



ÉVALUATION DE L'ACCEPTABILITÉ DE NOUVEAU MATÉRIEL POUR L'INJECTION DE MÉDICAMENTS OPIOÏDES

Amélioration du Programme d'accès au matériel stérile d'injection pour les personnes
qui utilisent des drogues par injection



ÉVALUATION DE L'ACCEPTABILITÉ DE NOUVEAU MATÉRIEL POUR L'INJECTION DE MÉDICAMENTS OPIOÏDES

Amélioration du Programme d'accès au matériel stérile d'injection pour les personnes
qui utilisent des drogues par injection

ÉVALUATION DE L'ACCEPTABILITÉ DE NOUVEAU MATÉRIEL POUR L'INJECTION DE MÉDICAMENTS OPIOÏDES
est une production du secteur Vigie et protection de la Direction de santé publique du CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal

1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
514 528-2400
dsp.santemontreal.qc.ca

Auteur(e)s :

Pascale Leclerc, agente de planification, de programmation et de recherche
Nelson Arruda, agent de planification, de programmation et de recherche
Carole Morissette, responsable médicale

Photos :

Nelson Arruda

Ce travail a été réalisé en collaboration avec des représentants des organisations suivantes :

Association québécoise pour la promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues
CACTUS-Montréal
Dopamine
Spectre de rue

Remerciements :

Ce projet d'évaluation n'aurait évidemment pas été possible sans la participation des personnes qui utilisent des drogues. Nous les remercions sincèrement de leur précieuse contribution.

Nous remercions la compagnie Apothicom pour avoir fourni gratuitement et sans conditions les contenants Maxicup® et les filtres Sterifilt® utilisés pour l'évaluation.

Notes :

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Ce document est disponible en ligne à la section documentation
du site Web de la Direction de santé publique de Montréal : dsp.santemontreal.qc.ca

© CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal, 2015

ISBN : 978-2-89673-493-1 (En ligne)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

MOT DU DIRECTEUR

Les personnes qui utilisent des drogues par injection (UDI) sont particulièrement touchées par les infections par le VIH et par le virus de l'hépatite C (VHC). Dans une perspective de santé publique, du matériel stérile d'injection leur est distribué gratuitement depuis près de 25 ans à Montréal. Cette stratégie, fortement recommandée par l'Organisation mondiale de la santé, vise à réduire les méfaits associés à la consommation de drogues, notamment la transmission du VIH et du VHC. Le matériel offert doit tenir compte des substances consommées. Or, depuis le milieu des années 2000, la consommation de médicaments opioïdes par les personnes UDI a connu une augmentation importante. Une réflexion a donc été débutée pour s'assurer que le matériel offert permette de réduire les risques infectieux propres à ces substances sans augmenter les risques de surdose. Un travail de collaboration entre de nombreux milieux d'expertise, mené par l'Institut national de santé publique du Québec, a permis de formuler des recommandations quant au matériel à offrir et aux techniques de préparation à promouvoir. L'acceptabilité de ces recommandations devait être évaluée avant d'envisager leur application. La Direction de santé publique de Montréal a mené cette évaluation, en collaboration avec des personnes du milieu de la consommation de drogues. Les résultats de cette évaluation, présentés dans ce rapport, fournissent des éléments pour améliorer l'offre de services aux personnes UDI en prévention du VIH et du VHC, principalement à Montréal mais également ailleurs au Québec.

Bonne lecture,

Richard Massé
Directeur de santé publique

T Table des matières

1. INTRODUCTION	7
Enjeux de santé publique liés à l'injection de médicaments opioïdes	7
Démarche entreprise en réponse à l'injection de médicaments opioïdes	7
Évaluation de l'acceptabilité des recommandations	8
2. MÉTHODOLOGIE	9
Collecte de données	9
Analyse de données	10
3. RÉSULTATS	11
Description des échantillons de l'évaluation	11
Médicaments opioïdes utilisés lors des essais	12
La manipulation et l'acceptabilité des nouveaux items	12
Évaluation des étapes proposées	17
Importance du temps et du lieu	21
Effet ressenti suite à l'utilisation du nouveau matériel	21
Réutilisation du matériel	22
4. LIMITES DU PROJET	24
5. SYNTHÈSE DE L'ÉVALUATION	25
Maxicup®	25
Sterifilt®	25
Seringue 3 ml	26
Étapes de préparation proposées	26
6. CONCLUSION	27
RÉFÉRENCES	28
ANNEXE 1	29

1 INTRODUCTION

Enjeux de santé publique liés à l'injection de médicaments opioïdes

Au cours des dernières années, les données de surveillance épidémiologique et de recherche auprès des personnes qui utilisent des drogues par injection (UDI) montrent une augmentation marquée de l'injection de médicaments opioïdes (MO), tant à Montréal qu'ailleurs au Québec (Bruneau et al., 2012; Leclerc et al., 2012; Leclerc et al., 2013a). En 2010, 30% des personnes UDI de Montréal rapportaient s'être injecté le plus souvent des MO au cours des six mois précédents. Le MO rapporté le plus souvent étant l'hydromorphone sous forme de comprimés (Leclerc et al., 2013b). Or, l'injection de MO constitue une préoccupation majeure de santé publique.

Tout d'abord, l'injection de MO présenterait un potentiel accru de transmission du virus de l'hépatite C (VHC) (Roy, Arruda & Bourgois, 2011; Roy et al., 2012; Bruneau et al., 2012) et, possiblement, du VIH. Une part de ce risque infectieux accru pourrait être lié à une fréquence d'injection plus élevée chez ceux qui s'injectent des MO (Roy, Arruda & Bourgois, 2011; Leclerc et al., 2013b). Or, un plus grand nombre d'injections représente plus de possibilités d'utilisation de matériel déjà utilisé par d'autres (et contaminé par le VIH ou le VHC).

De plus, ce risque plus élevé de transmission du VHC et du VIH pourrait être lié au fait que les MO sont destinés à une consommation orale. Leur préparation en une solution injectable laisse des résidus dans le contenant et le filtre utilisés pour leur préparation. Or, ces résidus peuvent contenir suffisamment d'ingrédients actifs pour qu'ils puissent produire un effet lorsque de l'eau y est ajoutée et qu'ils sont injectés. Donc, souvent après une injection de MO, le contenant et le filtre sont conservés pour une consommation ultérieure (« faire un wash ») par la personne elle-même ou donnés à d'autres (Roy, Arruda & Bourgois, 2011). Or, utiliser « le wash » d'une autre personne pour se préparer une injection peut s'avérer problématique, car le contenant et le filtre peuvent être contaminés. Même si une seringue neuve est utilisée au départ, la contamination du contenant et du filtre peut se produire lorsque la dose de MO exige une quantité d'eau qui dépasse le volume de la seringue utilisée et que l'administration de la dose complète nécessite de multiples injections. Si une même seringue est employée pour effectuer les multiples injections, le contenant et le filtre sont contaminés. La pratique des « wash » pourrait ainsi être liée à un risque accru de transmission du VHC (Roy, Arruda & Bourgois, 2011; Roy et al., 2012; Bruneau et al., 2012) et, possiblement, du VIH.

L'injection de MO prévus pour la consommation orale entraîne d'autres types de risques pour la santé. En effet, les comprimés et les capsules de MO contiennent divers ingrédients inactifs (ex.: cellulose) et certains d'entre eux sont insolubles et peuvent causer des complications sérieuses lorsqu'ils sont injectés, tels que l'occlusion des veines et des embolies pulmonaires (McLean et al., 2009).

Démarche entreprise en réponse à l'injection de médicaments opioïdes

Dès 2010, la Direction de santé publique de Montréal était préoccupée par cette popularité croissante de l'injection de MO et par les risques qui y sont associés. Elle souhaitait s'assurer de l'adéquation entre les pratiques d'injection des personnes UDI et le matériel qui leur est offert dans les centres d'accès au matériel stérile d'injection (CAMSJ). Depuis 1989, les CAMSJ offrent des seringues aux personnes UDI et, depuis 2003, en réponse à l'épidémie d'infection par le VHC, ils offrent également des contenants de préparation, des filtres de coton et des ampoules d'eau.

Comme la problématique autour de l'injection de MO touchait les différentes régions du Québec, elle a été présentée à la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI). La TCNMI a demandé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) de produire un avis scientifique sur le matériel de prévention le plus approprié à offrir aux personnes UDI qui en font usage.

En 2012, l'INSPQ a mis sur pied le Groupe de travail sur la révision du matériel d'injection destiné aux personnes UDI, auquel participaient divers acteurs dont la Direction de santé publique de Montréal. Suite à des travaux alimentés par une revue de la littérature et des analyses de laboratoire, ce groupe de travail a formulé une série de recommandations portant sur le matériel devant être offert aux personnes qui s'injectent des MO et sur des techniques visant à préparer ces MO de la manière la plus sécuritaire possible. Ces recommandations, révisées par des évaluateurs externes, sont incluses dans un avis préparé par l'INSPQ (Noël et al., 2014).

Évaluation de l'acceptabilité des recommandations

Il était essentiel de s'assurer que les recommandations de l'INSPQ, portant sur du nouveau matériel et de nouvelles techniques de préparation, étaient acceptables pour les personnes qui s'injectent des MO. En 2003, la Direction de santé publique de Montréal avait fait une démarche similaire lors de l'introduction des contenants de préparation, des filtres de coton et des ampoules d'eau stérile (Morissette et al., 2007). Cette fois, elle a donc mené un projet d'évaluation de l'acceptabilité des recommandations contenues dans l'avis avant leur validation finale. Cette évaluation a été menée en collaboration avec l'Association québécoise pour la promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues (AQPSUD) ainsi qu'avec CACTUS-Montréal, Spectre de rue et Dopamine, trois organismes communautaires offrant des services aux personnes UDI de Montréal.

La présente évaluation a porté sur l'acceptabilité des recommandations suivantes du Comité sur la révision du matériel d'injection destiné aux personnes UDI, de l'INSPQ :

- Ajout du matériel suivant à celui déjà offert dans les CAMSI du Québec :
 - ◆ Seringue non sertie de 3 ml et aiguilles de différentes tailles (27 G x ½" ou 28 G x ½")
 - ◆ Contenant de dissolution dont la capacité maximale soit supérieure à 3 ml
 - ◆ Filtre Sterifilt®
- Promotion d'étapes de préparation permettant une meilleure dissolution et une meilleure filtration des MO :
 - ◆ Employer plus d'eau pour la dissolution de la dose de MO
 - ◆ Chauffer les doses
 - ◆ Allouer un temps de refroidissement avant la filtration
 - ◆ Effectuer une filtration combinée à l'aide du Sterifilt® et d'un filtre de coton.

Le présent rapport présente les résultats de ce projet d'évaluation de l'acceptabilité de ces recommandations pour les personnes UDI de Montréal qui s'injectent des MO.

2 MÉTHODOLOGIE

Collecte de données

Afin d'évaluer l'acceptabilité de nouveaux items et des étapes de préparation pour l'injection de MO, une collecte de données en deux volets a été effectuée. Le volet 1 visait à évaluer l'acceptabilité du matériel et des étapes de préparation proposés dans le contexte d'une utilisation avec de l'eau (sans MO), en présence de l'intervieweur. Le volet 2 visait à évaluer l'acceptabilité du matériel et des étapes de préparation proposés dans le contexte d'une utilisation réelle par les participants (avec MO).

Les items dont l'acceptabilité a été évaluée sont les suivants : la seringue Terumo® 3 ml¹, l'aiguille Terumo® 27 G x ½", le Sterifilt® et le contenant Maxicup® (5 ml). Le Maxicup® vient dans un emballage scellé qui inclut également un filtre de coton, un tampon sec et un manchon pour tenir le Maxicup® lors du chauffage.

Volet 1

La collecte de données pour le volet 1 s'est déroulée en août et en septembre 2014. Les participants ont été recrutés dans trois CAMSI de Montréal, soit Cactus, Dopamine et Spectre de rue. Les participants étaient éligibles s'ils : (i) s'étaient injecté des MO au moins une fois dans le dernier mois; (ii) étaient âgés d'au moins 18 ans; (iii) parlaient français ou anglais; et (iv) étaient en mesure de fournir un consentement éclairé.

Chaque rencontre individuelle débutait par la présentation au participant du contexte du projet et de ses objectifs. Après signature du formulaire de consentement à participer, l'intervieweur présentait le matériel proposé et faisait une démonstration des étapes de préparation recommandées avec de l'eau seulement. Le participant effectuait ensuite lui-même les étapes de préparation, toujours avec de l'eau. Un questionnaire structuré sur le matériel et les étapes était finalement complété, l'intervieweur posant les questions à voix haute et notant les réponses du participant.

La première section du questionnaire recueillait des informations sur quelques caractéristiques des répondants (âge, sexe, situation d'habitation, lieu d'injection, etc.). La deuxième section regroupait des questions fermées (réponses sous forme d'échelles de Likert) qui visaient à évaluer la facilité de manipulation ainsi que l'acceptabilité du nouveau matériel et des étapes de préparation recommandées. Ces questions étaient suivies de questions ouvertes afin de permettre aux participants de détailler leurs réponses au besoin. De plus, des notes ont été prises par l'intervieweur lors de l'observation de l'essai du matériel par les participants.

La durée du questionnaire était d'environ 30 minutes et une compensation financière de 10\$ a été remise à chaque participant.

¹ Bien que des seringues Terumo® 3 ml soient déjà disponibles dans les CAMSI de Montréal, la seringue mise à l'essai était quelque peu différente. Les seringues présentement disponibles ont un embout « luer lock ». Ce type d'embout possède des filets pour assurer que l'aiguille reste bloquée en place après assemblage. Toutefois, ce filetage rend l'insertion du Sterifilt® sur l'embout de la seringue très difficile. Une seringue à embout « luer conique » a donc été choisie afin de faciliter l'insertion du Sterifilt®.

Volet 2

Le volet 2 s'est déroulé en septembre et octobre 2014. Les participants étaient éligibles s'ils : (i) s'étaient injecté des MO au moins une fois au cours du dernier mois; (ii) étaient âgés d'au moins 18 ans; (iii) parlaient français ou anglais; et (iv) étaient en mesure de fournir un consentement éclairé. Toutefois, un critère de sélection a été ajouté pour les deux premiers participants de ce volet : être un utilisateur régulier de seringues 3 ml. Ce critère supplémentaire visait à s'assurer que cette seringue était bien adaptée pour l'essai et qu'elle ne causerait pas de risques pour les participants (puisque ceux-ci l'utilisaient déjà).

Pour le deuxième volet, chaque participant était rencontré à deux reprises. La première rencontre débutait par la présentation du contexte du projet et de ses objectifs. Après signature du formulaire de consentement à participer, l'intervieweur présentait le nouveau matériel et les étapes de préparation recommandées et formulait différents messages de prévention en lien avec ce matériel et ces étapes. La rencontre se terminait par la remise du matériel d'injection à essayer et d'un dépliant d'information. Le matériel remis consistait en 5 « kits », soit 5 Maxicups®, 5 Sterifilts®, 5 seringues 3 ml, 5 aiguilles 27 G x ½", 5 ampoules et 5 tampons d'alcool². Le dépliant présentait les étapes de préparation recommandées (voir extrait à l'Annexe 1). Il contenait également des messages de prévention en lien avec le matériel et les étapes proposées.

Ces messages ont été développés à partir d'éléments mentionnés dans l'avis (Noël et al., 2014) et adaptés, après le volet 1, en fonction des observations faites par l'intervieweur et des commentaires émis par les participants. Initialement, un appareil photo jetable devait être remis à chaque participant afin qu'il puisse documenter visuellement ses essais. Cependant, après les trois premiers participants, cette stratégie s'est avérée non-concluante et a été arrêtée, car les participants ne ramenaient pas l'appareil photo.

Lorsque qu'un participant avait complété ses essais, il contactait l'intervieweur, via le CAMSI où il avait été recruté, afin d'organiser la deuxième rencontre.

La deuxième rencontre était un entretien semi-dirigé visant à recueillir les opinions, commentaires et suggestions des participants suite à leurs essais. Le guide d'entrevue couvrait les points suivants : expérience avec le nouveau matériel; description des étapes de préparation employées; effet de la drogue ressenti; réutilisation du matériel; et avantages et désavantages du nouveau matériel et des étapes proposées.

Tous les entretiens semi-dirigés ont été enregistrés et ont duré entre 15 et 25 minutes. Ils ont été retranscrits afin d'être codés. Une compensation financière a été remise aux participants en deux versements, soit 10\$ après la première rencontre (séance d'information) et 15\$ après la deuxième (entretien semi-dirigé).

Analyse de données

Pour les données du questionnaire du volet 1, des analyses descriptives (moyenne, proportions et fréquences) ont été effectuées en utilisant le logiciel Excel®. Pour ce qui est des réponses aux questions ouvertes incluses dans le questionnaire ainsi que des observations, elles ont été colligées dans une grille d'analyse afin d'identifier les thèmes émergents et de fournir un résumé compréhensif des données.

Pour l'analyse du deuxième volet, les entretiens retranscrits ont été codés afin de permettre la réorganisation des données selon les thèmes généraux basés sur les objectifs spécifiques de l'évaluation. Les données réorganisées ont par la suite été révisées afin d'identifier des thèmes émergents et des sous-thèmes pour ainsi raffiner le processus de codification. Finalement, le contenu codé des transcriptions d'entretiens a été colligé afin de discerner les convergences et les divergences et de fournir un sommaire compréhensif des données. Pour assurer la validité de l'analyse, le contenu des entretiens a été révisé par deux membres de l'équipe d'évaluation afin d'obtenir un consensus quant aux thèmes émergents.

² Les aiguilles, les ampoules (contenant 3 ml d'eau) et les tampons d'alcool sont ceux habituellement distribués dans les CAMSI.

3 RÉSULTATS

Cette section débute par une brève description des participants aux deux volets du projet. Par la suite, les résultats sont généralement présentés en combinant ceux obtenus dans les volets 1 et 2. Toutefois, comme certains éléments n'ont pas fait l'objet d'une collecte de données dans les deux volets, les données présentées proviennent parfois d'un seul volet. À noter que les données quantitatives présentées sous forme de tableaux sont toutes tirées du volet 1.

Description des échantillons de l'évaluation

Quelques caractéristiques des 20 participants du volet 1 sont présentées au tableau 1. Ils étaient âgés de 24 à 57 ans, avec un âge moyen de 39 ans. La grande majorité d'entre eux étaient des hommes (85%). En ce qui concerne leur situation résidentielle au cours du dernier mois, 60% ont indiqué qu'ils vivaient dans la rue, tandis que 40% habitaient dans une résidence privée. Pour ce qui est du lieu où ils s'injectaient le plus souvent au cours du mois précédent, 80% des participants ont indiqué qu'il s'agissait d'endroits publics (public intérieur : 10%; public extérieur : 70%). L'hydromorphe en comprimés (le plus souvent du Dilaudid®) a été de loin le MO le plus souvent injecté au cours du dernier mois (75%), suivi de l'Hydromorph Contin® (20%). De plus, la grande majorité des répondants se sont injectés tous les jours au cours du dernier mois. Finalement, 85% des participants ont indiqué qu'ils n'avaient jamais utilisé la seringue 3 ml ou l'avaient utilisée rarement.

Tableau 1. Caractéristiques des répondants du volet 1

		Moyenne	
		39 ans	
Âge		n	%
Sexe			
	Homme	17	85
	Femme	3	15
Situation résidentielle (dernier mois)			
	Résidence privée	8	40
	Rue / refuge / squat	12	60
	Autre	0	0
Lieu d'injection le plus fréquent (dernier mois)			
	Lieu privé	4	20
	Lieu public intérieur	2	10
	Lieu public extérieur	14	70
Médicament opioïde le plus souvent injecté (dernier mois)			
	Hydromorph Contin®	4	20
	Hydromorphe en comprimés	15	75
	M-Eslon	1	5
	Autre	0	0
Fréquence d'injection (dernier mois)			
	Pas toutes les semaines	0	0
	1-2 jours/semaine	2	10
	3-6 jours/semaine	2	10
	Tous les jours	16	80
Utilisation de la seringue 3 ml			
	Toujours	1	5
	Parfois	2	10
	Rarement	8	40
	Jamais	9	45

Pour le volet 2, 11 participants ont été recrutés. Dix de ces 11 participants ont complété les deux entrevues (séance d'information et entretien semi-dirigé). Un seul participant n'a complété que la séance d'information. Il n'est pas inclus dans l'analyse descriptive qui suit.

La quasi-totalité des participants étaient des hommes (90%). En ce qui concerne la situation résidentielle et le lieu d'injection le plus fréquent dans le dernier mois, 50% des participants ont indiqué qu'ils vivaient dans la rue et 50% ont indiqué s'injecter majoritairement dans des lieux publics. L'Hydromorph Contin® a été le MO le plus souvent injecté par les participants au cours du dernier mois (70%). De plus, 80% des participants se sont injectés tous les jours lors du dernier mois. Pour ce qui est de l'utilisation de la seringue 3 ml, 50% l'avaient utilisée régulièrement avant de participer au projet d'évaluation.

Médicaments opioïdes utilisés lors des essais

Lors des essais du volet 2, les substances consommées par les participants ont été diversifiées. Les participants ont préparé des Hydromorph Contin®, des Dilaudid® et des pms-Hydromorphone (communément appelés « dilaus génériques »). Il y a également eu une diversité de dosages puisque différents formats ou différentes combinaisons du même format ont été préparés. Dans le cas de l'Hydromorph Contin®, des capsules de 6 mg, 12 mg, 18 mg, 24 mg et 30 mg ont été consommées et un participant a même préparé deux 30 mg.

Pour le Dilaudid® et le pms-Hydromorphone, des comprimés de 1 mg, 4 mg et 8 mg ont été consommés. Certains participants ont préparé plusieurs comprimés d'un même format (ex. 3 x 8 mg). Un participant a même préparé 20 comprimés de pms-Hydromorphone de 1 mg. Fait intéressant, tous les participants ont préparé de l'Hydromorph Contin® au moins une fois.

La manipulation et l'acceptabilité des nouveaux items

Le Maxicup®

Au cours du volet 1, l'ouverture de l'emballage du Maxicup® a été qualifiée comme étant moyennement facile ou difficile par un peu plus de la moitié des répondants (Tableau 2). Parmi les commentaires recueillis, les participants ont indiqué que le plastique de l'emballage était trop souple. De plus, nos observations réalisées lors de l'essai ont démontré que les participants avaient de la difficulté à conserver le filtre de coton (et parfois même le tampon sec) dans l'emballage en l'ouvrant. Ceci a bien évidemment limité la capacité des participants à déposer le filtre de coton dans le contenant sans y toucher. Bien que 60% d'entre eux ont jugé cette étape très facile ou facile, il faut préciser que la majorité de ces derniers l'ont déposé avec leurs doigts :

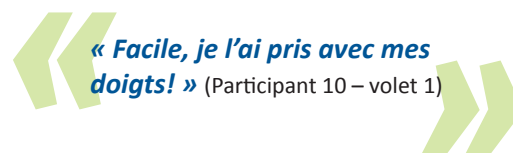


Tableau 2. Facilité de manipulation et acceptabilité du Maxicup®

		n	%
Ouvrir emballage Maxicup® (facilité)			
	Très facile	2	10
	Facile	7	35
	Moyennement facile	9	45
	Difficile	2	10
	Très difficile	0	0
Déposer filtre de coton (facilité)			
	Très facile	2	10
	Facile	10	50
	Moyennement facile	6	30
	Difficile	2	10
	Très difficile	0	0
Utilisation du contenant Maxicup® (acceptabilité)			
	Oui	18	90
	Peut-être	2	10
	Non	0	0

Durant le volet 2, l'ouverture de l'emballage du Maxicup® a également suscité son lot de critiques. Les participants ont encore indiqué que l'emballage était trop souple et que cette souplesse rendait difficile l'ouverture de l'emballage tout en conservant le filtre de coton dans ce dernier. Toutefois, lors d'un entretien semi-dirigé, un participant a partagé un conseil afin d'ouvrir convenablement l'emballage tout en retenant le filtre de coton :

« - **Comment ça été cette étape-là? As-tu eu de la difficulté avec l'emballage?**
- **Pantoute. C'est encore plus facile. Tu pincas le filtre à travers le plastique de l'emballage (pour le conserver dans l'emballage)** » (Participant 23 – volet 2)

Ce conseil a été transmis aux participants subséquents lors de la séance d'information. En employant la technique proposée, certains participants n'ont pas soulevé d'inconvénients à l'égard de l'emballage souple :

« - **Ah, ça bien été. Pas eu de problèmes à ce niveau-là. J'ai bien aimé ton petit truc de pincer le filtre en ouvrant l'emballage. C'est l'idéal. Si tu l'ouvres normalement en « one shot », vu que c'est un emballage mou, le filtre va popper et tu vas le perdre.**
- **Pis pour le mettre dedans (dans le contenant) sans y toucher?**
- **Aucun problème** » (Participant 30 – volet 2)

Quant au contenant lui-même, il a été fortement apprécié.

« **Par contre le cup, en tant que tel, le fait qu'il soit plus grand, j'ai bien aimé ça. Pour faire de l'hydromorphe, je trouve que ça allait mieux, parce que normalement avec les autres, ça se remplissait jusqu'au bord, presque en train de déborder, mais là j'avais plus de jeu. Faque, je pouvais plus « shaker » si j'en avais de besoin** » (Participant 27 – volet 2)

« **Le Maxicup, je l'aime bien. Parce que des fois....**
...surtout les 10 dilaus génériques là, je peux-tu te dire que dans un cup ordinaire, ça rentre là, mais c'est parce que là tu mets l'eau, tu mets le filtre, tu mets ton lighter pis là « flouk eh flouk » t'en perds. Là, tu peux en mettre deux douzaines de 1mg!! »
(Participant 23 – volet 2)

Comme le démontre les extraits précédents, le plus gros volume du contenant a permis aux participants de préparer leur MO avec beaucoup d'eau sans en renverser. Ces résultats sont analogues à ceux du volet 1. Neufs participants sur 10 accepteraient d'employer le nouveau contenant (Tableau 2). La majorité d'entre eux ont évoqué son plus gros volume ainsi que sa plus grande hauteur comme des avantages.

« Je l'adore. Il est plus gros. Il y a plus d'espace. Il y a moins de risque d'en renverser. »

(Participant 09 – volet 1)

Bien qu'un contenant plus volumineux soit pratique pour la préparation de grosses doses ou de substances qui requièrent plus d'eau pour une dissolution adéquate (tels que l'Hydromorph Contin®), le Maxicup® n'a jamais été jugé comme étant trop gros par les participants du volet 2 qui ont préparé de plus petites doses ou un seul comprimé de Dilaudid®. Un des participants a même mentionné :

« Je l'ai bien aimé. Je prendrais tout le temps eux autres (au lieu du Stéricup). Il se tient mieux. Il y a moins de danger qu'il flippe. Le Stéricup, tu fais juste l'accrocher une petite affaire pis ça peut renverser »

(Participant 25 – volet 2)

Dû au fait qu'ils ne soient pas habitués aux nouvelles dimensions du Maxicup®, le seul désavantage soulevé par quelques participants est qu'ils avaient de la difficulté à estimer la quantité d'eau qu'ils versaient dans le contenant.

Le Stérifilt®

L'ouverture de l'emballage du Sterifilt® et son insertion au bout de la seringue (non sertie) a été jugé très facile ou facile pour 90% des participants du volet 1 (Tableau 3). Malgré le fait qu'une majorité de répondants ont jugé cette étape facile, certains d'entre eux ont tout de même eu un peu de difficulté à trouver le bout de l'ouverture de l'emballage et trois participants ont ouvert l'emballage de l'aiguille au lieu du Sterifilt® dû à leur ressemblance. De plus, presque tous les répondants accepteraient d'utiliser le Sterifilt®.

Tableau 3. Facilité de manipulation et acceptabilité du Stérifilt®

	n	%
Ouvrir emballage Sterifilt® et l'insérer au bout de la seringue (facilité)		
Très facile	7	35
Facile	11	55
Moyennement facile	1	5
Difficile	1	5
Très difficile	0	0
Utilisation du Sterifilt® (acceptabilité)		
Oui	18	90
Peut-être	1	5
Non	1	5

La seringue de 3 ml

Étant donné que la seringue de 3 ml mise à l'essai a un embout différent de celle déjà distribuée, il semblait important de documenter, durant le volet 1, l'assemblage de l'aiguille et de la seringue 3 ml. De façon générale, insérer l'aiguille au bout de la seringue n'a pas semblé difficile. La quasi-totalité des participants du volet 1 ont jugé cette étape très facile ou facile (Tableau 4). De plus, les commentaires des participants et nos observations n'ont pas permis de soulever de situations problématiques.

Quant à l'acceptabilité de la seringue de 3 ml pour l'injection de MO, 65% des participants du volet 1 accepteraient de l'employer (Tableau 4). La majorité de ces participants ont indiqué qu'elle permettrait d'injecter la dose d'un coup si la solution préparée dépassait 1 ml. Plusieurs des participants ayant répondu qu'ils l'utiliseraient peut-être ou ne l'utiliseraient pas ont indiqué que son volume dépassait leurs besoins.

Tableau 4. Facilité de manipulation et acceptabilité de la seringue 3 ml

	n	%
Insérer aiguille (facilité)		
Très facile	10	50
Facile	8	40
Moyennement facile	2	10
Difficile	0	0
Très difficile	0	0
Utilisation de la seringue 3 ml (acceptabilité)		
Oui	13	65
Peut-être	3	15
Non	3	15
L'emploie déjà	1	5

Cependant, comme les participants du volet 1 ne se sont pas injectés avec la seringue 3 ml, ce sont plutôt les résultats du volet 2 qui ont permis de mieux appréhender l'acceptabilité de cet item. D'entrée de jeu, la seringue 3 ml est l'item à l'essai qui a engendré la plus grande pluralité d'opinions et de commentaires. Cette pluralité pouvait même se manifester dans le discours d'une même personne. À titre d'exemple, l'expérience du participant 30, qui avait rarement employé la seringue 3 ml, illustre très bien cette pluralité :

« Il y a un peu plus de pression. Quand je « flaguais³ », le sang entraît goutte par goutte, contrairement à la 1cc où il y a un jet. Faque je n'étais pas trop sûr que j'étais dedans (veine). Finalement, j'ai poussé et ça n'a pas fait de bosse ou rien (indiquant qu'il était bien dans la veine). Ça très bien entré. J'ai retiré pour être sûr, pis ça faisait la même affaire goutte par goutte. Faque, j'étais vraiment dedans, mais je n'étais pas sûr au début. Je me suis aperçu que c'est à cause de la succion qui était pas pareille, mais j'ai pas eu de problème avec mon injection ».

« Je te dirais que pour plusieurs génériques et l'hydromorphe...
...Je m'en servirais spécifiquement pour ça. Pour la dilau,
je n'aurais pas vraiment de besoin (de la 3cc) ».

« Aussi, tu as une petite perte au
niveau de la 3cc (espace mort).
C'est minime-là, mais ... ».

« Pis avec la 3cc, ça va bin, tu tires toute one shot. Contrairement avec la 1cc où tu faisais peut-être 4-5 washs (injections) avec... ...Ça serait spécifiquement pour les génériques et l'hydromorphe, parce que là t'en as vraiment de besoin. Par exemple, si il y'a rien que des génériques 1mg sur le marché pis tu te fais deux 8mg d'habitude. Bin c'est 16 pilules... ».

« Dans le fond, d'habitude j'utilise la Terumo 1cc, qui est en voie de disparition. Faque je suis content, parce que ça me donne une alternative. Au début, j'avais peur un peu des 3cc... ...les BD moé, ça ne marche pas. Je suis pas capable. J'ai les veines fuyantes et j'ai bin de la misère avec les BD. Pis je me suis rendu compte qu'avec ces 3cc là avec une aiguille 27, je suis capable de faire mes hits sans problèmes. Faque, ça me donne une alternative ».

(Participant 30 – volet 2)

³ Terme qui fait référence à la vérification du retour de sang qui est effectuée par les personnes UDI afin de s'assurer que l'aiguille est bien insérée dans la veine.

En plus d'illustrer une pluralité d'opinions et de commentaires, l'expérience du participant 30 résume très bien les thèmes émergents associés à l'essai de la seringue 3 ml. Tout d'abord, cette seringue aurait une pression et/ou un débit différent de la seringue Terumo® 1 ml. Les participants ont noté une différence lorsque venait le temps de tirer et de pousser la solution ainsi qu'une différence lorsqu'ils « flaguaient ».

« Pour pousser, c'est dur. Ce n'est pas pareil. Pour pousser, tirer et flaguer est plus raide un peu »

(Participant 29 – volet 2)

La seringue a aussi été jugée trop grosse pour certains besoins des utilisateurs. Plus précisément, elle a été jugée trop grosse pour les doses de comprimés de Dilaudid®.

« Parce que pour les dilauds 8mg, c'est trop une 3cc »

(Participant 25 – volet 2)

De plus, quelques participants ont fait référence à l'espace mort de la seringue 3 ml. Leur préoccupation résidait dans le fait que cet espace mort causait une perte de substance :

« Tout le monde qui est junkie aimera pas l'espace mort. On voit ça gros une petite niaiserie de même. On n'est pas habitué de voir un espace mort de même. Pis quand on voit ça, on steppe! « Kessé ça, j'en perds ». Pis ça entre dans notre mental juste pour une petite niaiserie de même »

(Participant 26 – volet 2)

Nonobstant le fait que le volume de la seringue ait été jugé trop gros pour certaines substances, il a été apprécié pour les doses qui requièrent habituellement plus d'une injection avec une seringue 1 ml.

« J'aime bien le fait que la seringue soit 3cc, pis que toute rentre. Il n'y a plus de gossage de va-et-vient »

(Participant 28 – volet 2)

Il semble également important de mentionner que les réponses de certains participants ont été influencées par une rupture de stock de la seringue la plus distribuée dans les CAMSI (Terumo® 27 G x ½" 1 ml) qui sévissait pendant le projet d'évaluation. Cette rupture de stock faisait en sorte que la seringue BD® 28 G x ½" 1 ml (seringue peu appréciée par les personnes UDI de Montréal) devenait l'alternative principale. N'ayant plus accès à la Terumo® 1 ml, les participants ont discuté spontanément des avantages d'utiliser la seringue 3 ml comparativement à la BD® 1 ml :

« Mais y vont quand même mieux que les bd! Avec les bd, je pense que les 3cc vont être très populaires »

(Participant 29 – volet 2)

Comme mentionné ci-haut par le participant 30, la seringue 3 ml devenait une alternative à la Terumo® 1 ml, et ce, principalement dû aux jauges identiques des aiguilles.

Finalement, une seule personne n'a pas réussi à s'injecter avec la seringue 3 ml. Il faut toutefois préciser que cette dernière avait de la difficulté à s'injecter dû à l'état de ses veines pendant l'essai. Après des essais infructueux avec la seringue 3 ml, et ne voulant pas prendre la chance de perdre sa dose, elle a procédé avec la Terumo® 1 ml (elle a tout de même « manqué » son injection avec la 1 ml).

Évaluation des étapes proposées

Tout d'abord, il est intéressant de souligner que les deux volets de l'évaluation ont rapidement permis de constater qu'il existe un écart entre les pratiques d'injection actuelles des participants UDI et les pratiques idéales telles que suggérées par les organismes communautaires et les instances de santé publique. Les étapes habituellement recommandées afin d'assurer la stérilité de l'équipement, notamment celles concernant la manipulation du filtre de coton, sont souvent ignorées :

« Les affaires d'hygiène de mettre le coton dans le cup sans y toucher, oublie ça! » (Participant 25 – volet 2)

Dans ce contexte, il n'est pas surprenant que la série d'étapes de préparation, développée par l'équipe d'évaluation afin d'assurer une injection hygiénique et sécuritaire, ait rarement été suivie à la lettre. Les étapes et les techniques employées lors de la préparation semblent avoir été beaucoup plus le reflet des habitudes des participants qu'avoir été basées sur les étapes proposées. De plus, les étapes pouvaient varier d'un participant à l'autre. Malgré l'existence de ce fossé entre les pratiques idéales (ou proposées) et les pratiques réelles des participants, nous avons cherché à évaluer les quatre recommandations relatives aux étapes de préparation pour les MO : employer plus d'eau, chauffer la solution, laisser la solution refroidir avant la filtration et effectuer une filtration combinée.

Employer plus d'eau

Une grande majorité des participants du volet 1 ont indiqué qu'ils accepteraient d'employer plus d'eau pour la préparation de MO (Tableau 5). Le fait de les avoir informés que l'ajout de plus d'eau ne changerait pas la puissance de la dose injectée a influencé un grand nombre de réponses. Les résultats du volet 2 semblent corroborer la volonté des participants du volet 1. En effet, les participants ont soit mentionné avoir employé plus d'eau ou avoir employé la quantité maximale que peut contenir une seringue 3 ml :

« J'ai mis 100 units d'eau pour une 12 mg, ce que je ne fais pas habituellement. D'habitude je mets 60 units » (Participant 24 – volet 2)

« - Combien d'eau as-tu utilisé?
- Une bonne fiole » (Participant 27 – volet 2)

Seulement un participant a refusé catégoriquement d'employer plus d'eau.

Tableau 5. Acceptabilité d'ajouter plus d'eau qu'à l'habitude

	n	%
Employer plus d'eau (acceptabilité)		
Oui	18	90
Peut-être	1	5
Non	1	5

Chauffer la solution

Presque tous les participants du volet 1 (90%) chaufferaient leurs solutions de MO (Tableau 6). En fait, 40% des participants effectuent déjà cette étape de préparation. Le fait de les avoir informés que chauffer la dose de MO permet de retirer plus de principes actifs a influencé les réponses des « nouveaux oui » (50%).

Les participants qui ont indiqué qu'ils n'accepteraient pas de chauffer leurs doses étaient surtout des consommateurs de Dilaudid® et, selon eux, la préparation de cette substance ne nécessite pas de chauffage :

« Je ne suis pas un amateur de chauffage. Surtout pas pour les dilaus »

(Participant 16 – volet 1)

Tableau 6. Facilité et acceptabilité de l'étape du chauffage et du refroidissement

	n	%
Chauffer/refroidir la solution (facilité)		
Très facile	5	25
Facile	13	65
Moyennement facile	2	10
Difficile	0	0
Très difficile	0	0
Chauffer les doses (acceptabilité)		
Oui	10	50
Peut-être	0	0
Non	2	10
Chauffe déjà	8	40
Laisser refroidir la solution (acceptabilité)		
Oui	7	39
Peut-être	4	22
Non	1	6
Le fait déjà	6	33
n/a*	2	--

* La question n'a pas été posée à ceux ayant répondu qu'ils n'accepteraient pas de chauffer.

Lorsque les participants du volet 2 ont été invités à décrire les étapes qu'ils avaient effectuées afin de préparer leurs doses de MO, pratiquement tous avaient chauffé au moins une substance. Le refus de chauffer certaines substances, tel que vu dans le volet 1, a été observé chez certains participants du volet 2. En effet, quelques participants ont refusé de chauffer des substances spécifiques pendant leurs essais, et ce, malgré le fait de leur avoir indiqué les bienfaits pour la dissolution ainsi que pour l'extraction de produits actifs :

« - Moi, je les travaille à froid (hydros). Moi le chauffage... ...il y a un petit bémol avec le chauffage avec les hydros. C'est fragile. Pis, ça fait une différence d'effet. Pour moi, une morphine froide, ça donne un kick supérieur à la morphine chauffée. Même si y'en reste un peu, bin c'est ça le principe du wash. Je vais aller le rechercher plus tard.

- As-tu chauffé les dilaus génériques?

- Oui, je les ai chauffées un peu parce que ça les délaye mieux » (Participant 23 – volet 2)

« J'ai chauffé l'hydromorphe et la générique. C'est ce que je fais d'habitude.

La dilau, je ne chauffe jamais » (Participant 30 – volet 2)

Comme il a été mentionné en début de section, la réalisation de l'étape de chauffage par les participants du volet 2 semble avoir été basée davantage sur leurs pratiques habituelles pour chaque substance que sur la recommandation émise par l'intervieweur. Un seul participant a adopté cette étape alors qu'il ne la réalisait pas déjà initialement. Par contre, la proportion de participants qui chauffaient déjà leurs doses de MO était plus élevée pour le volet 2 que pour le volet 1.

Laisser refroidir la solution avant la filtration

Les deux tiers des participants du volet 1 laisseraient refroidir leur solution de MO avant de la filtrer (Tableau 6). En fait, 39% des participants accepteraient de la laisser refroidir et 33 % le faisaient déjà. Le temps requis a été la raison évoquée par ceux qui refuseraient de laisser refroidir la solution ou qui hésiteraient à le faire (28%) :

« J'aurais de la misère.
Je suis pressé de faire mon hit »

(Participant 11 – volet 1)

La notion du temps nécessaire à la préparation de MO sera discutée en fin de section.

Toutefois, un bon nombre de participants du volet 2 ont employé une technique qui diminuerait le temps d'attente qui semblait préoccuper certains participants du volet 1 :

« Pour laisser refroidir... ...le temps que
je mette le stérifilt sur la seringue pis toute...
...pis en plus j'ai rajouté 20 units d'eau »

(Participant 24 – volet 2)

Donc, en plus de laisser la solution refroidir pendant qu'ils préparaient leur matériel, ces participants ont ajouté de l'eau à la solution qui avait été chauffée afin d'accélérer le processus de refroidissement. Quant aux autres participants ayant laissé refroidir la solution avant de la filtrer, ils ont mentionné que le temps d'attente se limitait au temps de préparation du matériel pour la filtration.

Filtration combinée

Aspirer la solution en utilisant la technique de la filtration combinée a été jugé très facile ou facile par la totalité des participants du volet 1 (Tableau 7). Lors de l'essai, cette étape a même créé un étonnement positif chez la majorité des répondants :

« C'est merveilleux! » (Participant 16 – volet 1)

Il n'est donc pas surprenant qu'une seule personne refuserait de l'effectuer. De plus, la grande majorité des participants ont mentionné que la filtration combinée empêcherait d'abîmer l'aiguille et qu'elle permettrait une meilleure filtration ainsi qu'une aspiration maximale du liquide, même de celui contenu dans le filtre de coton. Comme le démontre le commentaire suivant, ces résultats devaient être accueillis avec une certaine réserve étant donné que l'essai du volet 1 a été réalisé uniquement avec de l'eau.

« Je l'essaierais avec
des pilules avant pour
voir comment ça va.
Si ça va bien, oui »

(Participant 18 – volet 1)

Tableau 7. Facilité et acceptabilité de la filtration combinée

	n	%
Aspirer la solution en filtration combinée (facilité)		
Très facile	12	60
Facile	8	40
Moyennement facile	0	0
Difficile	0	0
Très difficile	0	0
Filtration combinée (acceptabilité)		
Oui	17	85
Peut-être	2	10
Non	1	5

La réalisation du volet 2 permettait justement de recueillir les commentaires des participants suite à une filtration combinée employée avec de réelles substances. Cette étape a également été accueillie avec positivisme par la grande majorité des participants.

« Avec le petit boutineau (Sterifilt®), ça j'ai aimé ça. Ça, c'est une invention super! Bin adoré ça! »

(Participant 26 – volet 2)

Les participants n'ont pas eu de difficulté à aspirer leurs doses de MO dissoutes. Toutefois, la principale raison expliquant l'appréciation de la filtration combinée est qu'elle permettait une meilleure filtration des substances préparées :

« Génial! Moi je trouve que les solutions sont plus claires. Le filtre, on ne se le cachera pas, c'est pas mal plus efficace que le filtre en coton. Il ne s'émiette pas. Tu peux filtrer pas mal de boue. Les bactéries, t'en as pas mal moins. La première seringue que j'ai sorti, je check ça, c'est crystal clear...Wooooowww!!!! Ça veut dire qui reste pas mal plus de matières en suspension que je pensais avec le matériel standard » (Participant 23 – volet 2)

« La filtration est de loin supérieure. Je m'envoie bin moins de cochonneries dans les veines. C'est pas comme le jour et la nuit, mais pareil... ... la première fois que j'ai tiré pis que j'ai vu la clarté de la solution, j'ai fait comme :

« tabarouette! ». Donc, d'habitude y'a pas mal de merde qui passe. Les filtres coton, je me demande comment ça se fait qu'on a encore ça... » (Participant 30 – volet 2)

« ... même le multi-filtrage, avec les deux filtres, j'ai vraiment vu une différence. Je m'aperçois que le filtre (filtre de coton) ne filtre vraiment pas tout. Quand j'ai regardé ce qui restait sur le Sterifilt, je me suis dit : « Ayoye, ça rentre vraiment dans nos veines ces cochonneries-là ». Je trouve ça génial »

(Participant 24 – volet 2)

Même si tous les participants du volet 2 ont fait l'essai de la filtration combinée, deux d'entre eux ont indiqué qu'ils n'en feraient pas une utilisation systématique.

Importance du temps et du lieu

Finalement, comme la filtration combinée représentait plus d'étapes et qu'il y avait plus de matériel à manipuler, une attention particulière a été accordée au temps et au lieu de préparation des MO pendant les essais des participants. En ce qui a trait à l'influence du lieu d'injection, la grande majorité des participants n'ont pas abordé ce sujet spontanément. La question devait leur être posée afin de savoir si le lieu avait influencé leur appréciation du matériel et des étapes proposées :

« - **Pendant ton essai, où as-tu fait tes hits?**

- **Soit dans mon squat ou dehors.**

- **Est-ce que ça t'a causé des problèmes de faire tes shots dans ces endroits?**

- **Non, ça pas causé de désavantages** » (Participant 21 – volet 2)

Curieusement, les deux seules personnes qui ont indiqué que le matériel et les étapes de préparation n'étaient pas adaptés pour l'injection dans des endroits publics sont des participants qui ont fait tous leurs essais dans leur résidence privée. Aucun des participants s'étant injectés dans des endroits publics n'a soulevé d'inconvénients quant au lieu. Cependant, quelques-uns ont mentionné, qu'en situation de manque, le processus pourrait s'avérer trop long :

« **Ça peut être un peu gossant à faire, mettons quand quelqu'un est pressé. Pour la première dose de la journée, quand ça presse bin gros, peut-être qu'ils ne prendront pas le temps de le faire** »

(Participant 29 – volet 2)

Donc, il semble que ce soit plutôt la situation de manque (sevrage) que le lieu qui ferait en sorte que les étapes de préparation s'avèreraient trop longues. Par contre, la grande majorité de tous les participants du volet 2 ont estimé que le temps de préparation était légèrement plus long sans être problématique :

« - **Pour ce qui est du temps?**

- **C'est un peu plus long, mais c'est les premières fois...**

- **Ça te prenait combien de temps de plus environ?**

- **C'est négligeable... ...c'est juste parce que c'était nouveau. Je veux pas le péter...** »

(Participant 23 – volet 2)

Un participant a même relativisé la question du temps en faisant une comparaison intéressante :

« **Le monde vont se rendre compte qu'il y a plus d'étapes, mais en fait, c'est moins long pareil que de tout le temps rajouter de l'eau, réchauffer et te ré-injecter** » (Participant 28 – volet 2)

Effet ressenti suite à l'utilisation du nouveau matériel

Les étapes de préparation recommandées pour la préparation de MO incluait l'emploi d'une plus grande quantité d'eau et le chauffage de la solution. De manière théorique, la plus grande dilution ne devait pas affecter la puissance de la dose injectée, alors que le chauffage devait permettre de retirer plus de principes actifs. L'acceptabilité de ces étapes est évidemment fortement influencée par l'effet ressenti par les participants suite à l'injection. Les participants du volet 2 ont donc été invités à discuter de l'effet qu'ils ont ressenti après s'être injectés. Généralement, les participants ont indiqué que l'effet n'était pas différent :

« **Je l'ai chauffé. J'ai fait ce que tu m'as dit. Tu m'as dit que j'allais retirer plus de principes. J'ai pas vu de différence honnêtement** » (Participant 24 – volet 2)

Cependant, quelques participants qui ont préparé de grosses doses (ex. Hydromorph Contin® 30 mg) ont ressenti un effet supérieur :

« Ah oui... ... c'était quelque chose! Normalement dans le Stéricup, je te dirais que sur un premier shoot de 30, c'est comme si je me pétais une 12 mg ou une 18 mg à la limite, mais là j'avais vraiment mon high d'une 30 au complet, one shot. Pis c'est là, la différence....
...au lieu de le faire en deux-trois shots » (Participant 30 – volet 2)

Il faut noter ici que l'effet supérieur ressenti par quelques participants semble plutôt dû à la capacité du contenant et de la seringue 3 ml à contenir toute la solution d'une grosse dose et non au chauffage de la substance.

Réutilisation du matériel

En ce qui a trait à la réutilisation du matériel d'injection lors du volet 1 (Tableau 8), six participants (35%) ont affirmé qu'ils réutiliseraient la seringue 3 ml, car ils auraient ainsi moins de matériel à traîner :

« Ça serait moins de trouble.
Tu as juste à sortir une nouvelle aiguille »
(Participant 05 – volet 1)

Ceci représenterait une nouvelle pratique à risque qui n'existe pas avec les seringues serties. De plus, 24% des participants réutiliseraient l'aiguille 27 G x ½" . Toutefois, ils la réutiliseraient comme ils réutilisent déjà la seringue 1 ml. Bien que ces pratiques à risque aient été documentées lors du volet 1, elles n'ont toutefois pas été mentionnées par les participants du volet 2. En effet, aucun participant n'a conservé le même barillet afin de le réutiliser à plusieurs reprises avec de nouvelles aiguilles. De façon générale, ils n'ont pas réutilisé la seringue 3 ml. Les quelques participants qui ont mentionné avoir réutilisé la seringue 3 ml, l'ont réutilisée comme ils réutilisent déjà la seringue 1 ml :

« - Y'en a une que j'ai réutilisée deux jours plus tard (seringue 3 ml), parce que je n'avais pas de 3cc sous la main, pis j'avais besoin d'une 3cc. Faque je l'ai rincée...
- As-tu pris une nouvelle aiguille?
- Non, j'ai pris la même.
- Est-ce que ça t'arrive de réutiliser la 1cc?
- Ça m'arrive des fois ... » (Participant 23 – volet 2)

De plus, aucun participant du volet 2 n'a réutilisé le Sterifilt®, que ce soit pour préparer une autre dose ou en le rinçant pour récupérer les résidus captés par la membrane du filtre. Au cours du volet 1 (Tableau 8), seulement deux participants (11%) ont indiqué qu'ils tenteraient de le rincer (« le washer »).

Tableau 8. Réutilisation du matériel

		n	%
Réutilisation de la seringue 3 ml			
	Oui	6	35
	Non	7	41
	Fait déjà (1 ml)	4	24
	n/a*	3	--
Réutilisation de l'aiguille			
	Oui	0	0
	Non	13	76
	Fait déjà (1 ml)	4	24
	n/a*	3	--
Réutilisation du contenant			
	Oui	0	0
	Non	5	25
	Fait déjà	15	75
Réutilisation du Sterifilt®			
	Oui	2	11
	Non	17	89
	n/a*	1	--
Réutilisation du filtre de coton			
	Oui	0	0
	Non	7	35
	Fait déjà	13	65

* La question n'a pas été posée à ceux ayant répondu qu'ils n'accepteraient pas d'utiliser la seringue 3 ml, l'aiguille ou le Sterifilt®.

Finalement, la grande majorité des participants du volet 2 ont initialement indiqué ne pas avoir réutilisé le contenant et le filtre de coton. Cependant, une question additionnelle a permis de nuancer leurs réponses :

« - ***Qu'as-tu fait avec ton matériel après tes injections?***
 - ***Je l'ai mis dans corbeille pis dans un bac que je traîne sur moi. Mon matériel, je l'utilise une fois.»***
 - ***Pour ce qui est du Maxicup et du filtre de coton. Les as-tu gardés pour des washs?***
 - ***Mes cotons, je m'en sers une fois et je garde le cup pour des washs***
 - ***Tu washs pas tes cotons?***
 - ***Oui, mais je m'en sers pas pour filtrer une deuxième fois »***
 (Participant 24 – volet 2)

Des résultats similaires ont été obtenus au cours du volet 1. Trois participants sur quatre (75%) réutiliseraient le nouveau contenant (Tableau 8). Toutefois, ils le réutiliseraient comme ils réutilisent celui qui est déjà disponible, c'est-à-dire pour faire des « washs ». Il en est de même pour le filtre de coton; 65% le réutiliseraient pour les mêmes raisons. Donc, il semble que l'introduction du Maxicup® n'engendrerait pas de nouvelles pratiques à risque. Il serait également important de mentionner que, malgré le fait que certains participants aient gardé des contenants et des filtres pour les « washer » ultérieurement, ces derniers n'ont pas été contaminés par du sang, car, d'après ce qu'ils ont décrit, la seringue 3 ml leur a permis d'aspirer toute la solution dissoute en une seule fois.

4 LIMITES DU PROJET

Cette évaluation ne peut rendre parfaitement compte de l'acceptabilité des items et des étapes de préparation proposés pour toutes les personnes qui s'injectent des MO. Tout d'abord, seulement une trentaine de personnes ont été interrogées. Et vingt d'entre elles ont utilisé le matériel uniquement avec de l'eau. De plus, les personnes ayant fait l'essai du matériel dans des conditions réelles étaient toutes des consommateurs « d'expérience ». Il est possible que des consommateurs moins expérimentés auraient eu des réactions différentes.

Par ailleurs, le matériel a été testé avec les substances les plus souvent utilisées à Montréal. Nous n'avons donc pas d'informations sur son acceptabilité et sa facilité d'utilisation avec d'autres MO.

La période de l'année peut également avoir teinté les résultats obtenus. En effet, le projet s'est déroulé en fin d'été et au début de l'automne. Il est possible que le matériel, notamment le Sterifilt®, aurait été plus difficile à utiliser à l'extérieur durant l'hiver.

Finalement, les résultats obtenus ont probablement été influencés par la rupture de stock de seringues Terumo® 1 ml survenue à Montréal en septembre et octobre 2014. En effet, comme elle peut servir avec une aiguille identique, la seringue 3 ml devenait une alternative intéressante à la Terumo® 1 ml.

Malgré ces limites, les informations recueillies demeurent tout à fait pertinentes pour la réflexion sur l'amélioration du matériel fourni aux personnes UDI.

5 SYNTHÈSE DE L'ÉVALUATION

La présente évaluation fournit des informations précieuses quant à l'acceptabilité du nouveau matériel et des étapes proposées pour l'injection de MO. De manière générale, le projet fait clairement ressortir l'intérêt des personnes UDI pour la démarche proposée. Le fait qu'un seul des onze participants au volet 2 n'ait pas été revu pour sa 2^e rencontre en témoigne. Les participants ont effectué les essais avec rigueur; plusieurs participants du volet 2 ont même essayé le matériel avec différentes substances pour mieux l'évaluer. Les commentaires recueillis seront très utiles pour les prochaines étapes.

Avant de faire la synthèse de l'évaluation item par item, et étape par étape, il est intéressant de souligner deux thèmes mentionnés de manière récurrente par les participants. Comme le font ressortir les quelques extraits qui suivent, ils souhaitent, d'une part, que le matériel soit mis à la disposition des personnes qui s'injectent des MO et, d'autre part, ils soulignent leur capacité à s'adapter à des nouveaux items et de nouvelles techniques de préparation :

« Ah oui, il faut que vous partiez la machine... ...c'est bon pour les utilisateurs de 3cc et pour les utilisateurs de 1cc. Dans le fond vous allez distribuer les nouveaux outils et c'est à nous de s'habituer avec ces nouveaux outils... ...Honnêtement, si y'avait ça présentement sur les tablettes, je prendrais juste ça ! » (Participant 24 – volet 2)

« Oui, il y a du monde qui vont s'en servir. Regarde avec le Stéricup, je voulais rien savoir au début, pis là je le prends. En 2007, j'étais avec (nom de la personne) dans rue, pis elle, elle prenait le Stéricup, l'eau, le coton. Moi ces affaires-là, je les crissais toutes au vidange. À force de la regarder faire, j'ai commencé à faire pareil » (Participant 25 – volet 2)

« ... moi j'aimerais bien qu'il soit disponible. C'est des alternatives. C'est des choses qui ont été bien pensées. Je trouve ça important et magnifique pour les génériques et les hydromorphes. On aurait dû avoir ça depuis longtemps » (Participant 30 – volet 2)

Les prochains paragraphes font la synthèse de l'évaluation de l'acceptabilité pour chaque nouvel item et pour chaque étape de préparation proposée.

Maxicup®

Bien que son emballage ait suscité plusieurs critiques, le contenant a été fortement apprécié par les participants. Il pourrait même être préféré au contenant actuel pour d'autres substances que les MO. D'un point de vue de santé publique, son utilisation ne semble pas poser de problèmes, car elle n'engendrerait pas de nouvelles pratiques à risque.

Sterifilt®

Le Sterifilt® a été jugé acceptable par les participants de l'évaluation. Les données recueillies suggèrent qu'il serait également utilisé pour filtrer d'autres substances injectées par les personnes UDI de Montréal. Tout comme pour le Maxicup®, son utilisation ne semble pas poser de problèmes d'un point de vue de santé publique car elle n'engendrerait pas de nouvelles pratiques à risque.

Seringue 3 ml

Alors que l'acceptabilité du Maxicup® et du Sterifilt® a été sans équivoque auprès des participants, celle de la seringue 3 ml n'a pas été unanime. Des participants l'ont appréciée, d'autres non. Certains la prendraient pour s'injecter certains MO, mais pas pour d'autres. Les participants qui ont préparé des doses produisant une grande quantité de solution ont généralement apprécié la seringue 3 ml et la trouvent acceptable. La majorité des participants qui refuseraient de l'employer indiquent que son volume est trop gros pour leurs besoins. Pour eux, la seringue 1 ml est suffisante pour s'injecter, en une seule fois, la solution préparée.

L'acceptabilité de la seringue 3 ml doit être considérée dans le contexte des risques possibles qu'elle pose. Tout d'abord, soulignons que, de manière générale, les seringues non serties (avec aiguilles détachables) possèdent un espace mort plus grand que les seringues serties (avec aiguilles fixes). Cet espace (situé à l'extrémité du barillet de la seringue) plus grand est susceptible de retenir une plus grande quantité de liquide après l'injection. Si ce liquide contient du sang, plus d'agents infectieux peuvent y être retenus. Afin de réduire les risques possibles de contamination s'il y a utilisation de seringues utilisées par d'autres, il est donc préférable de distribuer des seringues serties. (WHO 2012; WHO 2014)

La seringue 3 ml non sertie présente un autre désavantage important d'un point de vue de santé publique. En effet, certains répondants ont indiqué qu'ils emploieraient le même barillet à plusieurs reprises, en changeant uniquement l'aiguille, dans le but de transporter moins de matériel. Ceci représente évidemment une pratique à risque qu'il faut limiter.

Un autre point inquiétant provient, paradoxalement, d'un avantage soulevé par quelques participants, habitués à de fortes doses de MO. En effet, certains ont indiqué avoir ressenti un effet supérieur en utilisant le matériel et les méthodes de préparation proposés. Ils ont pu extraire un maximum de substance d'une grosse dose en employant le nouveau contenant et plus d'eau et ont pu se l'injecter d'un seul coup grâce à la seringue 3 ml. Or, ceci suggère un risque possible de surdose pour les néophytes ou les personnes ayant un degré de tolérance plus bas.

Par ailleurs, l'évaluation semble confirmer le fait que la seringue 3 ml a le potentiel de limiter la contamination du contenant et du filtre de coton par le VIH et le VHC. En effet, en rendant possible l'injection de la totalité de la solution dissoute en une seule fois, elle a permis d'éliminer le « va-et-vient » de la seringue entre le contenant et la veine.

En raison de son acceptabilité plutôt mitigée et des risques possibles associés à son utilisation, la seringue 3 ml pourrait être suggérée uniquement pour les doses de MO qui nécessiteront plus de 1 ml d'eau. Les risques possibles qui y sont associés devraient être expliqués aux intervenants et aux usagers lors de sa distribution.

Étapes de préparation proposées

Même si elles n'ont pas toujours été suivies à la lettre, l'ajout de plus d'eau et le chauffage suivi d'un temps de refroidissement ont globalement été acceptés par les participants. À tout le moins, elles avaient du sens pour eux. Quant à la filtration combinée, effectuée avec un Sterifilt® et un filtre de coton, elle a été très appréciée par les participants. Cette appréciation semble principalement due à la meilleure solution obtenue par cette filtration. Ces nouvelles étapes de préparation étant acceptables pour les personnes qui s'injectent des MO, les intervenants pourraient en faire la promotion. Selon les données recueillies durant le projet, il serait également approprié de faire des rappels sur les étapes de base pour une préparation d'une injection à moindre risque qui, bien que connues, ne sont pas toujours appliquées.

CONCLUSION

Ce projet visait à évaluer l'acceptabilité, pour les personnes qui s'injectent des MO, de nouveaux items et de nouvelles techniques de préparation recommandés par le Groupe de travail sur la révision du matériel d'injection destiné aux personnes UDI. Il a démontré, en plus de l'intérêt des personnes UDI à participer à la démarche, que les items et les techniques de préparation proposés semblent acceptables pour les personnes UDI de Montréal.

Toutefois, le projet a clairement fait ressortir que plusieurs étapes sont nécessaires avant de rendre ces items disponibles et de promouvoir ces techniques de préparation. Tout d'abord, des messages de prévention destinés aux personnes UDI devraient être développés en lien tant avec le matériel qu'avec les techniques de préparation. De plus, des formations, intégrant ces messages de prévention et présentant le nouveau matériel, devraient être offertes aux intervenants des CAMSI afin qu'ils puissent conseiller les personnes UDI, selon leurs besoins. Ces messages de prévention et ces formations devraient être développés en collaboration avec des personnes UDI qui consomment des MO. Finalement, avant d'initier la distribution de ce nouveau matériel, la pérennité de cette offre doit être assurée.

R RÉFÉRENCES

Bruneau J, Roy É, Arruda N, Zang G, Jutras-Aswad D. The rising prevalence of prescription opioid injection and its association with hepatitis C incidence among street-drug users. *Addiction* 2012;107: 1318-1327.

Leclerc P, Gallant S, Morissette C, Roy É. *Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal*. ISBN 978-2-89673-260-9 (version imprimée) ISBN 978-2-89673-261-6 (PDF). 2013.

Leclerc P, Morissette C, Tremblay C, Roy É. *Le volet montréalais du Réseau SurvUDI. Volume 3 – Données au 31 mars 2011*. ISBN 978-2-89673-327-9 (version imprimée) ISBN 978-2-89673-328-6 (version PDF). 2013.

Leclerc P, Roy É, Morissette C, Alary M, Parent R, Blouin K. *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection. Épidémiologie du VIH de 1995 à 2010 – Épidémiologie du VHC de 2003 à 2010*. ISBN 978-2-550-66361-4 (version imprimée) ISBN 978-2-550-66362-1 (PDF). 2012.

McLean S, Bruno R, Brandon S, et collab. Effect of filtration on morphine and particle content of injections prepared from slow-release oral morphine tablets. *Harm Reduct J* 2009;6: 37.

Morissette C, Cox J, De P, Tremblay C, Roy E, Allard R, Stephenson R, Graves L. Minimal uptake of sterile drug preparation equipment in a predominantly cocaine injecting population: Implications for HIV and hepatitis C prevention. *Int J Drug Policy* 2007; 18: 204-212.

Noël L, Dubé P-A, Tremblay P-Y, Groupe de travail sur la révision du matériel d'injection destiné aux UDI. *Amélioration de l'accès au matériel d'injection dans le cadre de la consommation de certains médicaments opioïdes par les personnes utilisatrices de drogues par injection*. Institut national de santé publique du Québec (version préliminaire, août 2014 - version finale à paraître en 2015).

Roy É, Arruda N, Bourgois P. The Growing Popularity of Prescription Opioid Injection in Downtown Montréal: New Challenges for Harm Reduction. *Substance Use & Misuse* 2011;46: 1142-1150.

Roy É, Arruda N, Leclerc P, Haley N, Bruneau J, Boivin J-F. Injection of drug residue as a potential risk factor for HCV acquisition among Montréal young injection drug users. *Drug and Alcohol Dependence* 2012; 126: 246-250.

WHO. *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*. ISBN 978 92 4 150743 1. 2014.

WHO. *Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs*. ISBN 978 92 4 150404 1. 2012.

ANNEXE 1

Extrait du document d'information remis aux participants lors de la 1^{ère} rencontre du volet 2

Étapes de préparation

Les étapes proposées ci-dessous ont été élaborées afin de produire une solution optimale pour l'injection et réduire les risques de contamination du matériel. Toutefois, il est important de nous mentionner quelles étapes ne te conviennent pas et pourquoi.

- Ouvrir l'emballage du Maxicup® et en retirer le contenant seulement (sans toucher aux parois intérieures avec ses doigts).



- Mettre le manchon sur le contenant.
- Déposer la substance dans le contenant et effectuer un premier pilage.
- Ajouter de l'eau (en quantité plus grande que d'habitude. Des analyses en laboratoire ont démontré qu'une solution plus diluée ne réduit pas l'intensité du hit et facilite la dissolution).
- Effectuer un deuxième pilage (si nécessaire) et mélanger la solution.
- Rajouter de l'eau (si nécessaire) et mélanger à nouveau.
- Chauffer la solution (des résultats d'analyses toxicologiques ont révélé qu'un chauffage adéquat facilite la dissolution et la filtration en plus d'améliorer l'extraction des principes actifs).
- Allouer un temps de refroidissement après le chauffage sinon le Sterifilt® perd son pouvoir filtrant.

- Ouvrir l'emballage de la seringue.
- Ouvrir l'emballage du Sterifilt®
(ne pas sortir le filtre de l'emballage afin de ne pas toucher au filtre avec ses doigts).



- Insérer ce dernier au bout de la seringue en prenant soin de ne pas toucher la membrane.
(Fixer le filtre directement sur l'embout du barillet - Pousser le filtre en le tournant afin d'obtenir l'étanchéité).



- Déposer le filtre de coton contenu dans le kit Maxicup® dans le contenant
(ne pas toucher au filtre avec ses doigts).



- Aspirer lentement la solution en effectuant une filtration combinée. Pour cette filtration, la membrane du Sterifilt® doit être appuyée sur le filtre de coton qui est déjà dans la solution.



- Retirer le Sterifilt® (ce dernier ne peut pas être utilisé une deuxième fois, car il sera saturé de résidus).

- Insérer l'aiguille sur le bout de la seringue (fixer l'aiguille directement au bout du barillet – Comme le Sterifilt®, pousser l'aiguille en la tournant afin d'obtenir l'étanchéité).



- Procéder avec les étapes habituellement proposées (tampon d'alcool avant injection et tampon sec après).
- Disposer de votre matériel de façon sécuritaire. Ne pas détacher l'aiguille de la seringue. Déposer la seringue et l'aiguille dans un bac de récupération.

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Est-de-
l'Île-de-Montréal**

Québec 