



Statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention du VIH et des hépatites B et C auprès des personnes UDI au Québec

Avril 2006 à mars 2007

Lina Noël Institut national de santé publique du Québec
Richard Cloutier Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec



information



formation



recherche



coopération
internationale

INTRODUCTION

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 ainsi que d'autres services psychosociaux. La plupart des CAMI récupèrent les seringues usagées. Le réseau des CAMI a été mis en place au Québec à la fin des années 1980. Ce sont des organismes communautaires, des établissements du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des pharmacies.

Les statistiques compilées par les responsables des CAMI permettent d'établir un portrait des interventions réalisées sur une période de 12 mois et de suivre l'évolution de la situation au fil des ans grâce à des indicateurs standardisés (les rapports des années précédentes sont disponibles au www.msss.gouv.qc.ca/itss). Le présent rapport fournit une analyse des statistiques pour la période allant d'avril 2006 à mars 2007. Il a été réalisé grâce à la collaboration de nombreux partenaires provenant des directions de santé publique et des CAMI du Québec.

Ce document s'adresse aux gestionnaires, aux professionnels de la santé et aux intervenants en toxicomanie et en prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) qui œuvrent dans l'offre de services de santé et de services sociaux auprès des personnes UDI, qui travaillent dans des organismes communautaires, des établissements du réseau de la santé et de la sécurité publique ou dans des organismes privés telles les pharmacies.

ÉVOLUTION DU RÉSEAU DES CENTRES D'ACCÈS AU MATÉRIEL D'INJECTION

Le nombre de CAMI augmente à chaque année depuis 1997 mais atteint actuellement un plafonnement. Au 30 novembre 2007, le Québec en comptait 820 répartis dans 16 régions sur 18. Ils se répartissent selon trois types : principalement des pharmacies (58 %) mais aussi des établissements du réseau de la santé et des services sociaux (33 %) ainsi que des organismes communautaires (OC) (9 %) (Figure 1). On verra plus loin que, bien que moins nombreux, les OC sont tout de même ceux qui distribuent la plus grande quantité de matériel d'injection.

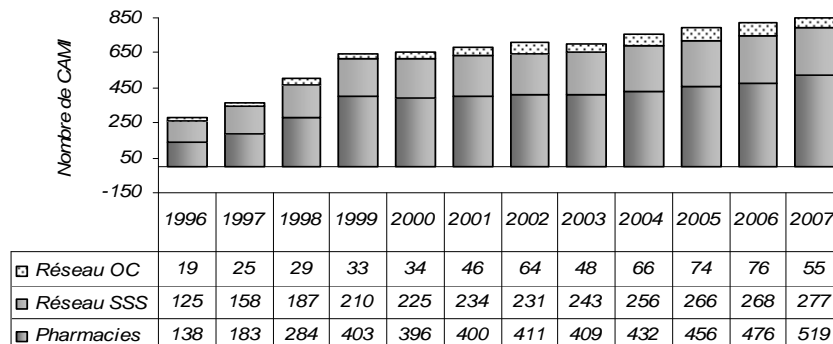
Plusieurs **pharmacies** offrent un accès gratuit au matériel d'injection stérile alors que d'autres vendent des seringues à l'unité ou une trousse contenant des seringues, des *Stéricups* (petit récipient servant à la dilution du produit à injecter), des ampoules d'eau (petit contenant de plastique) et des condoms. Plusieurs d'entre elles sont aussi associées à des programmes de traitement par la méthadone.

Les **établissements du réseau de la santé et des services sociaux** qui offrent l'accès au matériel d'injection sont des CLSC, des urgences d'hôpitaux et quelques cliniques médicales. L'accès au matériel d'injection dans ces établissements est souvent une opportunité d'offrir d'autres services de santé et de services sociaux aux personnes UDI.

En plus du matériel d'injection stérile et des activités de prévention, les **organismes communautaires** offrent du soutien psychosocial, de l'accompagnement, de la référence vers d'autres services et parfois des services de santé sur place avec la collaboration d'établissements de santé et de services sociaux. On retrouve deux types d'organismes communautaires impliqués : les centres spécialisés de prévention des ITSS auprès des personnes UDI (CSP) qui ont un mandat d'actions spécifique auprès des UDI, et des organismes communautaires à clientèle et vocation multiples (OCCVM).

FIGURE 1

Nombre de centres d'accès au matériel d'injection selon le type de centre d'accès et selon l'année, Québec 1997-2007



L'ACCÈS AU MATÉRIEL D'INJECTION

Les statistiques recueillies dans les CAMI concernent principalement le matériel mis à la disposition des personnes UDI et certains services d'aide et de référence vers les services du réseau de la santé. Dans le cadre du Programme national de santé publique (MSSS 2008), on recommande trois types de matériel à être distribués gratuitement pour prévenir la transmission du VIH et des hépatites B et C soit des seringues de 1 cc, des *Stéricups* et des ampoules d'eau stérile. Pour la période 2006-2007, **1 454 055 seringues, 617 454 ampoules d'eau et 317 571 Stéricups** distribués ont fait l'objet d'une compilation statistique.

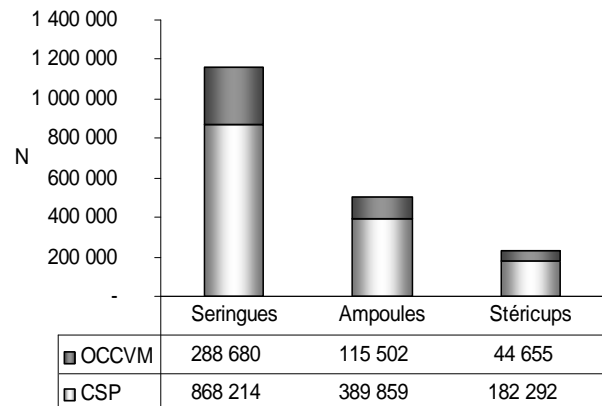
Comparativement à 2005-2006 (Noël *et coll.* 2007), l'augmentation du nombre d'ampoules d'eau (23 %) et de *Stéricups* (33 %) distribués est plus importante que celle des seringues distribuées (8 %). La hausse des quantités de *Stéricups* et d'ampoules d'eau distribués semble en constante progression depuis la mise en circulation de ces nouveaux outils de prévention en 2002. L'utilisation de ces matériaux par les personnes UDI a certes nécessité une période d'adaptation, comme pour tout changement de comportements, mais l'accès au matériel d'injection autre que les seringues est en bonne voie d'implantation.

Au Québec, les **organismes communautaires** ont distribué 1 156 894 seringues en 2006-2007 (Figure 2), soit 80,3 % de toutes les seringues comptabilisées par le programme de surveillance. Les sites fixes des organismes communautaires (CSP et OCCVM) assument plus de 80 % de la distribution du matériel tandis que le travail de proximité prend le relais pour environ 15 % du matériel mis à la disposition des personnes UDI.

La proportion des seringues distribuées par les organismes communautaires varie d'une région à une autre. Par exemple, dans la région de Québec, la distribution est assumée à 100 % par des OC alors qu'elle l'est à 96 % à Laval, 89 % à Montréal, 83 % dans les Laurentides et 75 % en Outaouais.

FIGURE 2

Statistiques sur le matériel d'injection distribué dans les organismes communautaires selon le type d'organisme, 2006-2007



OCCVM : Organisme communautaire à clientèle et vocation multiples

CSP : Centre spécialisé de prévention des ITSS auprès des personnes UDI

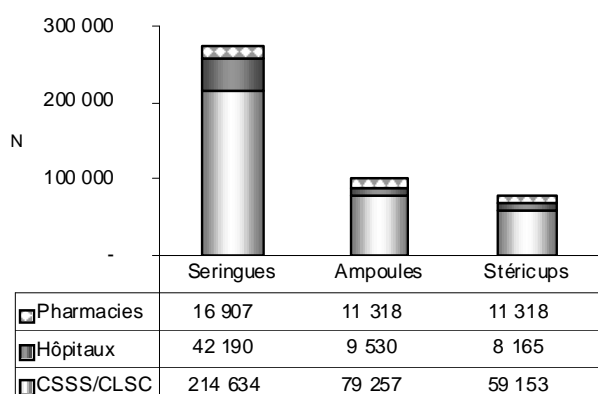
En ce qui a trait aux **établissements de santé et de services sociaux**, les CLSC des centres de santé et de services sociaux ont distribué 214 643 seringues, soit 76 % des seringues mises à la disposition des personnes UDI par les établissements de santé et de services sociaux (Figure 3). La contribution des CLSC à la prévention des ITSS chez les personnes UDI varie aussi d'une région à une autre. De manière générale, là où les OC sont peu présents, ce sont les CLSC qui assurent une grande partie de la distribution du matériel d'injection. C'est le cas en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (74 %), en Chaudière-Appalaches (64 %), en Montérégie (62 %), dans Lanaudière (62 %) et en Mauricie et Centre-du-Québec

(61 %) où plus de 60 % du matériel comptabilisé pour les statistiques est distribué par les CLSC.

Les **pharmacies** distribuent principalement des trousseaux contenant des seringues, des ampoules d'eau et des *Stéricups*, mais peu d'entre elles fournissent des données pour la compilation des statistiques de la surveillance nationale.

FIGURE 3

Statistiques sur le matériel d'injection distribué en pharmacie et dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux selon le type d'établissement, 2006-2007



Dans les régions où les pharmaciens comptent des statistiques (9 régions sur 16), la proportion du matériel distribué en pharmacie varie entre 9 % et 49 % de l'ensemble de la distribution régionale. Dans les régions du Nord-du-Québec et de l'Abitibi-Témiscamingue, les pharmaciens sont des partenaires importants qui distribuent plus de 40 % du matériel. Aussi, même si les données en provenance des pharmacies indiquent qu'elles ont distribué 16 907 seringues en 2006-2007 (Figure 3) ce nombre est bien en deçà de la réalité. La contribution des pharmaciens au programme de prévention du VIH et des hépatites est importante et soutenue depuis de nombreuses années.

La distribution de seringues par les **hôpitaux** représente 15 % de l'ensemble des seringues distribuées par le réseau de la santé et des services sociaux incluant les pharmacies. La proportion du matériel distribué dans les régions de Chaudière-Appalaches (36 %), de la Mauricie et Centre-du-Québec (31 %), de l'Abitibi-Témiscamingue (25 %), du Saguenay-Lac-Saint-Jean (22 %) et de la Montérégie (22 %) démontre que la contribution des urgences est importante pour approvisionner les personnes en demande de matériel d'injection stérile. Même si les hôpitaux distribuent de petites quantités de matériel d'injection, la majorité des régions du Québec comptent sur leur participation. Seulement quatre régions n'ont rapporté aucune distribution en CH au cours de la période 2006-2007, soit celles de Québec, Laval, Nord-du-Québec et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Certaines régions du Québec distribuent de petites quantités de seringues chaque année. C'est le cas notamment des régions Nord-du-Québec et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine pour la période 2006-2007 (Tableau 1). Cependant, toutes les régions du Québec demeurent attentives à la situation et ont développé un réseau de CAMI prêts à intervenir pour répondre à la demande des personnes UDI.

La **moyenne de seringues distribuées** par visite d'usager constitue un indicateur intéressant pour observer les conditions de mise à disposition du matériel d'injection. En 2006-2007, cette moyenne est de **12,7** (Tableau 1). La moyenne nationale varie peu d'une année à l'autre, mais certaines régions connaissent des augmentations importantes du nombre de seringues distribuées par visite d'usager (VU).

Au cours de la période 2006-2007, la région du Bas-Saint-Laurent (41 seringues par VU), celle de l'Estrie (67,9 seringues par VU) et de Lanaudière (40 seringues par VU) ont connu une situation exceptionnelle.

Cette situation s'explique soit par la participation de membres de la communauté qui s'impliquent dans la distribution ou par une importante distribution dans l'ensemble des CAMI (étendue : entre 30 et 200 seringues par visites d'usagers).

TABLEAU 1

Statistiques sur la distribution des seringues dans les régions du Québec, avril 2006 à mars 2007

Région	Nombre de visites d'usagers	Nombre de seringues distribuées	Nombre moyen de seringues distribuées par visite d'usagers
Bas-Saint-Laurent	270	11 070	41,0
Saguenay—Lac-Saint Jean	2 398	15 223	6,3
Québec	27 197	331 966	12,2
Mauricie et Centre-du-Québec	3 452	62 929	18,2
Estrie	854	57 971	67,9
Montréal-Centre	67 282	802 000	11,9
Outaouais	963	8 747	9,1
Abitibi-Témiscamingue	1 333	10 482	7,9
Côte-Nord	--	--	--
Nord-du-Québec	38	180	4,7
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	19	185	9,7
Chaudière-Appalaches	742	3 842	5,2
Laval	173	4 207	24,3
Lanaudière	1 440	57 658	40,0
Laurentides	2 850	55 185	19,4
Montérégie	2 194	33 108	15,1
TOTAL	111 205	1 454 753	12,7

ÉVOLUTION DE L'ACCÈS AU MATÉRIEL D'INJECTION

Certaines régions du Québec ont enregistré une augmentation importante de leurs activités de distribution au cours de la dernière période. Les régions du Bas-Saint-Laurent (hausse des **visites d'usagers** : 19 % et du nombre de seringues distribuées : 84 %), du Saguenay—Lac-Saint-Jean (hausse des visites d'usagers : 48 % et du nombre de seringues distribuées : 51 %) et de Lanaudière (hausse des visites d'usagers : 38 % et du nombre de seringues distribuées : 76 %) comptent

parmi celles dont les augmentations ont été les plus importantes. À l'inverse, les régions de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine (baisse de 63 % des visites d'usagers et 54 % du nombre de seringues) et de Laval (baisse des visites d'usagers : 37 % et du nombre de seringues : 212 %) ont enregistré une baisse importante de leurs activités de distribution.

Les fluctuations d'amplitude à la hausse ou à la baisse sont principalement rapportées dans les régions à l'extérieur des grands centres urbains. Ces derniers n'ont connu que de légères augmentations du nombre

de seringues distribuées au cours de la dernière période (Montréal 3 %, Québec 9 %, Estrie 12 %). Deux régions limitrophes de Montréal (Laval et Montérégie) ont enregistré une baisse des activités de distribution de seringues de 212 % et 33 % respectivement.

Ces données mettent en relief la mobilité des personnes toxicomanes qui se déplacent en fonction de divers impératifs que ce soit l’approvisionnement en produits psychotropes, le rapprochement d’autres consommateurs et dans les grands centres urbains, l’obligation de se loger ou encore les tentatives de s’éloigner du milieu de la consommation. L’usage de drogues est aussi caractérisé par des périodes d’arrêt qui peuvent s’accompagner d’un retour en région dans le cas des personnes qui s’étaient établies dans les grands centres urbains. Il apparaît donc essentiel de maintenir des activités de prévention dans toutes les régions du Québec pour garantir un accès au matériel d’injection stérile peu importe les circonstances.

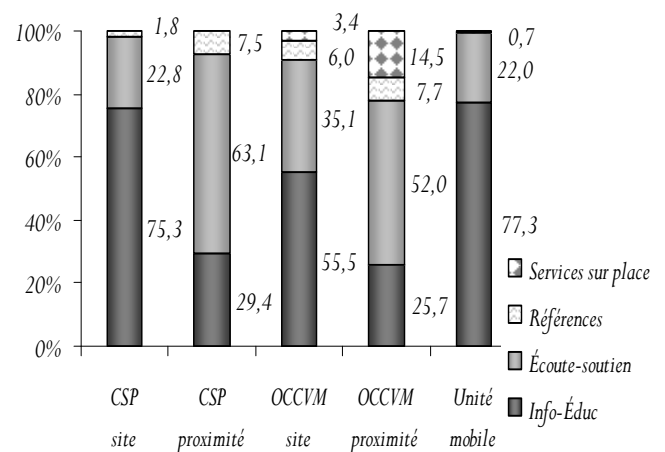
AUTRES SERVICES OFFERTS AUX USAGERS

Dans l’ensemble des CAMI qui transmettent des statistiques, les services autres que l’accès au matériel d’injection stérile sont : l’information-éducation (65 %), l’écoute et le soutien psychosocial (30 %), les références vers d’autres services (3 %), et les services cliniques ou autres dispensés sur place (1 %). Dans les établissements du réseau de la santé c’est en moyenne 19 % 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. Ces derniers rapportent surtout des services d’information-éducation, d’écoute et de soutien psychosocial (Figure 4).

Les travailleurs de proximité semblent offrir davantage de services d’écoute et de soutien psychosocial (CSP travail de proximité : 63 % et OCCVM travail de proximité : 52 %), alors que les sites fixes et les unités mobiles sont des lieux d’information et d’éducation. Les services conseils, le dépistage des ITSS ainsi que des services cliniques sont aussi dispensés dans les milieux de vie des personnes UDI par le biais des OCCVM.

FIGURE 4

Statistiques sur les autres services offerts dans les organismes communautaires, 2006-2007

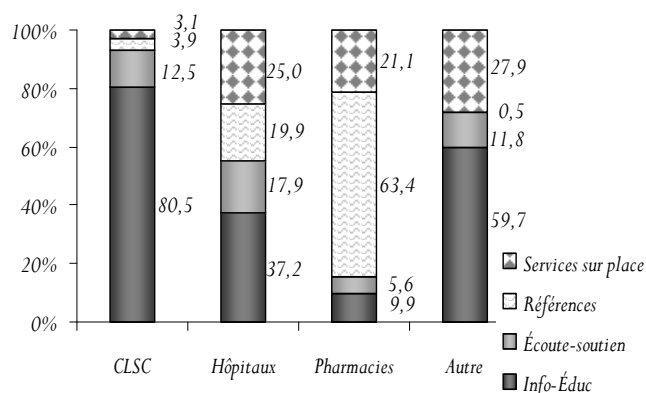


Dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et les pharmacies, la situation est différente (Figure 5). Les CLSC des CSSS offrent principalement de l’information et de l’éducation (80 % des services dispensés), un peu d’écoute et de soutien psychosocial, de référence et de services sur place. Lorsque les personnes UDI se rendent dans les hôpitaux elles peuvent s’attendre à recevoir de l’information, du soutien de la référence et des services de santé. Par ailleurs, la proportion des usagers qui se rendent dans ces sites représente seulement (4 %) de l’ensemble de la clientèle des CAMI.

Les pharmaciens semblent bien outillés pour la référence vers les autres ressources puisque 63 % des autres services enregistrés dans les pharmacies qui participent à la collecte des statistiques nationales sont des services de référence (Figure 5). Ils indiquent offrir des services sur place (25 %) dans une plus grande proportion que les CLSC (3,1 %).

FIGURE 5

Statistiques sur les autres services offerts dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, 2006-2007



Compte tenu du rôle croissant des pharmaciens dans la mise à disposition du matériel d'injection stérile, il serait pertinent de mener une enquête sur les types de services offerts dans les pharmacies et sur les besoins des pharmaciens qui participent aux efforts de prévention.

La catégorie *autre type de CAMI* regroupe, selon la période, des organismes en toxicomanie, des organismes paramédicaux, des cliniques médicales ou même des regroupements de consommateurs qui s'approvisionnent directement dans les directions de santé publique. Les services offerts dans cette catégorie dépendent de sa composition durant la période à l'étude. Ainsi en 2006-2007, une association paramédicale s'est engagée dans la mise à disposition de matériel d'injection et a offert toute la gamme des

services accessibles dans les CAMI (Figure 5). Cependant, la clientèle touchée par ces interventions est inférieure à 1 %.

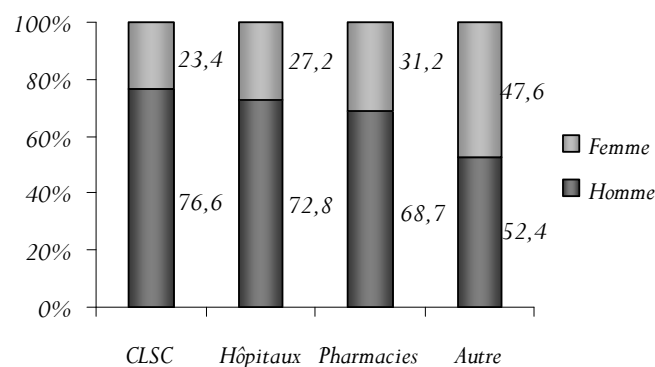
CARACTÉRISTIQUES DES USAGERS DES CAMI

Depuis la mise en place de la stratégie de réduction des méfaits et l'implantation des programmes de prévention des ITSS auprès des personnes faisant usage de drogues par injection, la **proportion homme : femme** dans les programmes d'échange de seringues est demeurée la même soit une femme pour trois hommes. La période 2006-2007 ne fait pas exception à la règle (Figure 6).

Tous les organismes communautaires, sauf les unités mobiles, rejoignent entre 30 % et 38 % de femmes avec une fréquence légèrement supérieure dans les interventions de proximité (CSP : 35,8 % et OCCVM : 37,9 %, Figure 6). Dans les unités mobiles, la proportion est la même soit de trois hommes pour une femme.

FIGURE 6

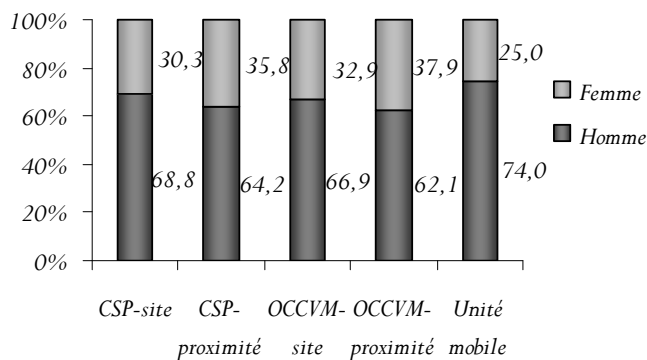
Statistiques sur le sexe des usagers selon le type d'organisme communautaire, 2006-2007



La fréquentation des établissements du réseau de la santé et des services sociaux se fait de manière plus différenciée selon le sexe. Les CLSC et les urgences des hôpitaux rapportent une plus faible proportion de femmes que les pharmacies (Figure 7). Dans la catégorie « autres », le nombre de sites et de visites d'usagers est peu important ce qui limite la comparaison avec les autres types de sites.

FIGURE 7

Statistiques sur le sexe des usagers selon le type d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux, 2006-2007



L'âge des usagers des CAMI se situe généralement entre 20 et 50 ans et très peu d'entre eux ont moins de 19 ans (Figures 8 et 9). Les visiteurs les plus âgés (40 ans et plus) semblent être rejoints par les interventions de proximité et fréquenter davantage les CLSC, tandis que les plus jeunes (20 à 29 ans) sont davantage rejoints par les unités mobiles et se rendent dans les pharmacies. Toutes ces informations nous indiquent l'importance de chacune de ces portes d'entrée pour l'accès à du matériel d'injection stérile pour une population qui présente souvent des habitudes de consommation très diversifiées.

FIGURE 8

Statistiques sur les groupes d'âge des usagers selon le type d'organisme communautaire, 2006-2007

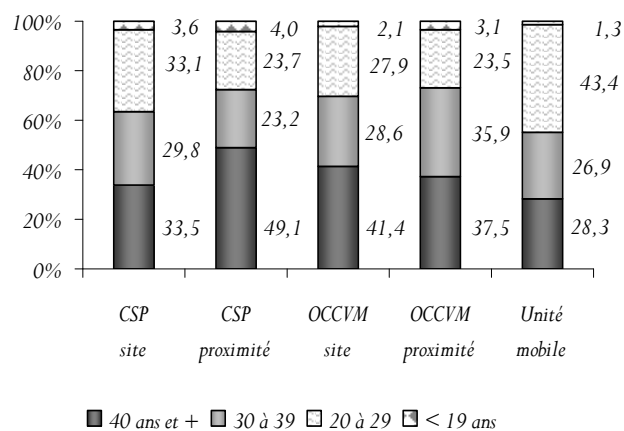
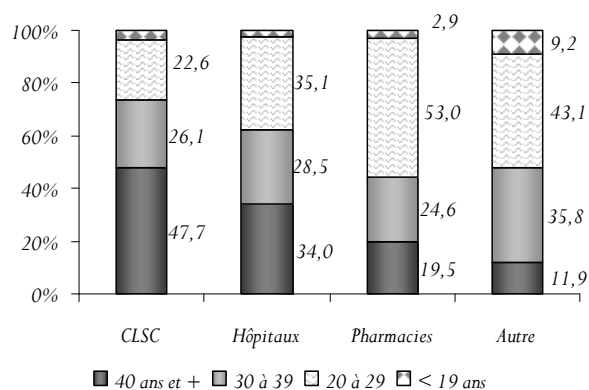


FIGURE 9

Statistiques sur les groupes d'âge des usagers selon le type d'établissement du réseau de la santé et des services sociaux, 2006-2007



LA MISE EN CIRCULATION DU MATÉRIEL DANS LES CAMI

La distribution de seringues aux usagers des CAMI et la mise en circulation du matériel auprès des responsables des CAMI sont deux indicateurs intéressants pour suivre la situation des programmes de prévention des ITSS auprès des UDI. Cependant, ils s'interprètent différemment. Alors que le premier est le reflet de l'activité des usagers des programmes de prévention, le second s'interprète surtout en fonction de l'activité des centres d'accès. Par exemple, une augmentation de la visibilité des programmes de prévention comme ce fut le cas en 2006 avec l'implantation du système intégré de récupération des seringues et des aiguilles usagées (Gilbert *et al* 2007), peut entraîner une augmentation du nombre de CAMI qui demandent du matériel à remettre à leurs clients. Avant que les quantités demandées ne soient toutes distribuées, il peut s'écouler parfois plus d'une année. Cet indicateur sur la mise en circulation du matériel est surtout utile pour les régions qui arrivent difficilement à suivre la situation en raison de l'absence de données statistiques sur les demandes des usagers dans les CAMI.

Les seringues, les ampoules d'eau et les *Stéricups* (Figure 10) mis en circulation par les responsables régionaux des programmes de prévention des hépatites et du VIH auprès des personnes UDI sont offerts soit en trousse ou à l'unité en quantité désirée.

Les trousseaux sont généralement utilisés par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et les pharmacies; le matériel à l'unité, quant à lui, se retrouve surtout dans les organismes communautaires qui les distribuent sans restriction aux usagers des programmes de prévention. La trousse contient 4 seringues, 4 ampoules d'eau et

4 *Stéricups*. Pour le suivi du matériel mis en circulation dans les CAMI, seule les seringues sont comptées.

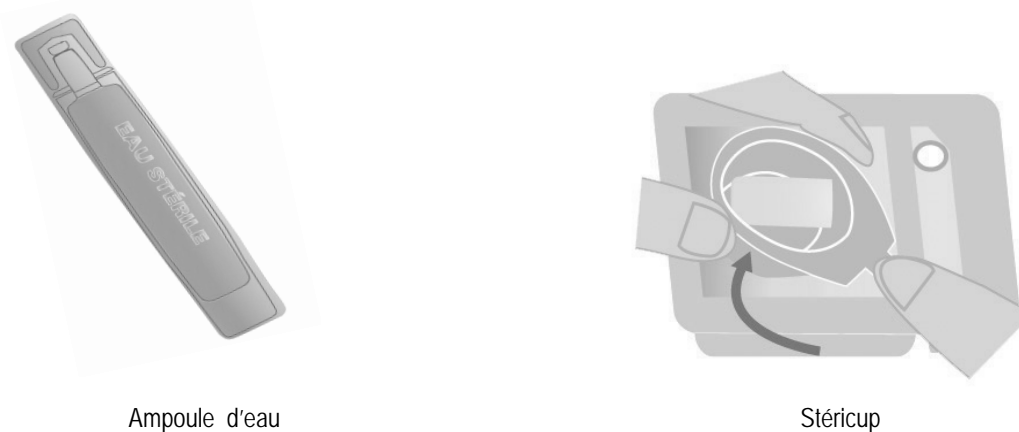
Au cours des dernières années, l'intensification des efforts de prévention en vue de limiter la transmission du virus de l'hépatite C par le partage du matériel d'injection, s'est traduite par une augmentation des quantités de matériel acheminé dans les CAMI. L'augmentation, qui était de 6 % entre 2003-2004 et 2004-2005, est passée à 17 % entre 2004-2005 et 2005-2006. Au cours de la période 2006-2007, c'est 1 769 478 **seringues qui ont été mises en circulation** dans les CAMI soit une augmentation de 4 % (Tableau 2).

Les augmentations des quantités de seringues mises en circulation les plus importantes ont été observées dans les régions du Bas-St-Laurent, du Saguenay-Lac-Saint-Jean et de l'Abitibi-Témiscamingue.

Les régions de Laval et de la Montérégie ont elles aussi connu une légère augmentation. Montréal et Québec enregistrent, pour leur part, une baisse ou une faible augmentation du nombre de seringues mises en circulation dans leurs sites sans que cela n'affecte le nombre de seringues distribuées qui est en augmentation de 3 % et 9 % respectivement dans ces deux régions.

FIGURE 10

Matériel de prévention mis à la disposition des usagers des programmes de prévention des hépatites et du VIH



Ampoule d'eau

Stéricup

TABLEAU 2

Statistiques sur les quantités de seringues mises en circulation dans les CAMI selon les régions, avril 2006 à mars 2007

Région	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
Bas-Saint-Laurent	493	2 945	2 475	4 640
Saguenay—Lac-Saint-Jean	2 748	5 008	7 500	25 371
Québec	224 760	282 512	339 343	357 109
Mauricie et Centre-du-Québec		51 932	99 640	88 820
Estrie	10 400		20 260	13 456
Montréal-Centre	987 100	938 720	1 084 680	1 074 340
Outaouais	2 764	4 574	4 280	5 476
Abitibi-Témiscamingue	30 270	37 896	61 200	88 540
Côte-Nord	2 668	1 600	2 040	
Nord-du-Québec	180	580	580	
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	272	592	172	492
Chaudière-Appalaches		6 144	8 278	7 280
Laval	8 800	6 000	12 300	13 800
Lanaudière		0	22 200	15 008
Laurentides		3 769	34 947	9 323
Montérégie	48 682	60 765		65 823
TOTAL	1 319 137	1 403 037	1 699 895	1 769 478

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 personnes faisant usage de drogues par injection. Depuis, les efforts de prévention se sont multipliés et des projets d'intervention dans les milieux de vie, de pairs aidants et de mobilisation des usagers de drogues en vue d'améliorer les services de prise en charge des personnes présentant des problèmes de toxicomanie, de santé mentale et d'infections transmissibles sexuellement et par le sang se sont développés.

Le bilan des activités de prévention (Noël *et al.* 2007) montre qu'il s'est développé au Québec, une multitude d'initiatives trop souvent isolées les unes des autres et pas assez d'actions concertées entre des partenaires pourtant tous concernés par les mêmes clientèles. Alors que des pays comme l'Australie (Lowe *et al.* 1999) et la Suisse (Dubois-Arber 1999) ont lancé une véritable offensive pour combattre la toxicomanie et les infections par le VIH et le VHC et que la France a proposé des réseaux de pratique en addictologie (MSS, 2007) qui permettent aux centres d'accès aux matériel d'injection (les boutiques) de faire partie d'un véritable réseau de pratique, le Québec ne dispose toujours pas de mesures permettant de favoriser l'accès aux services de santé pour les personnes toxicomanes infectées par le VHC (Noël *et al.* 2007).

Au Québec, les services à bas seuil d'accessibilité pour les personnes aux prises avec de graves problèmes de dépendance demeurent embryonnaires alors que cette mesure constitue, dans d'autres pays une première étape pour la réinsertion des populations les plus vulnérables. Les efforts de prévention réalisés depuis le début des années 1990 sont louables, mais il faudra des mesures beaucoup plus énergiques pour lutter contre l'épidémie de VHC qui sévit au sein des populations toxicomanes du Québec.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Dubois-Arber, F., et coll. (1999). Evaluation of the AIDS prevention strategy in Switzerland, University Institute of social and prevention medicine, Lausanne, 116 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.
- Lowe, D. et Cotton, R. (1999). Hepatitis C: a review of Australia's response. Canberra, Department of Health and Aged Care, 207 p.
- Ministère de la Santé et des Solidarités. (2007). La prise en charge et la prévention des addictions - Plan 2007-2011. Paris, Ministère de la Santé et des Solidarités, 19 p.
- MSSS (2008) Programme national de santé publique 2003-2012 mise à jour 2008. INSPQ, MSSS, 103 p.
- Noël, L., et coll. (2007). L'accès au suivi et au traitement pour les personnes atteintes de l'hépatite C au Québec. Québec, INSPQ, 110 p.
- Noël, L., et coll. (2007). 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, INSPQ, MSSS, 30 p.
- Noël, L., et coll. (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, 151 p.

RESPONSABLES RÉGIONAUX DES PROGRAMMES D'ÉCHANGE DE SERINGUES AU QUÉBEC

Claude Gauthier, Direction de santé publique du Bas-St-Laurent, Rimouski

Marcel Gauthier, Direction de santé publique du Saguenay-Lac- St-Jean, Roberval

Anne Maheu, Direction de santé publique de la Capitale-Nationale, Québec

Andrée Côté, Direction de santé publique de la Mauricie/Centre du Québec, Trois-Rivières

Johanne Milette, Direction de santé publique de la Mauricie/Centre du Québec, Trois-Rivières

Geneviève Petit, Direction de santé publique de l'Estrie, Sherbrooke

Carole Morissette, Direction de santé publique de Montréal, Montréal

Louiselle Rioux, Direction de santé publique de l'Outaouais, Gatineau

Pauline Clermont, Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Rouyn-Noranda

Claire Jalbert, Direction de la santé publique de la Côte-Nord

Marcel Brisson, Centre régional de santé et des services sociaux de la Baie-James, Chibougamau

Danielle Haché, Direction de la santé publique de la Gaspésie-les-Iles de la Madeleine, Gaspé

Louise Poulin, Direction de la santé publique de Chaudière-Appalaches, Beauceville

Alexandre St-Denis, Direction de la santé publique de Laval, Laval

Carole Marchand-Coutu, Direction de la santé publique de Lanaudière, Joliette

Louis Rousseau, Direction de la santé publique des Laurentides, St-Jérôme

Andrée Perreault, Direction de santé publique de la Montérégie, Longueuil



Ce logo indique qu'il est possible d'obtenir des seringues stériles dans l'établissement où il est affiché.

Statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention du VIH et des hépatites B et C auprès des personnes UDI au Québec

Auteurs :

Lina Noël

Institut national de santé publique du Québec

Richard Cloutier

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

N° de publication : 818

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 – 3^e trimestre 2008
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN 13 : 978-2-550-53769-4 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2008)

Institut national
de santé publique

Québec

