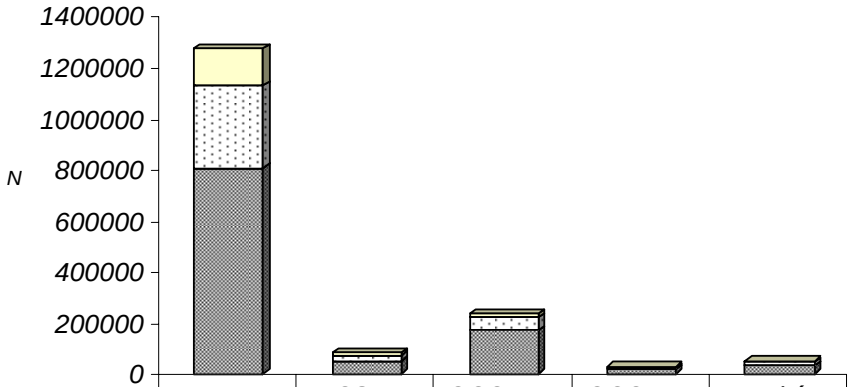
Les organismes communautaires impliqués dans la prévention du VIH et des hépatites auprès des personnes toxicomanes qui s'injectent des drogues ont assuré plus de 80 % de la distribution totale du matériel d'injection au cours de la période à l'étude (81 % des seringues, 82 % des *Stéricups* et 87 % des ampoules d'eau). Les CSP distribuent à eux seuls autour de 70 % du matériel et ce, principalement dans les sites fixes (Figure 3). Les travailleurs de milieu assurent 8 % de la distribution du matériel. Les sites fixes des OCCVM sont aussi des lieux importants où les clientèles UDI se procurent du matériel d'injection.

Les CLSC ont enregistré la distribution de 176 371 seringues (13 %), 48 647 ampoules d'eau (10 %) et 25 226 *Stéricups* (12 %) ce qui les placent au premier rang des distributeurs du réseau de la santé (Figure 4). Toutefois, il faut considérer l'importance des pharmacies comme distributeurs puisque la quantité de matériel mis à disposition des personnes UDI dans ces sites n'est comptabilisée que par un petit nombre de pharmacies.

Les hôpitaux ont distribué plus de 65 000 seringues au cours de la période 2005-2006 (Figure 4). Les régions semi-urbaines sont celles qui utilisent davantage ce type de site dans la mise à disposition du matériel d'injection. Finalement, au cours de la dernière période, un organisme en toxicomanie s'est impliqué dans la distribution de matériel d'injection.

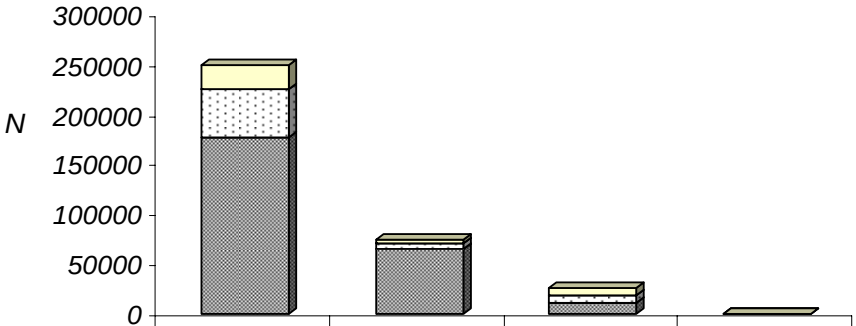
[5] Données mise à jour périodiquement avec la participation des responsables régionaux des programmes de prévention du VIH et des hépatites. Il arrive que des données non disponibles lors de la publication du rapport annuel soient mises à jour dans le rapport de la période suivante.

Figure 3 Statistiques sur le matériel d'injection distribué dans les organismes communautaires impliqués dans la prévention du VIH et des hépatites B et C, avril 2005 et mars 2006



	CSP-site	CSP-milieu	OCCVM-site	OCCVM-milieu	Unité mobile
Stéricups	143396	9777	13954	3668	3843
Ampoules	323293	21113	52037	6539	12411
Seringues	805066	52352	169716	18082	33731

Figure 4 Statistiques sur le matériel d'injection distribué dans les établissements du réseau de la santé impliqués dans la prévention du VIH et des hépatites B et C, avril 2005 et mars 2006



	CLSC	Hôpitaux	Pharmacies	Toxico
Stéricups	25226	4748	7172	14
Ampoules	48647	5422	7173	27
Seringues	176371	65064	11189	194

Toutes les régions du Québec ne connaissent pas la même pression de la demande. Les consommateurs sont moins nombreux en Gaspésie–Iles-de-la-Madeleine qu'ils ne le sont en Chaudière-Appalaches par exemple. Cependant, toutes les régions du Québec demeurent

attentives à la situation et ont développé un réseau de sites prêts à intervenir. La moyenne nationale de seringues distribuées par visite d'usager constitue un indicateur intéressant pour observer les conditions de mise à disposition du matériel d'injection (Tableau 2). En 2005-2006 cette moyenne (12,8) est inférieure à celle de l'année précédente (13,3) (Noël *et al.* 2006). Elle varie aussi d'une région à une autre en fonction d'une part de la demande des usagers et d'autre part de la disposition des intervenants à remettre de grandes quantités de seringues lors d'une visite. Depuis 1996, la politique à l'égard du nombre de seringues à remettre aux usagers des programmes de prévention du VIH et des hépatites soutien le principe qu'aucune limite de quantité ne devrait être imposée lorsque la personne présente un risque de s'infecter par manque de matériel d'injection stérile.

Tableau 2 Statistiques sur la distribution et la récupération des seringues dans les régions du Québec*, avril 2005 à mars 2006

Régions	Nombre de visites d'usagers	Nombre de première visite	Nombre de seringues distribuées	Moyenne de seringues distribuées par visite d'usager
Bas-Saint-Laurent	217	19	1 706	7,9
Saguenay—Lac-Saint-Jean	1 240	268	7 350	5,9
Québec	23 157	875	302 303	13,1
Mauricie–Centre-du-Québec	4 040	376	62 212	15,4
Estrie	881	12	50 912	57,8
Montréal-Centre	63 690	6 749	780 908	12,3
Outaouais	2 644	56	6 379	2,4
Abitibi-Témiscamingue	1 342	171	7 389	5,5
Côte-Nord	78	19	390	5
Baie-James	43	4	199	4,6
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	31	0	285	9,2
Chaudière-Appalaches	573	28	2 508	4,4
Laval	237	86	13 127	55,4
Lanaudière	899	9	13 480	15,0
Laurentides	3 266	266	40 220	12,3
Montérégie	2 143	86	43 988	20,5
TOTAL	104 481	9 024	1 333 356	12,8

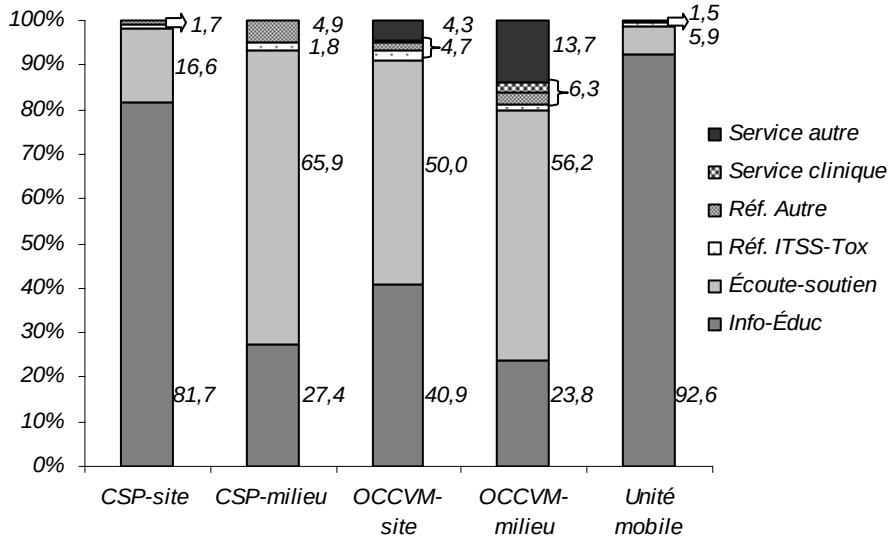
* Ces données tiennent compte des informations disponibles dans la banque centrale des données pour la période 2005-2006. Les informations sont compilées en termes de visite d'usager et non en termes d'individu.

Au cours des dernières années, plusieurs régions ont connu une augmentation de la demande en matériel d'injection stérile dans leurs CAMI. Dans certaines régions comme le Saguenay–Lac-St-Jean, l'Outaouais, l'Abitibi-Témiscamingue, la Gaspésie–Iles-de-la-Madeleine, Laval et la Montérégie, le nombre de visites d'usagers et la quantité de seringues ont augmenté alors que dans d'autres régions comme la Mauricie–Centre du Québec, l'Estrie, Lanaudière et les Laurentides c'est la quantité de seringues distribuées qui a augmenté (se référer aux rapports des périodes antérieures). Les régions semi-urbaines sont celles qui ont connu la plus forte augmentation de matériel demandé par des usagers.

2.4.2 L'accès aux services autres que le matériel d'injection

Dans les établissements du réseau de la santé et les organismes communautaires, les services autres que l'accès au matériel d'injection stérile sont rapportés dans les proportions suivantes : information-éducation (69 %) écoute-soutien (28 %), référence en ITSS et en toxicomanie (1 %), références générales vers d'autres services et services cliniques ou autres dispensés sur place (2 %). Dans les établissements du réseau de la santé c'est en moyenne 17 % des visites d'usagers qui reçoivent au moins un autre service que l'accès au matériel d'injection stérile alors que cette proportion est de 89 % dans les organismes communautaires. Dans les organismes communautaires, ce sont les services d'information-éducation et d'écoute-soutien (Figure 5) qui sont rapportés le plus souvent. Les intervenants de milieu semblent mieux placés pour offrir des services d'écoute et de soutien. Les sites fixes des OCCVM sont aussi ceux qui offrent le plus de services d'autre nature et cela s'explique aisément car c'est leur vocation première dans beaucoup de cas.

Figure 5 Les services dispensés aux usagers des CAMI communautaires lors de leurs visites dans les établissements, avril 2005 à mars 2006

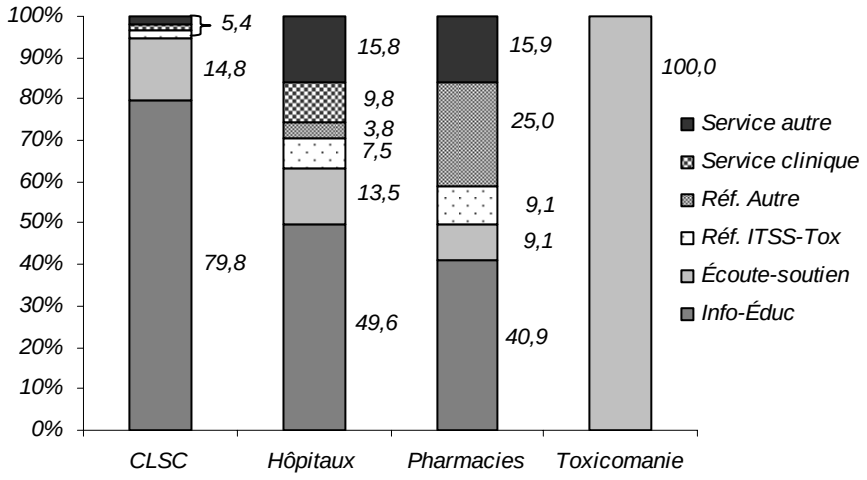


Dans l'ensemble, il semble que les sites des organismes communautaires soient des lieux de haute fréquentation, mais qu'ils n'arrivent pas à évoluer au-delà de la distribution du matériel d'injection. Toutefois, cette hypothèse doit être vérifiée dans la mesure où les indicateurs de suivi de la situation pourraient ne plus être appropriés pour rendre compte des activités des organismes communautaires auxquels s'associent des établissements du réseau de la santé pour l'offre de services aux clientèles vulnérables.

Les CLSC indiquent principalement l'information-éducation (79,8 %) et l'écoute-soutien (14,8 %) comme services offerts alors que les hôpitaux indiquent offrir l'information-éducation (49,6 %), mais aussi une gamme plus large de services (Figure 6). Les pharmaciens rapportent l'information-éducation (40,9 %) et la référence vers des services

autres (25,0 %) et des services autres que ceux en ITSS et en toxicomanie (15,9 %). Les pharmacies et les hôpitaux rapportent une plus grande diversité de services que les CLSC. Il est possible que les usagers de drogues qui font une demande de services complémentaires à l'obtention de matériel d'injection en CLSC soient comptabilisés par d'autres mécanismes et que seules les activités d'information-éducation soient retenues dans les statistiques liées à la distribution du matériel. Autrement, il faudra porter une attention particulière à cette situation car ces établissements, plus que tout autre dans le réseau de la santé, ont un mandat à l'égard des populations vulnérables.

Figure 6 Les services dispensés aux usagers des CAMI du réseau de la santé lors de leurs visites dans les organismes, avril 2005 à mars 2006



2.5 LA POPULATION

2.5.1 L'âge des usagers des centres d'accès au matériel d'injection

Les clientèles UDI des CAMI se retrouvent dans les tranches d'âge suivantes : moins de 19 ans (3,8 % dont 0,06 % chez les moins de 15 ans[6]), 20 à 29 ans (37,7 %), 30 à 39 ans (29,0 %) et 40 ans et plus (33,5 %). La distribution varie selon le site (Figure 7). Dans le réseau de la santé, les moins de 19 ans constituent moins de 4,4 % des visites d'usagers (Figure 8). Par ailleurs, les pharmacies accueillent plus de jeunes de 20 à 29 ans (43,7 %) alors que les CLSC accueillent davantage les 40 ans et plus (43,1 %). Il appert que les urgences des hôpitaux accueillent des clientèles de toutes catégories de manière relativement uniforme sauf pour les moins de 19 ans (6 % des visites d'usagers).

[6] Au total 56 visites d'usagers réparties dans 9 régions concernaient des personnes de moins de 15 ans dont la moitié des visites ont été effectuées dans des établissements du réseau de la santé.

Figure 7 Distribution des visites d'usagers des CAMI communautaire selon le groupe d'âge et le type d'établissement, avril 2005 à mars 2006

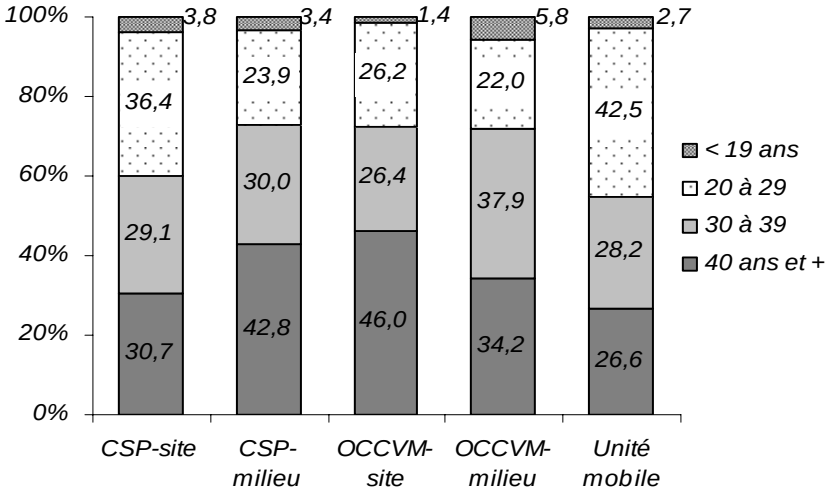
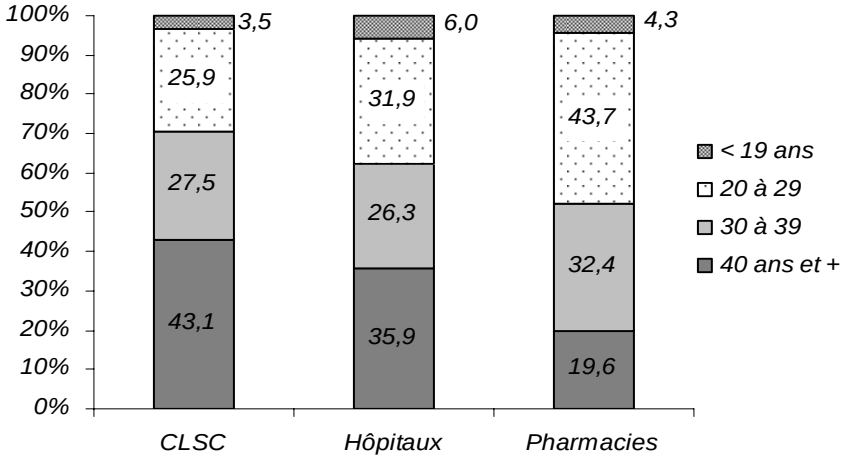


Figure 8 Distribution des visites d'usagers des CAMI du réseau de la santé selon le groupe d'âge et le type d'organismes, avril 2005 à mars 2006



La situation des organismes communautaires est comparable à celle des établissements du réseau de la santé en ce qui a trait aux clientèles de moins de 19 ans (3,7 %). Les personnes UDI de 20 à 29 ans sont davantage rejointes par les sites fixes des CSP (36,4 %) et les unités mobiles (42,5 %) alors que les 30 à 39 ans se retrouvent davantage dans les interventions de milieu des OCCVM (37,9 %) (Figure 7). Finalement, c'est l'intervention de milieu des CSP et les sites fixes des OCCVM qui permettent le mieux de rejoindre les 40 ans et plus (42,8 % et 46 % respectivement).

2.5.2 Le sexe des usagers des centres d'accès au matériel d'injection

Globalement, les femmes représentent 33,6 % de l'ensemble des visites d'usagers dans les CAMI, mais tous les sites ne démontrent pas la même capacité à les rejoindre. Dans les organismes communautaires, les unités mobiles attirent davantage d'hommes (75 % des visites d'usagers) et les interventions de milieu des OCCVM rejoignent davantage de femmes (56,1 %) (Figure 9). Dans les établissements du réseau de la santé, les visites d'usagers de sexe féminin en CLSC (22,7 %) et dans le service de toxicomanie (6 %) sont inférieures à 30 % (Figure 10).

Figure 9 Distribution des usagers des CAMI communautaire selon le sexe et le type d'organisme, avril 2005 à mars 2006

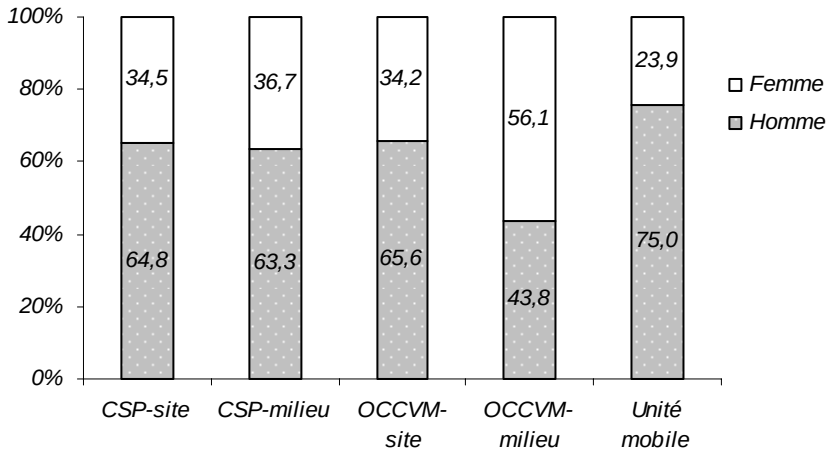
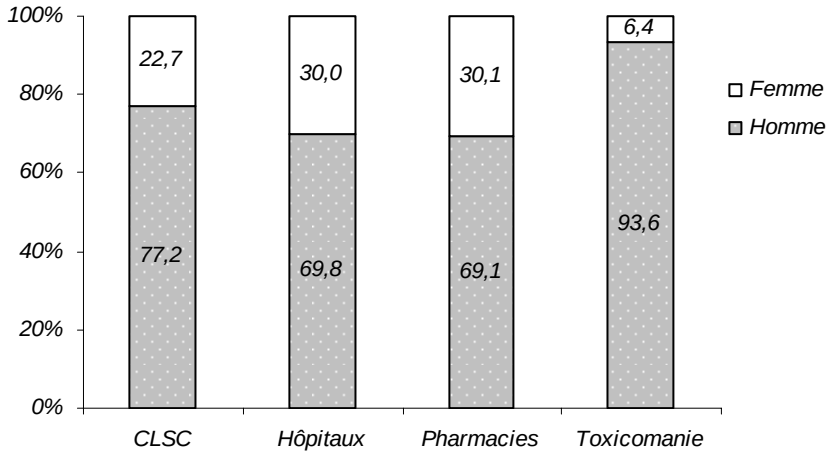


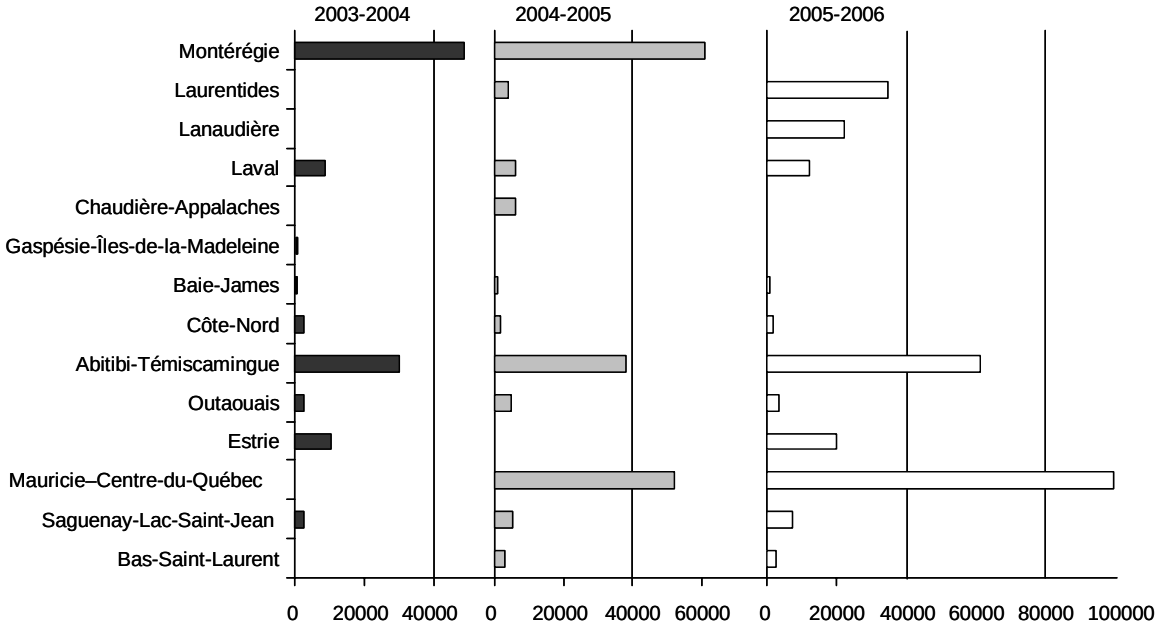
Figure 10 Distribution des usagers des CAMI du réseau de la santé selon le sexe et le type d'établissement, avril 2005 à mars 2006



3 LE MATÉRIEL MIS EN CIRCULATION DANS LES CENTRES D'ACCÈS AU MATÉRIEL D'INJECTION

Les données de surveillance des programmes de prévention du VIH et des hépatites B et C chez les personnes UDI proviennent principalement des organismes communautaires qui fournissent des statistiques pour 84 % des visites d'usagers et plus de 80 % du matériel distribué dans la province. Compte tenu de la faible proportion des statistiques en provenance des établissements du réseau de la santé (15 % des visites d'usagers et ±15 % du matériel distribué), les responsables régionaux des programme de prévention du VIH et des hépatites ont voulu connaître l'état de la situation concernant le matériel mis en circulation dans l'ensemble de leurs sites annuellement. Au cours des trois dernières périodes à l'étude, des données concernant la distribution du matériel dans les CAMI par les DSP ont été transmises pour analyse (Figure 11). Ces informations servent d'indicateur sur le niveau d'activité dans les régions. Par exemple, les régions de la Mauricie–Centre-du-Québec et de l'Abitibi-Témiscamingue ont connu des augmentations importantes de la demande de matériel par leurs CAMI alors que pour la région de la Côte-Nord, la demande n'a pas beaucoup variée au cours des trois périodes.

Figure 11 Évolution de la quantité de seringues mises en circulation dans les CAMI selon la période* et la région‡



* Les données ne sont pas toujours disponibles pour toutes les années
‡ Les régions de Montréal et de Québec ne font pas partie du graphique

Même si les données ne sont pas disponibles pour toutes les périodes, elles permettent d'observer l'évolution de l'offre de matériel d'injection stérile dans les régions. Ainsi la période 2005-2006 se caractérise par une augmentation en Estrie par rapport à la période 2003-2004 et dans les Laurentides comparativement à la période 2004-2005. Pour les

régions de Québec et de Montréal (Tableau 3) l'augmentation du nombre total de seringues mises en circulation dans les CAMI est respectivement de 20 % et 15 % entre 2004-2005 et 2005-2006. Plusieurs responsables régionaux des programmes de prévention du VIH et des hépatites avaient signalé l'augmentation du nombre de trousses mises en circulation dans les CAMI. Cette information se confirme puisque les données obtenues du distributeur Dismed indiquent des augmentations du nombre de trousses commandées de l'ordre de 76 % entre 2004 et 2005 et de 33 % entre 2005 et 2006.[7] Il appert que les régions de l'Outaouais et de Québec aient connu les plus fortes augmentations depuis 2004-2005, suivi de la Mauricie–Centre-du-Québec, de l'Abitibi-Témiscamingue et du Saguenay—Lac-Saint-Jean. Toutefois, il faudra quelques années d'observations pour évaluer la tendance puisque ces données pourraient correspondre à des activités de recrutement de nouveaux partenaires ce qui aurait eu pour effet d'augmenter les quantités commandées pour les redistribuer dans les CAMI. Dans ce cas il pourrait y avoir un délai entre la mise en circulation dans les CAMI et la distribution aux usagers.

Les données du tableau 3 montrent une progression continue dans la distribution de matériel aux CAMI depuis la première période de collecte d'information en 2003-2004 et ce, même si toutes les données ne sont pas disponibles pour toutes les régions. La quantité de trousses distribuées aux CAMI s'est accrue de 61 % entre 2003-2004 et 2005-2006 alors que la quantité totale de seringues distribuées a augmenté de 22 %.

L'écart entre les seringues distribuées pour lesquelles des données statistiques sont compilées et les seringues distribuées dans les CAMI était de 16 % en 2003-2004 (1 110 029 seringues avec statistiques sur 1 319 137 seringues distribuées dans les CAMI). Pour la période 2004-2005 cet écart est de 7 % tandis qu'il est de 21 % en 2005-2006. Ce serait environ 300 000 seringues pour lesquelles il n'y aurait pas eu de statistiques sur les visites d'usagers pour la période 2005-2006 ce qui porterait la distribution de seringues aux environ de 1 600 000 pour cette période. Ces données doivent être interprétées avec prudence puisqu'elles ne tiennent pas compte des stocks non distribués dans les CAMI.

Il est à noter que certaines régions semi-urbaines comme l'Abitibi-Témiscamingue, les Laurentides et Lanaudière ont distribuées de plus grandes quantités de seringues à leurs CAMI que certaines régions urbaines comme l'Estrie et l'Outaouais. Il conviendra de suivre la situation afin de s'assurer que la demande en seringues de la part des personnes UDI n'est pas limitée par le manque de disponibilité en seringues dans les régions.

La quantité de matériel distribuée dans les CAMI fait maintenant partie des informations transmises pour analyse provinciale et devrait permettre de suivre la situation à long termes. Cet indicateur, même s'il n'est pas aussi précis que les quantités de matériel distribué aux usagers des CAMI, permet d'apprécier l'état de la demande ou de l'offre dans les différentes régions du Québec. Ainsi, les régions qui éprouvent des difficultés à obtenir des données statistiques sur la distribution du matériel d'injection stérile dans leurs CAMI peuvent quand même avoir une idée des quantités de matériel qui circule sur leur territoire.

[7] Communication personnelle, Marcel Hébert Dismed.

Tableau 3 Matériel d'injection stérile mis en circulation dans les centres d'accès au matériel d'injection selon la période et selon la région

Régions	Seringues totales (seringues seules +seringues dans les trousses)			Trousses		
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2003-2004	2004-2005	2005-2006
Bas-Saint-Laurent	493	2 945	2 475	‡	475	495
Saguenay—Lac-Saint-Jean	2 748	5 008	7 500	549	1 189	1 836
Québec	224 760	282 512	339 343	3 140	3 878	9 260
Mauricie–Centre-du-Québec	‡	51 932	99 640	‡	12 983	23 660
Estrie	10 400	‡	20 260	1 081	‡	1 115
Montréal-Centre	987 100	938 720	1 084 680	16 100	26 580	33 820
Outaouais	2 764	4 574	4 280	676	850	1 070
Abitibi-Témiscamingue	30 270	37 896	61 200	8 865	9 474	15 300
Côte-Nord	2 668	1 600	2 040	667	400	510
Baie-James	180	580	580	90	145	145
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	272	592	172	‡	148	43
Chaudière-Appalaches	‡	6 144	‡	‡	1 212	‡
Laval	8 800	6 000	12 300	‡	‡	‡
Lanaudière	‡	‡	22 200	‡	‡	4740
Laurentides	‡	3 769	34 947	‡	523	490
Montérégie	48 682	60 765	‡	4 709	4 815	‡
TOTAL	1 319 137	1 403 037	1 691 617	35 877	62 672	92 484

‡ : Données non disponibles pour la période.

4 CONCLUSION

Au Québec la notion de réduction des méfaits liés à l'usage de drogues s'est développée vers la fin des années 1980 en réponse à la situation alarmante de la transmission du VIH chez les usagers de drogues par injection (MSSS 1994). La constitution d'un réseau de CAMI assurant la disponibilité du matériel d'injection stérile dans la majorité des régions du Québec a été rendu possible grâce à la contribution des directions de santé publique et à la participation des partenaires des CAMI (Noël *et al.* 2005). La situation de l'hépatite C chez les personnes faisant ou ayant fait usage de drogues par injection (Allard *et al.* 2006) vient renforcer l'importance d'agir auprès de cette population identifiée comme vulnérable aux ITSS (MSSS 2004; Jauffret-Roustide *et al.* 2006). Dans un contexte où l'utilisation de seringues déjà utilisées par une autre personne constitue le principal facteur de risque pour la transmission du VIH et du VHC (Roy *et al.* 2006), la distribution de matériel d'injection stérile s'avère l'action de prévention à privilégier. Des études récentes (Jauffret-Roustide *et al.* 2006; Wodak 2006; Wodak *et al.* 2006; Noël *et al.* 2007) confirment l'efficience de cette mesure et encouragent le développement d'interventions préventives qui impliquent la participation des usagers des programmes de prévention.

Le nombre de centres d'accès au matériel d'injection pour les personnes toxicomanes du Québec s'est accru au fil des ans. Les partenaires qui proviennent d'organismes communautaires et du réseau de la santé, incluant les pharmaciens assurent une importante couverture en termes d'heure d'ouverture et de nombre de points de services dans les régions. Les urgences d'hôpitaux, les cliniques médicales et les établissements du réseau de la santé fréquentés par des personnes toxicomanes se joignent souvent au réseau de distribution suite à des demandes répétées de la part de personnes toxicomanes qui souhaitent obtenir du matériel d'injection stérile. Même si les quantités de matériel distribué demeurent petites comparées à d'autres sites, leur contribution est importante en termes de prévention et d'offre de services aux personnes UDI. L'implantation d'un système intégré de récupération des seringues et des aiguilles usagées (SIRSAU) en 2006 (Gilbert 2007) a aussi contribué à sensibiliser de nouveaux partenaires dont les pharmaciens qui, en plus d'assurer la récupération, se sont intéressés à la distribution des trousses aux personnes UDI.

Les CLSC constituent les seconds partenaires du point de vue du nombre de sites dans plusieurs régions. À cet égard la région de Québec fait exception puisqu'il n'y a aucun accès en CLSC pour les personnes UDI. Ce qui distingue les CLSC des autres sites, c'est leur capacité à offrir des services de première ligne aux personnes UDI qui en manifestent le besoin. Les services de dépistage des ITSS et la vaccination contre les hépatites A et B sont aussi des services offerts dans ces sites. Certains CLSC participant à l'évaluation statistique enregistrent des quantités importantes de matériel distribué annuellement en plus des services dispensés à la clientèle. L'accès à du matériel d'injection stérile en CLSC représente un avantage certain dans l'offre de services aux personnes toxicomanes puisqu'ils représentent une porte d'entrée pour la prévention, le dépistage et le traitement des personnes infectées aux ITSS. Cependant, il reste encore beaucoup de travail à faire

auprès de ces partenaires si l'on tient compte de la faible performance enregistrée dans les statistiques sur les services offerts par les CLSC.

Une étude sur les interventions en prévention du VIH et du VHC auprès des personnes faisant usage de drogues montre que les usagers des programmes sont très favorables aux opportunités de dépistage dans les centres de prévention et dans les milieux de vie en général (Noël *et al*. 2007). Les résultats du réseau SurvUDI indiquent que 87 % des répondants rapportent avoir déjà été dépistés pour le VHC (Roy *et al*. 2006). Des données colligées en 1999 indiquaient que 77 % des sujets à l'étude avaient déjà été dépistés pour le VIH (Alary *et al.* 1999). Pour les personnes UDI de la région de Montréal, le dernier lieu de dépistage a été l'hôpital (30 %), la cohorte St-Luc (14 %) et le CLSC dans 17 % des cas (Leclerc *et al*. 2006). Il y a donc encore beaucoup à faire pour renforcer le dépistage dans les services intégrés de dépistage et de prévention des CLSC et assurer une prise en charge pour le traitement des personnes séropositives au VHC. De plus, les personnes toxicomanes qui s'injectent des drogues présentent généralement des problèmes de santé beaucoup plus larges que la transmission des infections telles que le VIH et le VHC et devraient faire l'objet d'une prise en charge qui s'étend au-delà des maladies infectieuses.

Finalement les organismes communautaires (OCCVM et CSP) sont des lieux très fréquentés par les clientèles toxicomanes qui s'injectent des drogues ce qui en fait des partenaires de premières instances pour le développement de services adaptés pour traiter des personnes largement marginalisées et vulnérables aux ITSS. Cependant, l'information entourant l'ensemble des services autres que l'accès au matériel d'injection stérile et les services d'information-éducation ne permet pas d'apprécier l'étendue des activités de ces organisations. Il conviendra d'évaluer l'offre de services dans les CSP et l'arrimage entre les CSP et les établissements du réseau de la santé.

Les statistiques sur le matériel d'injection distribué par les CAMI montrent une faible augmentation du nombre de seringues depuis la période 1998-1999 et ce malgré le fait qu'une étude récente (Leclerc *et al.* 2006) indique que la distribution actuelle représenterait seulement 9 % des besoins des personnes toxicomanes qui s'injectent. Par ailleurs, au cours des deux dernières périodes, les quantités de matériel mises en circulation dans les centres d'accès au matériel d'injection par les responsables régionaux ont augmenté de manière importante permettant de soupçonner un accroissement de la demande de la part des personnes UDI, principalement en région. Les prochaines collectes de données devraient fournir des indications sur ce phénomène. Cependant, la quantité de *Stéricups* et d'ampoules d'eau demeure inférieure à la quantité de seringues distribuées alors qu'elle devrait s'approcher d'un *Stéricup* et une ampoule d'eau pour chaque seringue distribuée.

Plusieurs facteurs comme la répression policière, les limites imposées par les intervenants des sites, les limites que s'imposent les toxicomanes eux-mêmes, un mauvais accueil dans les CAMI, l'existence de réseaux satellites de consommateurs qui ne se présentent pas dans les lieux de distribution, peuvent expliquer l'écart entre les besoins et les quantités distribuées. Retenons par ailleurs que la moyenne de seringues distribuées par visite d'usager se situe autour de 12 et ce depuis plusieurs années. Au cours de la période à l'étude, deux régions se sont particulièrement distinguées par une moyenne supérieure à

50 seringues par visite d'usager. Toutefois, cette situation est l'exception plutôt que la règle. Les personnes UDI rapportent pour leur part ne pas obtenir suffisamment de matériel d'injection stérile compte tenu de leurs besoins (Noël *et al.* 2007). La disponibilité du matériel en termes de lieux d'accès et d'heures d'ouverture des sites est mise en cause tout comme la stigmatisation qui limite l'adoption de comportements préventifs. De plus, cette étude a mis en lumière les inconforts de bon nombre d'intervenants face à la distribution de grandes quantités de seringues. Il y a certainement lieu de renouveler la formation et de l'étendre à des intervenants des milieux comme la toxicomanie qui rencontrent les personnes UDI dans leur pratique.

5 RÉFÉRENCES

Alary M., C. Hankins. (1999) *Surveillance épidémiologique de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine chez les utilisateurs de drogues par injection 1995-1999.* Québec, CHA, 46 p.

Allard P.-R., L. Noël. (2006) *Portrait de situation de l'hépatite C au Québec 1990-2004*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, 93 p.

Gilbert H., R. Cloutier, L. Bertrand, M.-J. Boulianne, M. Dupont, D. Laliberté*, et al.* (2005) *La récupération des seringues et des aiguilles usagées : une responsabilité à partager*. Montréal, MSSS Protection de santé publique, 124 p.

Gilbert H. (2007) *Implantation du système intégré de récupération des seringues et des aiguilles usagées - Deuxième rapport d'étape*. Montréal, Ministère de la santé et des Services sociaux, 40 p.

Jauffret-Roustide M., J. Emmanuelli, M. Quaglia, F. Barin, P. Arduin, A. Laporte, *et al.* (2006) Impact of a harm-reduction policy on HIV and hepatitis C virus transmission among drug users: recent French data--the ANRS-Coquelicot Study. *Subst Use Misuse* **41**(10-12): 1603-21.

Leclerc P., C. Morrissette, C. Tremblay. (2006) *Le matériel stérile d'injection: combien faut-il en distribuer pour répondre aux besoins des UDI de Montréal ?* Montréal, Agence de santé et des services sociaux de Montréal, 14 p.

Leclerc P., C. Morissette, É. Roy, C. Tremblay, M. Alary. (2006) *Accès au matériel d'injection et aux soins médicaux pour les utilisateurs de drogues par injection de Montréal*. 10e Journées annuelles de santé publique, Montréal.

MSSS (1994) *L'usage de drogues et l'épidémie du VIH, cadre de référence pour la prévention*. Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 43 p.

MSSS (2003) *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec, MSSS.

MSSS (2004) *L'intégration des services de santé et des services sociaux*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 26 p.

MSSS (2004) *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement. Orientations 2003-2009*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 56 p.

MSSS (2007) *Liste officielle des centres d'accès aux seringues du Québec (distribution, vente et récupération) 2006/2007*. Québec, MSSS et INSPQ, 78 p.

Noël L., R. Cloutier. (2005) Les centres d'accès aux seringues au Québec, un vaste réseau de collaborateurs. *L'intervenant* **21**(02): 56-59.

Noël L., P.-R. Allard, R. Cloutier. (2006) *Statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention du VIH offert aux utilisateurs de drogues par injection du Québec, avril 2003 à mars 2004*. Québec, Institut nationale de santé publique du Québec et Service de lutte contre les ITSS, 32 p.

Noël L., J. Laforest, P.-R. Allard. (2007) *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*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, 149 p.

Roy É., C. Morrissette, M. Alary, R. Parent. (2006) *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogues par injection; Épidémiologie du VIH 1995 à 2005/Épidémiologie du VHC 2003 à 2005*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, 51 p.

Wodak A., A. Cooney (2006) Do needle syringe programs reduce HIV infection among injecting drug users: a comprehensive review of the international evidence. *Subst Use Misuse* **41**(6-7): 777-813.

Wodak A. (2006) Lessons from the first international review of the evidence for needle syringe programs: the band still plays on. *Subst Use Misuse* **41**(6-7): 837-9.

ANNEXE 1

FICHES DESCRIPTIVES DES PROGRAMMES RÉGIONNAUX DE PRÉVENTION DU VIH ET DES HÉPATITES B ET C

Région 01 Responsable régional	**Bas-Saint-Laurent** CAMI
Claude Gauthier Direction de santé publique du Bas-Saint-Laurent 288, rue Pierre-Saindon, 2e étage Rimouski (Québec) G5L 9A8 Tél. : 418 724-8464 Téléc. : 418 723-3103	8 Hôpitaux 12 CLSC et points de service 1 OCCVM (Organisme communautaire à clientèle et vocation multiples) 21 Pharmacies

Région 02 Responsables régionaux	**Saguenay—Lac-Saint-Jean** CAMI
Marcel Gauthier 02B : Direction de santé publique Saguenay—Lac-Saint-Jean 412, rue Brassard Roberval (Québec) G8H 3P7 Tél. : 418 275-4980 Téléc. : 418 275-6670 **Jocelyne Daigneault 02A :** Direction de santé publique Saguenay—Lac-Saint-Jean 930, rue Jacques Cartier Est Chicoutimi (Québec) G7H 2A9 Tél. : 418 545-4980 Téléc. : 418 549-9710	6 Hôpitaux 3 CLSC et points de service 5 OCCVM 7 Pharmacies

Région 03 Responsable régionale	**Québec** CAMI
Anne Maheu Direction de santé publique de la Capitale nationale 2400, avenue d'Estimauville Beauport (Québec) G1E 7G9 Tél. : 418 666-7000 Téléc. : 418 666-2776	1 Centre spécialisé de prévention des ITSS auprès des UDI **(CSP)** 5 Organismes communautaires (OCCVM) 54 Pharmacies
Responsables du CSP	
Responsable du **CSP** **Mario Gagnon**	Point de Repères 530, rue Saint-Joseph Est Québec (Québec) G1K 3B8 Site Web : www.pointdereperes.com Courriel : pointderepere@qc.aira.com Tél. : 418 648-8042 Téléc. : 418 648-0972

Région 04 Responsables régionaux	**Mauricie–Centre-du-Québec** CAMI	
Andrée Côté/Marie-Claude Drouin Direction de santé publique Mauricie–Centre-du--Québec 550, rue Bonaventure, 3e étage Trois-Rivières (Québec) G9A 2B5 Tél. : 819 693-3636 Téléc. : 819 373-1627	5 19 11 2	Hôpitaux CLSC et points de service OCCVM(TR) Pharmacie

Région 05 Responsables régionaux	**Estrie** CAMI	
Geneviève Petit Direction de santé publique de l'Estrie 300, rue King Est, bureau 300 Sherbrooke (Québec) J1G 1B1 Tél. : 819 829-3400 Télec. : 819 564-5435 **Thierry Pinet** Centre régional de prévention et de dépistage anonyme du VIH 50, rue Camirand Sherbrooke (Québec) J1H 4J5 Tél. : 1-800-363-7373 Téléc. : 819 565-4411	5 20 1 2 40	Hôpitaux CLSC et points de service Clinique médicale OCCVM Pharmacies

Région 06 Responsables régionaux	**Montréal-Centre** CAMI	
Carole Morissette **Pascale Leclerc** **Louise Durand** Direction de santé publique de Montréal-Centre 1301, rue Sherbrooke Est Montréal (Québec) H2L 1M3 Tél. : 514 528-2400 Téléc. : 514 528-2452	3 12 3 21 173	Hôpitaux CLSC et points de service CSP OCCVM Pharmacies
Responsables des CSP		
Mariane Tonnelier	**Cactus-Montréal** 1626, rue St-Hubert, Montréal (Québec) H2L 3Z3	
Émilien Gauthier	**Dopamine** 1473, rue Bennett, Montréal(Québec) H1V 2S5	
Gilles Beauregard	**Spectre de rue** 1280, rue Ontario Est, Montréal (Québec) H2L 1R6	

Région 07 Responsable régionale	**Outaouais** CAMI	
Louiselle Rioux Direction de santé publique de l'Outaouais 104, rue Lois Gatineau (Québec) J8Y 3R7 Tél. : 819 777-3871 Téléc. : 819 777-0271	3 15 3 21	Hôpitaux CLSC et points de service OCCVM Pharmacies

Région 08 Responsable régionale	**Abitibi-Témiscamingue** CAMI	
Pauline Clermont Direction de santé publique de L'Abitibi-Témiscamingue 1, 9e Rue Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9 Tél. : 819 764-3264 Téléc. : 819 797-1947	15 22 1	CLSC et points de service Pharmacies OCCVM

Région 09 Responsable régionale	**Côte-Nord** CAMI	
Claire Jalbert Direction de santé publique de la Côte-Nord 691, rue Jalbert Baie Comeau (Québec) G5C 2A1 Tél. : 418 589-9845 Téléc. : 418 589-8574	2 16 3 12	Hôpitaux CLSC et points de service OCCVM Pharmacies

Région 10 Responsable régional	**Baie-James** CAMI	
Marcel Brisson Direction de santé publique Baie-James 312, 3e Rue Chibougamau (Québec) G8P 1N5 Tél. : 418 748-3575 Téléc. : 418 748-6391	5 1	CLSC (Centre de santé) et points de service Pharmacie

Région 11 Responsable régionale	**Gaspésie—Iles-de-la-Madeleine** CAMI	
Danielle Haché Direction de santé publique Gaspésie—Îles-de-la--Madeleine 205-1, boulevard de York Ouest Gaspé (Québec) G4X 2W5 Tél. : 418 368-2443 Téléc. : 418 368-1317	22 24	CLSC et points de service Pharmacies

Région 12 Responsable régionale	**Chaudière-Appalaches** CAMI	
Louise Poulin Direction de santé publique de Chaudière- Appalaches 253B, route 108e Rue Beauceville (Québec) G5X 2Z3 Tel. : 418 774-9806 Téléc. : 418 774-4677	4 18 8	Hôpitaux CLSC et points de service Pharmacies

Région 13 Responsable régionale	**Laval** CAMI	
Marie-Josée Boulianne Direction de santé publique de Laval 800, boul. Chomedey, Tour A, 3e étage Laval (Québec) H7V 3Y4 Tél. : 450 978-2000 Téléc. : 450 978-2100	4 3 11	CLSC et points de service OCCVM Pharmacies

Région 14 Responsable régionale	**Lanaudière** CAMI	
Carole Marchand-Coutu Direction de santé publique de Lanaudière 245, Curé-Majeau Joliette (Québec) J6E 8S8 Tél. : 450 759-1157 Téléc. : 450 755-3961	2 8 27	Hôpitaux CLSC et points de service Pharmacies

Région 15 Responsable régionale	**Laurentides** CAMI	
Louis Rousseau Direction de santé publique des Laurentides 1000, rue Labelle, bureau 210 Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5N6 Tel. : 450 436-8622, poste 2294 Téléc. : 450 436-1761 Responsable de l'**OCCVM** **Josée Talbot**	3 15 6 9	Hôpitaux CLSC et points de service OCCVM Pharmacies Centre Sida Amitié 527 rue St-Georges St-Jérôme (Québec) J7Z 5B6 Tel. : 450 431-7432 Téléc. : 450 431-6536

Région 16 Responsable régionale	**Montérégie** CAMI	
Andrée Perreault Direction de santé publique de la Montérégie 1255, rue Beauregard Longueuil (Québec) J4K 2M3 Tél. : 450 679-6772 Téléc. : 450 928-6781	6 32 2 9 42	Hôpitaux CLSC et points de service Cliniques médicales OCCVM Pharmacies

N° de publication : 676