

INTERVENIR SELON UNE APPROCHE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS



FORMATION

Usage de drogues et prévention
des infections transmissibles
sexuellement et par le sang (ITSS)

Vers de meilleures pratiques dans les services
de réadaptation en dépendance

Formation d'une journée

CAHIER DU PARTICIPANT

PROGRAMME DE FORMATION

Intervenir selon une approche de réduction des méfaits USAGE DE DROGUES ET ITSS

Vers de meilleures pratiques dans les services de réadaptation en dépendance

Cahier du participant

Formation d'un jour

Mai 2015

Coordination

Nicole Marois, coordonnatrice professionnelle
Programmes nationaux de formation, Unité des ITSS
Direction des risques biologiques et santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

Collaboration spéciale

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

Rédaction

Richard Cloutier
Service de lutte aux ITSS,
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Claire Lahaie,
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Rédaction inspirée des travaux de :

Pierre Brisson
Programme d'études en toxicomanie,
Université de Montréal et Université de Sherbrooke

Eliocho Cournoyer
Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance
Installation CLSC des Faubourg

Jean-Sébastien Fallu
École de psychoéducation,
Université de Montréal et GRIP Montréal

Isabelle Gendron
CRD Le Virage

Pierre Paquin
Direction de la santé publique de la Montérégie
Programmes d'études en toxicomanie
Université de Montréal et Université de Sherbrooke

Secrétariat et éditique

Linda Cléroux
Programmes nationaux de formation, Unité des ITSS
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

Reconnaissance de formation

Ce programme répond aux exigences de développement et de contenu scientifique en formation continue.

Il est possible, pour tout participant, d'obtenir une reconnaissance de formation continue officielle émise par l'École de santé publique de l'Université de Montréal et l'Institut national de santé publique du Québec. Pour recevoir cette reconnaissance de formation, les participants doivent **inscrire leurs coordonnées lisiblement** et **signer la feuille de présence disponible lors de leur participation à une activité en présentiel** ou **réaliser l'entièreté d'une activité en ligne**.

Accréditation

L'unité de développement des compétences de l'Institut national de santé publique du Québec est pleinement agréée par l'École de santé publique de l'Université de Montréal. Elle reconnaît les activités de formation de l'INSPQ comme des formations universitaires sanctionnées par des UEC (unité d'éducation continue). Une unité d'éducation continue représente 10 heures de participation. L'École de santé publique de l'Université de Montréal et l'Institut national de santé publique du Québec reconnaît, à la présente activité, **0.1 UEC** pour **chaque heure** de formation.

Note : Dans ce document, l'emploi du féminin a pour but d'alléger le texte et s'applique aussi bien aux hommes qu'aux femmes.

Table des matières

PRÉAMBULE	5
BUT	7
OBJECTIFS GÉNÉRAUX	7
APPROCHE PÉDAGOGIQUE.....	7
CLIENTELE VISÉE	7
HORAIRE DE LA FORMATION.....	8
MODULE INTRODUCTION – MEILLEURES PRATIQUES D’INTERVENTION EN CRD	13
FICHE PÉDAGOGIQUE	13
HORAIRE	14
PRÉSENTATION POWER POINT	15
RÉFÉRENCES	25
MODULE 1 – DÉPENDANCE AUX DROGUES ET VULNÉRABILITÉ AUX ITSS	29
FICHE PÉDAGOGIQUE.....	29
HORAIRE.....	30
PRÉSENTATION POWER POINT	31
1.1 Les modes d’administration et leurs niveaux de risque.....	32
1.2 Dépendance et trouble lié à l’utilisation de substance.....	33
1.3 Conséquences délétères de la consommation de SPA	34
1.4 Portrait de la consommation par injection et inhalation au Québec	37
1.5 Risques d’infection de la peau et des tissus mous associés à l’injection et l’inhalation	42
1.6 SPA consommés autrement que par injection.....	45
1.7 Jeunes de la rue et passage à l’injection.....	46
RÉFÉRENCES	49
MODULE 2 – ITSS ET USAGE DE DROGUES PAR INJECTION ET INHALATION.....	53
FICHE PÉDAGOGIQUE.....	53
HORAIRE.....	54
PRÉSENTATION POWER POINT	55
2.1 La transmission des ITSS.....	56
2.1.1 Les types d’ITSS et leurs modes de transmission.....	56
2.2 Prévalence et incidence des ITSS	68
2.3 Épidémiologie des ITSS (VIH et VHC) chez les UDI	75
2.4 Prévalence du VIH et du VHC chez les personnes incarcérées au Québec	80
2.5 Prévenir les ITSS.....	82
RÉFÉRENCES	89
BIBLIOGRAPHIE COMPLÉMENTAIRE	90

MODULE 3 – L’APPROCHE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS LIÉS À L’USAGE DE DROGUES	93
FICHE PÉDAGOGIQUE	93
HORAIRE	94
PRÉSENTATION POWER POINT	95
3.1 <i>La réduction des méfaits : théorie</i>	96
3.1.1 Émergence et développement de l’approche	96
3.1.2 Définition et caractéristiques	98
3.1.3 Caractéristiques et enjeux	99
3.2 <i>La réduction des méfaits : pratiques</i>	101
RÉFÉRENCES	131
BIBLIOGRAPHIE COMPLÉMENTAIRE	133
MODULE 4 – INTERVENIR SELON LES MEILLEURES PRATIQUES EN PRÉVENTION DES ITSS : S’ENGAGER DANS DES PISTES D’ACTIONS EN CRD	139
FICHE PÉDAGOGIQUE	139
HORAIRE	140
PRÉSENTATION POWER POINT	141
4.1 <i>Portrait des activités liées aux ITSS dans les Centre de réadaptation en dépendance au Québec</i>	142
4.2 <i>L’adaptation de l’offre de services aux personnes UDI : cadre conceptuel</i>	144
4.3 <i>L’intégration de la prévention des ITSS dans les services de réadaptation en dépendance : les 4 grandes pistes d’action</i>	148
4.3.1 <i>Rendre les services de réadaptation en dépendance accessibles et attrayants pour les personnes UDI</i>	149
4.3.2 <i>Faciliter davantage l’accès à des activités de prévention des ITSS adaptés à la réalité des UDI</i>	151
RÉFÉRENCES	157
BIBLIOGRAPHIE COMPLÉMENTAIRE	158

PRÉAMBULE

Même si les études menées au Québec montrent une diminution des comportements à risque chez les personnes qui fréquentent les programmes d'accès au matériel d'injection stérile, les taux d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (14 %) et par le virus de l'hépatite C (VHC) (63 %) demeurent trop élevés. Un constat qui appelle une intervention en amont plus intensive en vue de limiter la transmission de ces deux virus, parmi les milliers de personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI) au Québec. De plus, l'amélioration des traitements pour le VIH et pour le VHC militent en faveur d'une amélioration des services aux personnes atteintes en vue de soutenir les efforts de prévention et l'offre de traitement.

La connaissance des meilleures pratiques de lutte aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) constitue un incontournable pour les centres de réadaptation en dépendance (CRD) qui offrent des services aux personnes utilisatrices de drogues par injection/inhalation. Elle permet une mobilisation pour l'adaptation des pratiques en vue d'intensifier les efforts de prévention d'infections par le VHC et le VIH et faciliter une prise en charge bio-psycho-sociale.

Inspirés des pratiques internationales en cette matière, les intervenants de la santé et des services sociaux se sont tournés vers une approche de réduction des méfaits pour répondre à la double problématique des ITSS et de l'usage de drogues. Il s'agit d'œuvrer avec un objectif clair et transversal : placer l'humain au cœur des préoccupations. La réduction des méfaits préconise une approche pragmatique, respectueuse de la personne humaine, mettant de l'avant les principes clés que sont l'acceptation de la réalité sociale de l'usage des drogues, la réduction des conséquences les plus graves de l'usage plutôt que l'élimination de l'usage et le respect des besoins et du rythme de changement des usagers de drogues. Les principes et caractéristiques de base de l'approche s'appliquent également au domaine des drogues légales et à des problématiques connexes comme la santé mentale, la prostitution, l'exclusion sociale et l'itinérance.

Le *Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*¹ a indiqué que le secteur de la santé publique doit « renforcer la collaboration avec le secteur de la dépendance dont celui de la réadaptation en toxicomanie, de manière à assurer la continuité et la complémentarité des interventions au regard des ITSS et à offrir davantage de services à bas seuil d'exigences dans les organismes communautaires.

Dans les suites de ce rapport, le Ministère de la Santé et des Services sociaux a invité l'ACRDQ à établir un portrait des activités liées aux ITSS en CRD. Ce portrait a révélé que les CRD s'impliquent déjà dans la lutte aux ITSS mais qu'il y avait possibilité d'améliorer les activités destinées aux personnes qui font usage de drogues par injection.

Du *Portrait des activités liées aux infections transmissibles sexuellement et par le sang dans les centres de réadaptation en dépendance du Québec* réalisé en 2013 par l'ACRDQ, les gestionnaires de CRD ont retenu, comme pistes d'action prioritaire, l'élaboration et la diffusion d'une formation sur les meilleures pratiques en ITSS adaptée au contexte de leurs établissements et, en concertation avec les centres de santé et de services sociaux, une offre systématique de dépistage des ITSS et de vaccination des usagers de CRD.

La fusion des CRD et des Centres de santé et de services sociaux devrait faciliter une meilleure intégration de la lutte aux ITSS au sein des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et au sein des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS).

¹ MSSS (2010). *Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. L'épidémie silencieuse: Les infections transmissibles sexuellement et par le sang.*

BUT

- Contribuer à la prévention du VIH et du VHC chez les consommateurs de drogues à risque en CRD, principalement les personnes qui utilisent des drogues par injection et inhalation, en adoptant l'approche de réduction des méfaits comme outil privilégié d'intervention.

OBJECTIFS GÉNÉRAUX

- Prendre conscience de ses perceptions et préjugés face à l'usage de drogues et les ITSS.
- Comprendre certains comportements à risque au regard de l'usage de substances psychoactives dans le contexte de vulnérabilité aux ITSS, particulièrement chez les personnes utilisatrices de drogues par injection et inhalation (UDII).
- Connaître la nature et l'épidémiologie des ITSS de même que leurs particularités au regard de l'usage de drogues par injection et par inhalation.
- Identifier les principes, les valeurs et les objectifs de l'approche de réduction des méfaits ainsi que les principales pratiques en ce domaine.
- Actualiser ses compétences d'intervention en intégrant les pratiques reconnues efficaces en prévention des ITSS auprès des personnes UDII.

APPROCHE PÉDAGOGIQUE

La formation peut se donner sur une ou deux journées.

Le format sur une journée s'adresse davantage aux personnes déjà bien formées et expérimentées dans le domaine des dépendances.

Le format de deux journées permet d'approfondir davantage les aspects de la dépendance et de l'approche de réduction des méfaits. Il permet aussi de voir mieux comment peuvent s'appliquer les meilleures pratiques en ITSS en CRD. La ou les journées sont prises en charge par deux personnes-ressources qui présentent 5 modules. L'animation sera basée sur une variété de formules : exposés, document d'accompagnement, présentations audiovisuelles, exercices individuels et de groupes, périodes de questions.

CLIENTELE VISÉE

Les gestionnaires, les intervenants psychosociaux et les infirmières travaillant dans les CRD.

HORAIRE DE LA FORMATION

(8 h 30 à 16 h 30)

INTRODUCTION **MEILLEURES PRATIQUES D'INTERVENTION DANS LES SERVICES DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE (40 MINUTES)**

MODULE 1 **DÉPENDANCE AUX DROGUES ET VULNÉRABILITÉ AUX ITSS (60 MINUTES)**

Thème 1.1 Les modes d'administration et leurs niveaux de risque

Thème 1.2 Dépendance et trouble lié à l'utilisation de substance

Thème 1.3 Conséquences délétères de la consommation de SPA

Thème 1.4 Portrait de la consommation par injection et inhalation au Québec

Thème 1.5 Risques d'infection de la peau et des tissus mous associés à l'injection et l'inhalation

Thème 1.6 SPA consommés autrement que par injection

Thème 1.7 Jeunes de la rue et passage à l'injection

Pause (10 MINUTES)

MODULE 2 **ITSS ET USAGE DE DROGUES PAR INJECTION ET INHALATION (60 MINUTES)**

Thème 2.1 La transmission des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Thème 2.2 Prévalence et incidence des ITSS

Thème 2.3 Épidémiologie des ITSS (VIH et VHC) chez les UDI

Thème 2.4 Prévalence du VIH et du VHC chez les personnes incarcérées au Québec

Thème 2.5 Prévenir les ITSS

Dîner (60 MINUTES)

MODULE 3 **L'APPROCHE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS LIÉS À L'USAGE DES DROGUES**
(70 MINUTES)

Thème 3.1 La réduction des méfaits : théorie

Thème 3.2 La réduction des méfaits : pratiques

Pause

MODULE 4 **INTERVENIR SELON LES MEILLEURES PRATIQUES EN PRÉVENTION DES ITSS :
S'ENGAGER DANS DES PISTES D' ACTIONS DANS LES SERVICES DE
RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE (90 MINUTES)**

Thème 4.1 Portrait des activités liées aux ITSS dans les centres de réadaptation en dépendance au Québec

Thème 4.2 L'adaptation de l'offre de services aux personnes UDI : cadre conceptuel

Thème 4.3 L'intégration de la prévention des ITSS dans les services de réadaptation en dépendance : les 4 grandes pistes d'actions

Évaluation de la formation

Module Introduction
MEILLEURES PRATIQUES D'INTERVENTION EN ITSS LORS
DE SERVICES DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE

MODULE INTRODUCTION – MEILLEURES PRATIQUES D'INTERVENTION EN CRD

FICHE PÉDAGOGIQUE

MODULE INTRODUCTION – MEILLEURES PRATIQUES D'INTERVENTION DANS LES SERVICES DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE

Objectif général :

- Prendre conscience de ses perceptions et préjugés face à l'usage de drogues et les ITSS.

Objectif spécifique :

- Exprimer son opinion sur les questions personnelles et sociales à propos de l'usage de drogues et des ITSS.
- Clarifier ses valeurs en tant qu'intervenant et citoyen.

Méthodes pédagogiques :

- Exposé
- Exercice
- Discussions, échanges

Durée : 40 minutes

Éléments de contenu :

- Enjeux liés à la double problématique usage de drogues et ITSS.
- Cadre de référence de la formation

Matériel d'accompagnement :

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2009). Actions proposées pour la prévention du VIH-sida et de l'hépatite C chez les personnes utilisatrices de drogues. Comité conseil sur la prévention du VIH et du VHC chez les personnes utilisatrices de drogue. Québec.

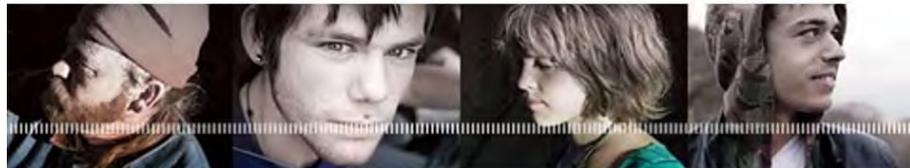
HORAIRE

Exercice d'introduction	5 min
Introduction à la formation	5 min
Exercice de clarification des perceptions	25 min
Cadre de référence de la formation	5 min

PRÉSENTATION POWER POINT

Diapositive 2

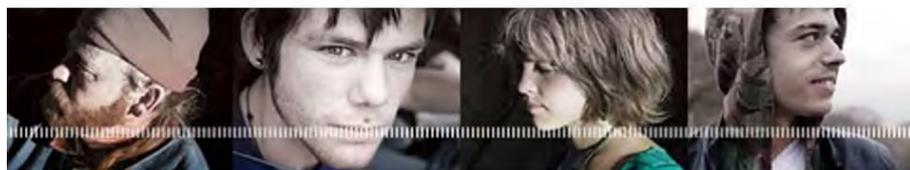
Module Introduction



Meilleures pratiques d'intervention ITSS dans les services de réadaptation en dépendance

2

Diapositive 3



Exercice d'introduction

3

Diapositive 4

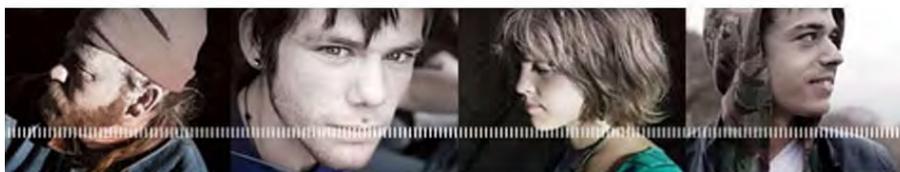
**Indiquez en un mot votre
perception de :**

Usager de drogues par injection

4

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 5



Introduction à la formation

5

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 6

Présentation générale

But du programme de formation

Contribuer à la prévention du VIH et du VHC chez les consommateurs de drogues à risque bénéficiant de services de réadaptation en dépendance, principalement les personnes qui utilisent des drogues par injection et inhalation, en adoptant l'approche de réduction des méfaits comme outil privilégié d'intervention.

6

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 7

Présentation générale (suite)

Objectifs généraux de la formation

- Prendre conscience de ses perceptions et préjugés face à l'usage de drogues et les ITSS.
- Comprendre le phénomène de l'usage de drogues par injection et inhalation et les contextes de vulnérabilité des personnes UDII.
- Connaître la nature et l'épidémiologie des ITSS de même que leurs particularités au regard de l'usage de drogues par injection et par inhalation.
- Identifier les principes, les valeurs et les objectifs de l'approche de réduction des méfaits ainsi que les principales pratiques en ce domaine.
- Actualiser ses compétences d'intervention en intégrant les pratiques reconnues efficaces en prévention des ITSS auprès des personnes UDII.

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 8

Présentation générale (suite)

Horaire et modalités

- Co-animation
- Pauses
- Lunch
- Évaluation des modules
- Certificat d'attestation

8

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 9

Présentation des participants

- Provenance, affiliation
- Attentes par rapport à la formation

9

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 10

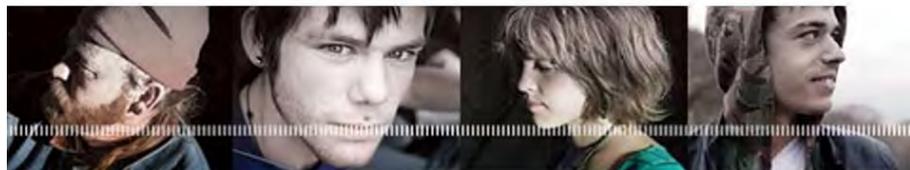
Formations offertes par l'INSPQ

- L'intervention de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang : la contribution de l'infirmière
- Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement (ITS) et auprès de leurs partenaires (IPPAP)
- Virus de l'hépatite C : pour une prise en charge en réseaux des personnes infectées
- Savoirs liés à la pratique infirmière dans le domaine du VIH
- Usage de drogues et ITSS : intervenir selon une approche de réduction des méfaits (phase I) Traitements de substitution pour les personnes dépendantes aux opioïdes
- Travailler en réseau auprès des populations vulnérables: stratégies de mise en œuvre
- Sexualité et drogue chez les jeunes en difficulté : repères pour mieux intervenir

10

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 11



Exercice de clarification des perceptions

11

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 12

Exercice - D'accord, pas d'accord?

Prononcez-vous à propos des affirmations suivantes concernant l'usage de drogues par injection et le VIH/sida :

12

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 13

D'accord, pas d'accord?

1. Les usagers de drogues consomment uniquement par plaisir.
2. Les médias ont raison de souligner que la cocaïne et l'héroïne sont des drogues très dangereuses.
3. Il suffit d'avoir de bonnes connaissances sur la transmission du VIH et de l'hépatite C pour ne pas partager de seringues.
4. Les services de réadaptation en dépendance n'ont pas à faire la prévention des ITSS.

13

Institut national
de santé publique
Québec 

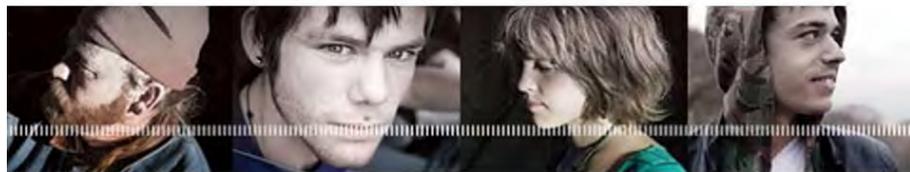
Diapositive 14

D'accord, pas d'accord?

- 5. Je me sens à l'aise d'aborder le sujet des ITSS avec un client.
- 6. Le message que des seringues sont accessibles incite les jeunes à consommer des drogues.
- 7. La population québécoise est favorable aux programmes d'échange de seringues.
- 8. Les personnes qui disent partager leur matériel d'injection me rendent inconfortable.

14

Diapositive 15



Cadre de référence de la formation

15

Diapositive 16

Compétences transversales :

- Connaissance des aspects biologiques, psychologiques et sociaux liés à l'usage et à l'abus des drogues psychotropes et au jeu pathologique
- Connaissance des pratiques de santé publique au regard des ITSS.
- Connaissance des éléments de la philosophie de réduction des méfaits.



<http://www.acrdq.qc.ca/upload/doc/doc494.pdf>

16

Diapositive 17

Documents clés du MSSS en ITSS



17

Diapositive 18

MSSS (2009). *Actions proposées pour la prévention du VIH-sida et de l'hépatite C chez les personnes utilisatrices de drogues*



Recommandations sur :

- l'accès au matériel d'injection et d'inhalation;
- les services d'injection supervisée;
- les activités d'éducation sur l'injection et l'inhalation à risques réduits et la prévention du passage à l'injection;
- l'organisation des soins de santé et des services sociaux;
- le dépistage et le traitement du VIH et du VHC;
- le traitement de la dépendance et l'insertion sociale;
- la participation des personnes utilisatrices de drogues;
- les règlements municipaux et les pratiques policières;
- les tribunaux et le milieu carcéral;
- la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

18

msss.gouv.qc.ca/itss

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 19

Documents clés du MSSS en dépendance



19

msss.gouv.qc.ca (sections *Problèmes sociaux/ Toxicomanie : Alcool et drogue/ Publications sur la toxicomanie*)

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 20

**Portrait des activités liées
aux infections transmissibles
sexuellement et par le sang
dans les centres de
réadaptation en dépendance
du Québec réalisé en ACRDQ
(avril 2013)**

<http://www.acrdq.qc.ca/?act=106>



20

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 21

**Constats sur l'offre de services aux UDI dans le
réseau de la santé et des services sociaux**

- Manque d'accès à un médecin de famille
- Dépistage des ITSS trop peu fréquent
- Ignorance du statut sérologique chez une importante proportion de personnes infectées et délai dans les changements de comportements (transmission de l'infection)
- Diagnostic tardif des infections
- Initiation tardive du traitement du VIH
- Accès encore limité au traitement du VHC
- Complications multiples: cancer, démence, maladies hépatiques décompensées, décès prématurés
- Diminution de la qualité de vie et de la contribution citoyenne
- Coûts sociaux et de santé élevés

21

Institut national
de santé publique
Québec

RÉFÉRENCES

ASSOCIATION DES CENTRES DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE DU QUÉBEC (2013). *Guide des compétences pour œuvrer en centre de réadaptation en dépendance*. Montréal.

ASSOCIATION DES CENTRES DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE DU QUÉBEC (2013). *Portrait des activités liées aux infections transmissibles sexuellement et par le sang dans les centres de réadaptation en dépendance du Québec*. Montréal.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC (2014). *Vers une meilleure cohérence des interventions en matière de santé et de sécurité publiques auprès des personnes utilisatrices de drogues par injection*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, ministère de la Sécurité publique : Québec.

LAHAIE, C. (2007). *Implanter un réseau de santé montréalais pour les personnes utilisatrices de drogues par injection*. Montréal : DSP et UHRESS.

LECLERC, P., ROY, E., MORISSETTE, C., ALARY, M., PARENT, R., BLOUIN, K. (2014). *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection - Épidémiologie du VIH de 1995 à 2012 - Épidémiologie du VHC de 2003 à 2012*. Québec: INSPQ.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie. Orientations - Axes d'intervention – Actions*. Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement. Orientations 2003-2009*. Document complémentaire du Programme national de santé publique 2003-2012. Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006). *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*. Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006). *Cadre de référence et guide de bonnes pratiques – Pour orienter le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution*. Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007). *Offre de service 2007-2012 - Programme-services Dépendances : Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience*. Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). *Balises élaborées par le Ministère de la santé et des services sociaux applicables aux services de santé en milieu carcéral*. Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012 (mise à jour)*. Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2009). *Actions proposées pour la prévention du VIH-sida et de l'hépatite C chez les personnes utilisatrices de drogues*. Comité conseil sur la prévention du VIH et du VHC chez les personnes utilisatrices de drogue. Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010). *Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec - L'épidémie silencieuse : les infections transmissibles sexuellement et par le sang*. Québec.

Module 1

DÉPENDANCE AUX DROGUES ET VULNÉRABILITÉ AUX ITSS

MODULE 1 – DÉPENDANCE AUX DROGUES ET VULNÉRABILITÉ AUX ITSS

FICHE PÉDAGOGIQUE

MODULE 1 – DÉPENDANCE AUX DROGUES ET VULNÉRABILITÉ AUX ITSS

Objectif général :

- Comprendre certains comportements à risque au regard de l'usage de substances psychoactives dans le contexte de vulnérabilité aux ITSS, particulièrement chez les personnes utilisatrices de drogues par injection et inhalation (UDII).

Objectifs spécifiques :

- Reconnaître les différents risques associés à la consommation de substances psychoactives par inhalation et par injection
- Se familiariser avec le portrait québécois de l'usage de drogues par injection
- Déterminer les raisons et le contexte du passage à l'injection

Méthodes pédagogiques :

- Présentation magistrale
- Présentation audiovisuelle (Power Point)

Durée : 60 minutes

Éléments de contenu :

- Concepts relatifs à la dépendance et aux troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives
- Surdoses
- Portrait des UDII québécois
- SPA consommées par injection et inhalation et risques associés
- Risques d'infection de la peau et des tissus mous reliés à l'injection
- Portrait des jeunes de la rue et mode de vie associé
- Facteurs de risque liés au passage à l'injection

Matériel d'accompagnement :

- Documents :
 - CQLD (2006). Drogues, savoir plus, risquer moins. CQLD, Montréal, 205p.
 - AQPSUD (2013). Le Blender. Guide sur les mélanges de drogues et les risques qui en découlent.

HORAIRE

Thème 1.1	Les modes d'administration et leurs niveaux de risque	5 min
Thème 1.2	Dépendance et trouble lié à l'utilisation de substance	10 min
Thème 1.3	Conséquences délétères de la consommation de SPA	10 min
Thème 1.4	Portrait de la consommation par injection et inhalation au Québec	15 min
Thème 1.5	Risques d'infection de la peau et des tissus mous associés à l'injection et l'inhalation	5 min
Thème 1.6	SPA consommées autrement que par injection	5 min
Thème 1.7	Jeunes de la rue et passage à l'injection	10 min

PRÉSENTATION POWER POINT

Diapositive 2

Module 1



Dépendance aux drogues et vulnérabilité aux ITSS

2

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 3

Objectif général

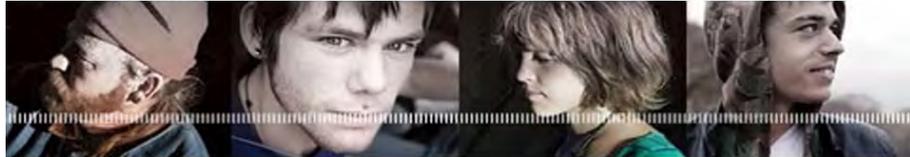
Comprendre certains comportements à risque au regard de l'usage de substances psychoactives dans le contexte de vulnérabilité aux ITSS, particulièrement chez les personnes utilisatrices de drogues par injection et inhalation (UDII)

3

Institut national
de santé publique
Québec

1.1 Les modes d'administration et leurs niveaux de risque

Diapositive 4



1.1 Les modes d'administration et leurs niveaux de risque

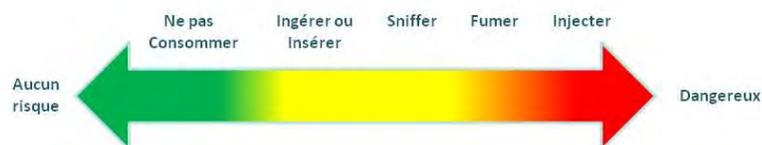
4

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 5

Les modes d'administration vs les risques pour la santé

- Par voie transdermique (timbre)
- Par ingestion (po)
- Par insertion (anus, vagin, yeux)
- Par voie nasale (priser, sniffer)
- Par inhalation (fumer)
- Par injection (intraveineux (i/v), sous-cutané (s/c), intramusculaire (i/m))



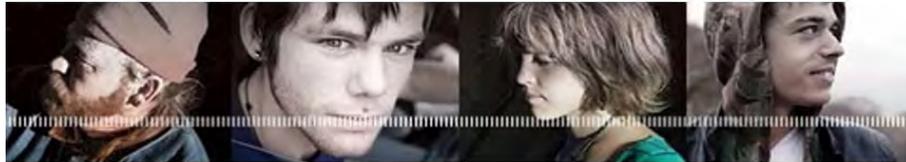
SOURCE: <http://www.hepcinfo.ca/fr/detail/prevention-et-reduction-des-mefaits/l-information-sur-les-drogues>

5

Institut national
de santé publique
Québec

1.2 Dépendance et trouble lié à l'utilisation de substance

Diapositive 6



1.2 Dépendance et trouble lié à l'utilisation de substance

6

Diapositive 7



Diapositive 8

DSM-IV (2003) vs DSM-V (2013)

	DSM-IV (2003)	DSM-V (2013)
Terminologie des troubles	Abus d'une substance Dépendance à une substance ou à plusieurs substances (polytoxicomanie)	Trouble lié à l'utilisation d'une substance (TLU) Pas de diagnostic de troubles à plusieurs substances
Nombre de critères nécessaires pour un diagnostic	Abus : ≥1 sur 4 Dépendance: ≥3 sur 7	TLU: ≥2 sur 11
Nature des critères	Absence du craving Troubles légaux dans le diagnostic d'abus	Ajout du craving Retrait du critère légal
Critères de sévérité	Aucun	2-3 = léger 4-5 = modéré 6 et plus = sévère
Spécificateurs	Rémission partielle ou complète, précoce ou prolongée En environnement protégé Sous traitement agoniste	Rémission précoce ou prolongée En environnement protégé Sous traitement agoniste
Spécificateur de dépendance physique	Oui	Non
Temps nécessaire pour atteindre une rémission	Précoce: 1 mois Prolongée: 12 mois	Précoce: 3 mois Prolongée: 12 mois
Diagnosics d'intoxication et de sevrage	-	Ajout du sevrage au cannabis

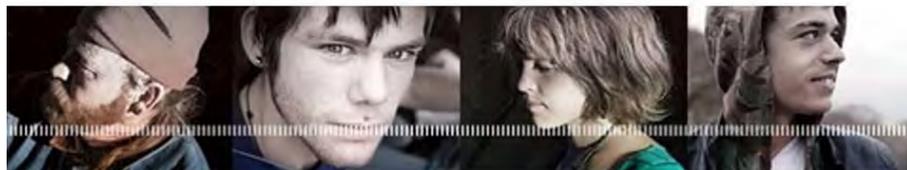
8

SOURCE: JUTRAS-ASWAD (2014)

Institut national
de santé publique
Québec

1.3 Conséquences délétères de la consommation de SPA

Diapositive 9



1.3 Conséquences délétères de la consommation de SPA

9

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 10

Surdoses

Cocaïne et opioïdes sont généralement mis en cause dans les décès liés aux surdoses.



SOURCE: POINT DE REPÈRES (2005)

10

Diapositive 11

Méfais liés aux mélanges

- La dose consommée, la nature des produits et l'état de la personne sont à prendre en compte.
- Les effets néfastes des mélanges augmentent avec le nombre de substances prises simultanément.
- Parlons du speedball



SOURCE: http://linjecteur.ca/PDF/Info-Drogue/Blender_web%20PDF.pdf

11

Diapositive 12

Surdose de stimulants majeurs

- ↑ température du corps et sudation intense
- Tremblements
- Nausées, vomissements
- Anxiété et agitation
- Troubles respiratoires
- Arythmies cardiaques
- Douleur thoracique
- Perte de conscience
- Convulsions

SOURCE: POINT DE REPÈRES (2005)

12

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 13

Surdose d'opioïdes

Le risque augmente si les opioïdes sont consommés avec d'autres substances comme l'alcool, les benzodiazépines, la cocaïne.



Signes et symptômes d'une surdose d'opioïdes

- Somnolence
- Fréquence respiratoire < 12/min, FC < 60, TA < 90/60

SOURCE: POINT DE REPÈRES (2005)

13

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 14

Recommandations aux personnes qui consomment

- Ne pas consommer seul
- Éviter de mélanger les substances
- Diminuer sa dose ou débiter par une plus petite quantité
- Éviter de consommer la cocaïne lorsqu'il fait très chaud
- En cas d'urgence, appeler le 911 et demander l'ambulance
- Mentionner minimalement au 911 ce qui a été consommé
- Rester près de la personne en surdose
- Se former à la RCR

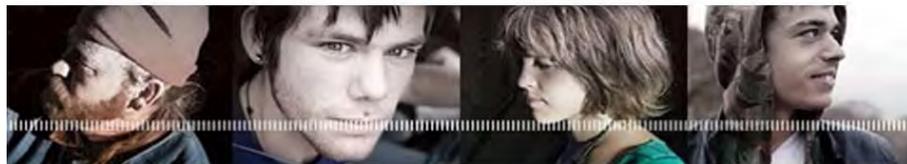
http://reductiondesmefaits.aitq.com/files/Affiche_surdoses_format_lettre_NB.pdf

14

Institut national
de santé publique
Québec

1.4 Portrait de la consommation par injection et inhalation au Québec

Diapositive 15

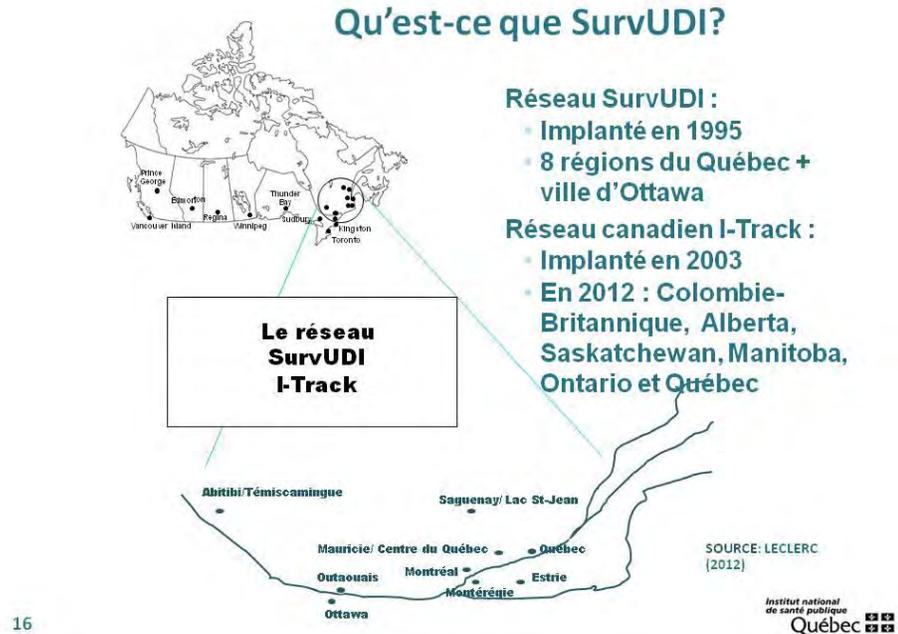


1.4 Portrait de la consommation par injection et inhalation au Québec

15

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 16



16

Diapositive 17

Caractéristiques sociodémographiques

Répartition des participants au 31 mars 2012

- 12 998 individus ont répondu à 24 093 questionnaires
- 75,6 % d'hommes dont l'âge moyen est de 35,3 ans
- 24,4 % de femmes dont l'âge moyen est de 30,3 ans

Durée médiane de consommation par injection

Hommes : 10 ans Femmes : 6 ans

Études secondaires complétées : 49,4 %

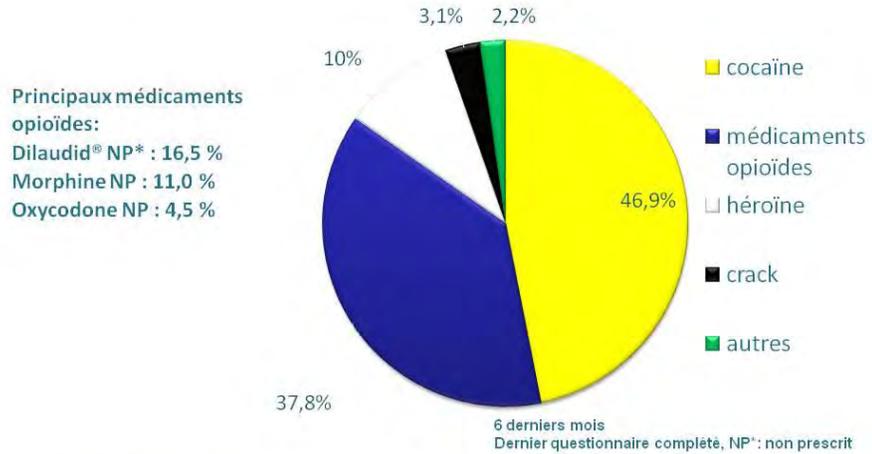
SOURCE: BLOUIN (2014)

17

Institut national de santé publique Québec

Diapositive 18

Drogue injectée le plus souvent, 2009-2012 (SurvUDI)



SOURCE: BLOUIN (2014) SURVUDI

18

Diapositive 19

Caractéristiques de l'injection de drogues

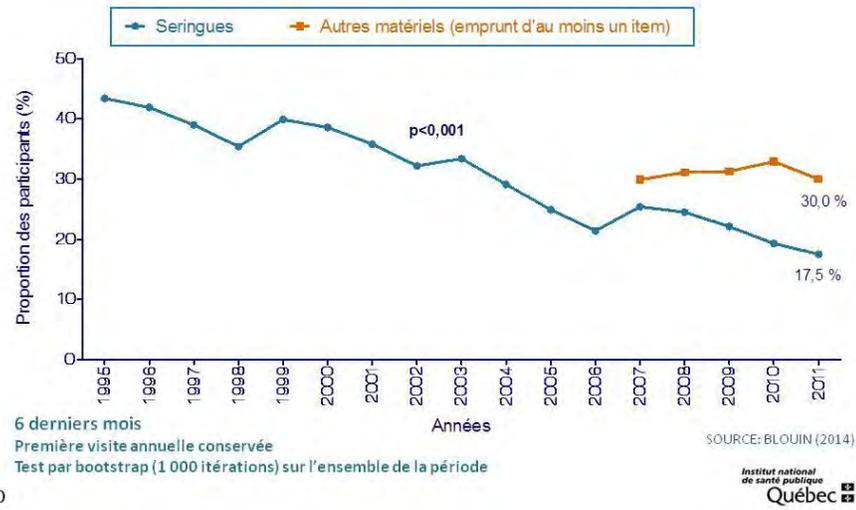
- Recherche d'inclusion dans un groupe spécifique
- Recherche d'intensité dans le plaisir, d'immédiateté ou d'expérience nouvelle
- Notion de partage : intimité, rapprochement, parallèle avec la sexualité (extase, orgasme)
- *Back loading* et *front loading*

SOURCES: BEN AMAR ET LEONARD (2002); CPLT(2003); COLD (2006)

19

Diapositive 20

Utilisation de seringues et de matériels déjà utilisés par quelqu'un d'autre



20

Diapositive 21

Injection de restes de drogue, 2011-2012

Injection de restes de drogues (wash) extraits à partir d'un coton, d'un filtre ou d'un contenant:

- Oui: 57,3 % (525/916)

Est-ce que c'est arrivé que le coton, le filtre ou le contenant utilisé pour faire le wash avait été **utilisé par quelqu'un d'autre**?

- Oui: 31,3 % (163/520)

21 SOURCE: BLOUIN (2014)

Institut national de santé publique Québec

Diapositive 22

Hausse d'injection de médicaments opioïdes

- Très inquiétante pour plusieurs raisons :
 - Risque de dépendance très important
 - Plus fréquente chez les jeunes de 24 ans et moins comparativement aux 25 ans et plus
 - Consommation d'une dose peut nécessiter jusqu'à 3 ou 4 injections, ce qui augmente le nombre de manipulations et donc le risque d'infection par le VIH et le VHC
- Revoir le matériel distribué et les messages de prévention (promotion de la dilution et de la filtration adéquates de la substance)
- Niveau de couverture en TDO de 31 % parmi les participants qui se sont injecté des opioïdes dans les 6 derniers mois serait considéré moyen par l'OMS

22 SOURCE: BLOUIN (2014), LECLERC (2014)

Diapositive 23

Variations régionales du type d'opioïdes injectés

Héroïne	Montréal, Montérégie, Mauricie et Centre-du-Québec
Dilaudid	Saguenay-Lac St-Jean, Québec, Montréal, Montérégie
Morphine	Ottawa, Saguenay-Lac St-Jean, Outaouais

SOURCE: LECLERC (2014)

23

Diapositive 24

Drogues consommées par injection

De 2003 à 2012 :

- L'injection d'héroïne en ↓ à Montréal jusqu'en 2007, puis ↑ 2007-2010
- ↑ des injections d'opioïdes médicamenteux
- ↑ des injections de Dilaudid jusqu'en 2010 dans tous les sites urbains
- ↑ consommation de Dilaudid: plus marquée chez les moins de 25 ans
- Émergence de l'injection d'Oxycodone particulièrement à Québec, Ottawa/Outaouais
- ↑ proportion des UDI s'injectant à tous les jours chez les moins de 25 ans, plus stable chez les plus de 25 ans
- Cocaïne/crack stable à Montréal et programmes semi-urbains alors qu'en ↓ à Québec, Ottawa/Outaouais. Mais, ↑ consommation de crack autrement que par injection.

SOURCE: LECLERC (2014)

24

Institut national
de santé publique
Québec

1.5 Risques d'infection de la peau et des tissus mous associés à l'injection et l'inhalation

Diapositive 25



1.5 Risques d'infection de la peau et des tissus mous associés à l'injection et l'inhalation

25

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 26

Drogues par inhalation - crack

- Au cours des six derniers mois, la drogue consommée autrement que par injection **le plus souvent par la plus grande proportion** de participants est le **crack/freebase** soit **30,5 % des UDI** (Leclerc, 2014).
- Les usagers de crack utilisent des pipes au lieu de seringues
- Risques associés à l'utilisation de pipe (moins que l'injection)



SOURCE: <http://www.hepcinfo.ca>

Diapositive 27

La cocaïne fumée

- Problèmes pulmonaires importants
 - Syndrome du « poumon à crack »
 - Coupures
 - Brûlures
 - Ulcères
 - Plaies
- Bouche, lèvres
et gencives
- L'usage de crack engendre davantage de comportements antisociaux

SOURCES:

- 1) <http://www.medicine.uottawa.ca/epid/assets/documents/f%20%20Final%20Crack%20Report.pdf>
- 2) <http://www.drogues.gouv.fr>

Diapositive 28

Les microbes, ça peut venir de :

- seringues usagées
- mains pas lavées
- peau pas nettoyée à l'alcool
- sacs usagés et cuillères sales
- eau sale
- filtres usagés
- garrots souillés
- ou tout autre objet pour préparer un hit



SOURCE: AITQ (2001)

28

Diapositive 29

Problèmes de santé physique liés à l'injection

Abcès :

Accumulation de pus dans les tissus, souvent associée à des signes d'infection au site d'injection



Cellulite :

Infection sous la peau qui affecte les tissus mous



Cotton fever (septicémie) :
Infection du sang

SOURCE: MARCOUX et TÊTU (2010), POINT DE REPÈRES (2004)

29

Diapositive 30

Problèmes de santé physique liés à l'injection

Phlébite :
Inflammation de la paroi de la veine



Endocardite :
Infection de l'enveloppe du cœur attribuable à une bactérie. Elle est souvent issue de complications liées à des infections plus bénignes comme l'abcès

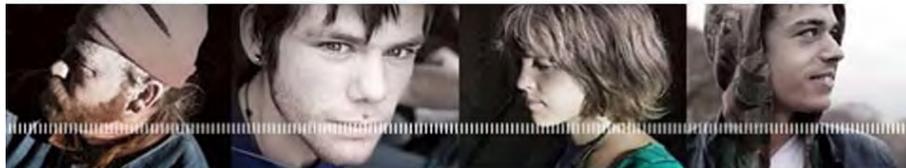
SOURCE: MARCOUX et TÊTU (2010), POINT DE REPÈRES (2004)

30

Institut national
de santé publique
Québec

1.6 SPA consommés autrement que par injection

Diapositive 31



1.6 SPA consommées autrement que par injection

31

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 32

Drogues consommées autrement que par injection le plus souvent dans les six derniers mois, 2004-2012

Drogues les plus fréquemment rapportées:

- Crack/Freebase (30,5%)
- Cannabis (26,7%)
- Alcool (17,5%)
- Cocaïne (7,6%)
- Benzodiazépines non prescrits (2,6%)
- Opioïdes médicamenteux non prescrits (6,8%)
- Amphétamines (2,3%)

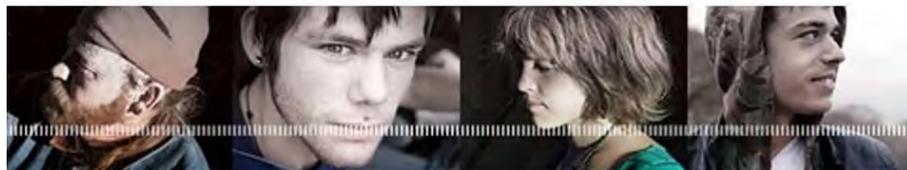
SOURCE: LECLERC (2014)

32

Institut national
de santé publique
Québec

1.7 Jeunes de la rue et passage à l'injection

Diapositive 33



1.7 Jeunes de la rue et passage à l'injection

33

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 34

Faits saillants - jeunes de la rue

- 30% viennent de l'extérieur de Montréal
- Près de la moitié des jeunes de la rue s'injectent
- Environ 5% s'initient annuellement à l'injection
- Par rapport aux personnes UDI qui fréquentent les programmes d'échange de seringues, les jeunes de la rue s'injectent davantage d'opioïdes et moins de cocaïne
- La consommation quotidienne d'alcool, la consommation d'héroïne, la consommation de cocaïne ou crack et la prostitution augmentent le risque d'initiation à l'injection
- Le taux de mortalité chez les jeunes de la rue est de 3,8 fois plus élevé que dans la population générale (surreprésentation de suicides et surdoses)

SOURCE: ROY (2008)

34

Diapositive 35

Facteurs de risque du passage à l'injection

↑ le risque

- Consommer de l'héroïne (4)
- Se prostituer (3)
- Consommer de l'alcool à tous les jours (2 à 3)
- Consommer de la cocaïne ou du crack (2)

↓ le risque

- Vieillir ! (17% par année)
- Se sentir en contrôle (1/3)

SOURCE: ROY (2008)

35

Diapositive 36

Raisons générales du passage à l'injection

- Ambivalence
- Mode de consommation plus intense
- Grande satisfaction ressentie
- Valorisation dans le milieu

36

SOURCE: ROY (2008)

Institut national
de santé publique
Québec

RÉFÉRENCES

ASSOCIATION DES INTERVENANTS EN TOXICOMANIE DU QUÉBEC [AITQ] (2001). Magazine *Fx*. 28 p.

BLOUIN, K. (2014). Présentation tirée de Leclerc et al (2014).

COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE [CPLT] (2003) La consommation de psychotropes au Québec. Portrait et tendances. 48p.

CENTRE QUÉBÉCOIS DE LUTTE AUX DÉPENDANCES [CQLD] (2014). *Drogues: savoir plus, risquer moins*. Le livre d'information. Centre québécois de lutte aux dépendances. Montréal. Éditions internationales Alain Stanké, 257 p.

JUTRAS-ASWAD, D. (2014). DSM-IV (2003) vs DSM-V (2013). Unité de psychiatrie des toxicomanies du Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

LECLERC, P, ROY, E., MORISSETTE, C., ALARY, M., PARENT, R., BLOUIN, K. (2012). *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*. Institut national de santé publique du Québec. 88 p.

MARCOUX, N. et I. TÊTU. (2010). *L'injection à risques réduits et infections des tissus mous*, pour la 24e Rencontre nationale des intervenants en promotion de la santé et prévention des ITSS auprès des personnes UDI.

POINT DE REPÈRES, (2004), Guide de pratique 1 – Les complications aiguës de la peau et des tissus mous associées à l'injection de drogues chez les UDI : Les connaître, les reconnaître, les gérer, Québec.

POINT DE REPÈRES, (2005), Guide de pratique 2 – Les overdoses de cocaïne et d'opiacés : les connaître, les reconnaître, les gérer, Québec.

ROY, É. (2009). La cohorte montréalaise des jeunes de la rue. Mise à jour sur le VIH, l'hépatite C, l'injection de drogues et la mortalité. Présentation faite à l'Institut national de santé publique, janvier 2009.

SITES INTERNET :

http://linjecteur.ca/PDF/Info-Drogue/Blender_web%20PDF.pdf

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-001-23F.pdf>

http://reductiondesmefaits.aitq.com/files/Affiche_surdoses_format_lettre_NB.pdf

www.drogues.gouv.fr

www.gripmontreal.com

www.hepcinfo.ca

www.medicine.uottawa.ca

Module 2
ITSS ET USAGE DE DROGUES
PAR INJECTION ET INHALATION

MODULE 2 – ITSS ET USAGE DE DROGUES PAR INJECTION ET INHALATION

FICHE PÉDAGOGIQUE

MODULE 2 – ITSS ET USAGE DE DROGUES PAR INJECTION ET INHALATION

Objectif général :

- Connaître la nature et l'épidémiologie des ITSS de même que leurs particularités au regard de l'usage de drogues par injection et par inhalation.

Objectifs spécifiques :

- Connaître les ITSS, leurs modes de transmission et leurs conséquences biologiques et psychosociales.
- Estimer la prévalence et l'incidence des ITSS au Québec.
- Expliquer les situations favorisant la transmission des ITSS en lien avec l'usage de drogues.
- Décrire la prévalence du VIH et du VHC chez les UDII.
- Identifier les facteurs favorisant la prévention et le dépistage des ITSS

Méthodes pédagogiques :

- Présentation magistrale
- Discussions, échanges, débats

Durée : 60 minutes

Éléments de contenu :

- Définitions et modes de transmission des ITSS.
- Prévalence et incidence des ITSS.
- Principales données sur la consommation de drogues par injection et par inhalation ainsi que la prévalence du VIH et du VHC chez les UDI.
- Déterminants de l'adoption de comportements préventifs

Matériel d'accompagnement :

- MSSS (2013). J't'aime, j'capote
- MSSS (2013) ITSS, mieux les connaître pour mieux les éviter. Québec.

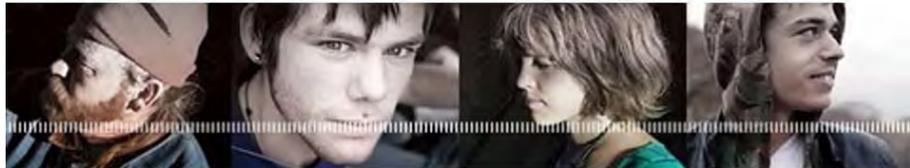
HORAIRE

Thème 2.1	La transmission des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)	30 min
	2.1.1 Les types d'ITSS et leurs modes de transmission	
	2.1.2 Prévalence et incidence des ITSS	
	2.1.3 Impact de divers types de drogues sur les risques d'ITSS	
Thème 2.2	Épidémiologie des ITSS (VIH et VHC) chez les UDI	10 min
Thème 2.3	Prévenir les ITSS	20 min

PRÉSENTATION POWER POINT

Diapositive 2

Module 2



ITSS et usage de drogues par injection et inhalation

2

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 3

Objectif général - Module 2

Connaître la nature et l'épidémiologie des ITSS
de même que leurs particularités au regard de
l'usage de drogues par injection et par
inhalation

3

Institut national
de santé publique
Québec

2.1 La transmission des ITSS

Diapositive 4



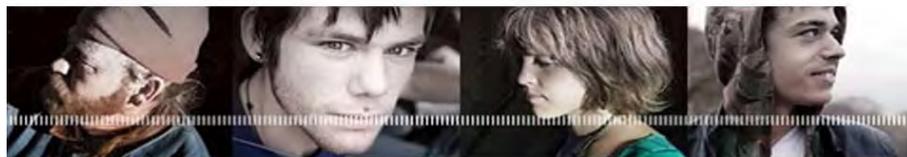
2.1 La transmission des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

4

Institut national
de santé publique
Québec

2.1.1 Les types d'ITSS et leurs modes de transmission

Diapositive 5



2.1.1 Les types d'ITSS et leurs modes de transmission

5

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 6

Les ITSS peuvent être causées par :

- **des virus : infections qui se traitent mais qui ne guérissent pas toujours;**
- des bactéries : infections qui se traitent;
- des parasites dont on peut se départir.

SOURCE: MSSS 2010

6

Diapositive 7

Caractéristiques des ITSS

Type d'infection	Nom de l'infection	Mode de transmission	Conséquences
Bactérienne	Chlamydia	Sexuel, mère-enfant	Infertilité, atteinte Inflammatoire pelvienne, Grossesses ectopiques
	Gonorrhée	Sexuel, mère-enfant	
	Syphilis	Sexuel, sanguin, mère-enfant	Neurosyphilis, maladies cardiovasculaires
Virale	VIH	Sexuel, sanguin, mère-enfant	Attaque le système immunitaire
	VHB	Sexuel, sanguin, mère-enfant	Attaquent le foie (inflammation et cirrhose)
	VHC	Sexuel, sanguin, mère-enfant	
	Herpès génital (VHS)	Sexuel, mère-enfant	Lésions génitales très douloureuses
	Virus papillome humain (VHP)	Sexuel, mère-enfant	Cancer du col de l'utérus Cancer anal

SOURCE: MSSS 2014

7

Diapositive 8

Répercussions regrettables des ITSS

Individu

- physiques (maladie, traitements, mort)
- psychologiques (stigmatisation, détresse)

Entourage et famille

- perte de confiance
- rejet et exclusion
- honte

Société

- infections qui touchent d'autres personnes que juste soi-même
- coûts humains et monétaires importants

SOURCE: MSSS 2010

8

Diapositive 9

Conditions nécessaires à la transmission d'une infection par voies sexuelle ou sanguine

1. Une source d'infection	<ul style="list-style-type: none">• Sang, sperme, sécrétions vaginales, lait maternel• Lésions sur la peau, les organes génitaux ou les muqueuses (vagin, rectum, bouche)
2. Une quantité suffisante de l'agent pathogène	Par ex. : <ul style="list-style-type: none">• VIH : Sang, sperme, sécrétions vaginales, lait maternel• Chlamydia, gonorrhée : sperme, sécrétions vaginales• VPH et herpès : lésions de la peau
3. Une voie de transmission	<ul style="list-style-type: none">• Entre la source d'infection et la personne à risque• Voie sexuelle, sanguine ou mère-enfant
4. Une voie d'entrée	<ul style="list-style-type: none">• Par une lésion de la peau• Absorption à travers une muqueuse

SOURCE: MSSS 2010

9

Diapositive 10

Quels sont les principaux modes de transmission des ITSS ?

Par contact sexuel

- relation sexuelle avec pénétration du pénis dans le vagin ou l'anus;
- partage de jouets sexuels;
- contact intime (peau à peau) avec une personne infectée qui présente ou non des lésions (dans le cas d'ITSS telles que l'herpès et les condylomes);
- relation sexuelle orale-génitale, orale-anaale.

Par contact de sang à sang

- injection ou d'inhalation de drogues avec du matériel non stérile ;
- tatouage ou perçage avec du matériel non stérile ;
- piqûre accidentelle causée par des seringues ou des aiguilles contaminées.

De la mère à l'enfant (verticale)

- pendant la grossesse et au moment de l'accouchement ;
- par allaitement.

10

Source : www.msexualite.ca

Diapositive 11

Manifestations cliniques et ITSS

Manifestations cliniques	ITSS
Écoulement urétral ou vaginal	Chlamydia, gonorrhée
Disurie, brûlements mictionnels	Chlamydia, gonorrhée, herpès
Douleurs lors des relations sexuelles	Chlamydia, gonorrhée, herpès
Douleurs aux testicules	Chlamydia, gonorrhée
Saignements vaginaux anormaux	Chlamydia, gonorrhée
Douleurs abdominales basses	Chlamydia, gonorrhée
Mal de gorge	Gonorrhée, herpès
Verrue sur les organes génitaux	VPH, syphilis secondaire
Ulcères sur les organes génitaux	Herpès, syphilis, LGV, chancre mou
Éruption cutanée	Syphilis
Troubles neurologiques	Syphilis, VIH
Mal de gorge	Syphilis

VPH : Virus du papillome humain LGV : Lymphogranulome vénérien

SOURCE: MSSS 2010

11

Diapositive 12



12 3 personnes sur 4 qui ont la chlamydia ignorent qu'elles sont infectées

9 personnes sur 10 qui ont l'herpès ignorent qu'elles sont infectées

Diapositive 13

Quelles sont les 4 principales différences entre le VHC et le VIH ?

1. Quantité de sang requise pour la transmission
2. Résistance hors de l'organisme
3. Le VIH s'attaque au système immunitaire alors que le VHC s'attaque au foie
4. On peut guérir du VHC

13

Diapositive 14

Évolution naturelle de l'infection par le VHC

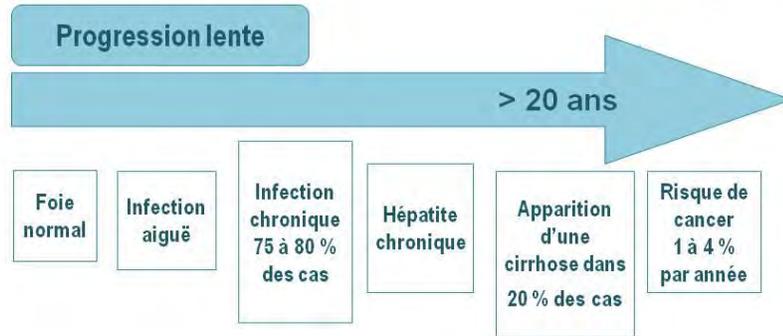
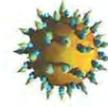


Illustration inspirée de : Pawlotsky, J.M. (2006).

14

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 15

Facteurs de progression rapide de l'hépatite C

- Acquisition du VHC après 40 ans
- Sexe masculin
- Co-infection par le VIH et/ou le VHB
- IMC élevé v/s résistance à l'insuline
- Stéatose hépatique
- Usage quotidien de cannabis
- 2-3 consommations d'alcool par jour triple le risque de cirrhose ⁽²⁾



(2) Fournier, C. Willems, B. (2012). *L'hépatite C chronique une maladie curable*. Le Médecin du Québec. 47(4) p. 53-60

15

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 16

Le dépistage Les tests de laboratoire



- **L'ANTI-VHC** : Recherche d'anticorps spécifiques au VHC.

Vérifie si le corps est entré en contact avec le virus.

Reste positif toute la vie, même s'il y a guérison.

Les anticorps sont non-protecteurs;
les réinfections sont possibles.

- **L'ARN-VHC** : Détecte la présence de gènes de l'hépatite C.

- Vérifie s'il y a des virus d'hépatite C en circulation dans le sang.

Types de tests: **ARN qualitatif, ARN quantitatif, Génotype.**

CHAYER, M-C et B. KOTSOROS. (2015)

16

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 17

Traiter ou ne pas traiter POUR



- Élimine le virus (guérison)
- Diminue la mortalité toutes causes confondues, augmente la qualité de vie
- Améliore l'état du foie
- Diminue les symptômes de l'hépatite chronique
- Plus tôt on guérit l'hépatite moins elle fait de dégâts au foie et meilleure sont les chances de succès
- Opportunité de reprendre le contrôle sur sa vie et sa santé

CHAYER, M-C et B. KOTSOROS. (2015)

17

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 18

Traiter ou ne pas traiter CONTRE



- Effets secondaires fréquents (quoique de moins en moins vrai)
- Nécessite beaucoup d'énergie, de volonté
- La maladie n'évolue pas chez tout le monde
- Médicaments coûteux (en moyenne de 50 à 75000\$)
- De meilleurs traitements avec moins d'effets secondaires seront disponibles dans un avenir rapproché

18

CHAYER, M-C et B. KOTSOROS. (2015)

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 19

Les contre-indications

- Grossesse
- Désir de grossesse



Pour les 2 sexes si ribavirine

19

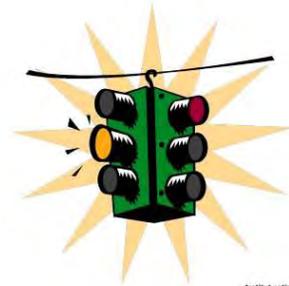
CHAYER, M-C et B. KOTSOROS. (2015)

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 20

Conditions à surveiller

- Consommation non-contrôlée d'alcool ou de drogue
- Manque de fidélité aux traitements et aux rendez-vous
- Maladie psychiatrique sévère et non-contrôlée
- Décompensation hépatique
- Certaines maladies auto-immunes
- Immunodépression
- Anémie
- Insuffisance rénale
- Maladie cardiaque sévère



CHAYER, M-C et B. KOTSOROS. (2015)

20

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 21

Outils éducatifs pour les UDI sur l'hépatite C

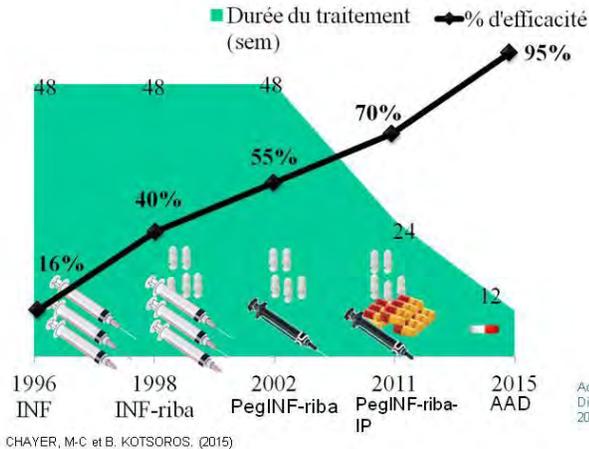
- CATIE (2014) *Ton kit. Conseils pour prendre soin de toi si tu as l'hépatite C ou le VIH et que tu t'injectes des drogues*
<http://librarypdf.catie.ca/pdf/ATI-70000s/70126.pdf>
- CATIE (2014) *Traite-moi bien. Le traitement contre l'hépatite C ou le VIH si tu t'injectes des drogues*
http://librarypdf.catie.ca/pdf/ATI-70000s/70126_B.pdf

21

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 22

Évolution des traitements de l'hépatite C

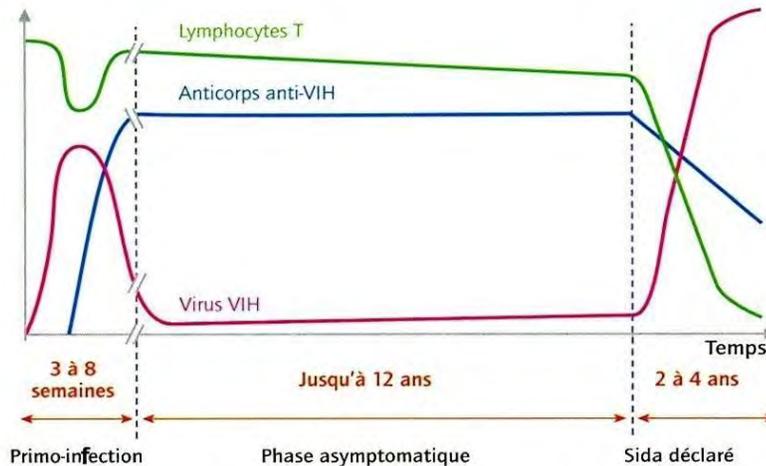


22

Institut national de santé publique Québec

Diapositive 23

Évolution naturelle de l'infection par le VIH

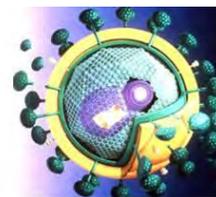


23

Institut national de santé publique Québec

Diapositive 24

Phases de l'infection



1) Primo-infection

Symptômes s'apparentant à ceux de la grippe

Ex: fièvre, maux de gorge, douleurs musculaires, fatigue, gonflement des ganglions et éruptions cutanées

Intensité variable d'une personne à l'autre et peut passer inaperçu

2) Asymptomatique

Absence de symptômes

Le virus demeure actif et continue de se répliquer

CARON-RAINVILLE (2015)

24

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 25

Phases de l'infection (suite)



3) Symptomatique

Apparition de symptômes persistants liés à l'affaiblissement du système immunitaire:

Ex: fatigue chronique, sueurs nocturnes, fièvre, diarrhée, perte de poids importante

4) Syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA)

Caractérisé par l'apparition d'infections opportunistes et de cancers

CARON-RAINVILLE (2015)

25

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 26

La thérapie antirétrovirale, ce qu'il faut en retenir...



- À ce jour, le VIH ne se guérit pas, mais il se traite... à vie comme chez le patient diabétique
- Habituellement trois antirétroviraux sont utilisés simultanément (trithérapie)
- Les schémas thérapeutiques sont grandement simplifiés
- L'observance stricte est la pierre angulaire de l'efficacité du traitement. Si inobservance (< 95%), le virus devient résistant et réduit les possibilités futures de traitement.
- À défaut d'oublier des doses en situation de rechute (ou autres), mieux vaut cesser complètement la prise de médication

CARON-RAINVILLE (2015)

26

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 27

Buts de la thérapie antirétrovirale



- Contrôle de la réplication virale
- Amélioration du système immunitaire
- Diminution de la morbidité (infections opportunistes) et de la mortalité
- Amélioration de la qualité de vie
- Diminution du risque de transmission

CARON-RAINVILLE (2015)

27

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 28

Effets secondaires du traitement

- Augmentation des triglycérides/cholestérol
- Anomalies de la glycémie
- Lipodystrophie
- Toxicité rénale et hépatique
- Ostéoporose
- Trouble neuropsychiatrique
- Ou... rien du tout!

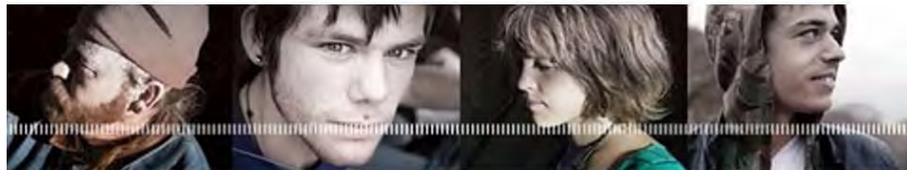
CARON-RAINVILLE (2015)

28

Institut national
de santé publique
Québec

2.2 Prévalence et incidence des ITSS

Diapositive 29



2.2 Prévalence et incidence des ITSS

Sources principales :

MSSS (2009). Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec - Année 2008 (et projections 2009)
MSSS (2010). 4^{ème} rapport national sur l'état de santé de la population du Québec – L'épidémie silencieuse : les ITSS

29

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 30

Les ITSS au 21^{ème} siècle = un problème éclaté

Épidémiologie varie d'une infection à une autre et d'une région à l'autre:

- VIH: HARSAH – UDI - immigrants
- VHC : UDI
- Chlamydia/gono: jeunes de toutes les régions
- Syphilis : HARSAH

MSSS (2010)

30

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 31

Estimé du nombre de cas d'ITSS diagnostiqués annuellement au Québec

50 000 personnes seront diagnostiquées cette année comme ayant été infectées par une bactérie ou un virus transmissible par contact sexuel ou par le sang :

- 15 000 cas de VPH
- 15 000 cas d'herpès (VHS)
- 15 000 cas de chlamydia
- 2 000 cas d'hépatite C
- 1 500 cas de gonorrhée
- 1 100 cas d'hépatite B et
- 600 cas de VIH
- 400 cas de syphilis

MSSS (2010)

31

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 32

Prévalence: définition

Prévalence = *proportion* de personnes atteintes d'une maladie ou d'une condition particulière vivant dans une population donnée à un moment donné.

32

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 33

Incidence : définition

Incidence = nombre de *nouveaux cas* de maladies ou de conditions de santé particulières qui surviennent dans une population pendant une période donnée.

33

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 34

Prévalence du virus de papillome humain (VPH) et du virus de l'herpès simplex (VHS)

- 70 % des femmes actives sexuellement seront infectés par le VPH surtout à l'adolescence
- 20 % des personnes actives sexuellement ont été infectées par le VHS à un moment de leur vie.

SOURCE: MSSS 2010

34

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 35

Chlamydia trachomatis

- La plus fréquente des maladies à déclaration obligatoire (20 000 cas en 2012). L'incidence des cas déclarés de chlamydie ont augmenté de 30 % entre 2008-et 2012.
- Touche particulièrement les 15 à 24 ans.
- En 2008-2009, la prévalence de la chlamydie génitale s'élevait à 9 % chez les filles et à 2 % chez les garçons en centres jeunesse.
- Environ 40 % des maladies inflammatoires pelviennes et 20 % des cas d'infertilité sont causés par *C trachomatis*.



35

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 36

Neisseria gonorrhoeae

- L'incidence des cas déclarés de *gonorrhoeae* ont augmenté de 30 % entre 2008 et 2012 surtout chez les 20-24 ans
- 1,8 hommes pour une femme
- Le 2/3 des cas touchent des HARSAH

(MSSS 2013)

36

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 37

Syphilis infectieuse

- 680 cas de syphilis infectieuse en 2012
- 95 % concernent des hommes
- Principalement des HARSAH
- Fréquentation des saunas en cause
- 80 % ont déjà eu une autre ITSS
- La moitié sont déjà infectés par le VIH

(MSSS 2013)



37

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 38

Incidence de l'infection par le VIH et étendue d'incertitude, Québec - 2011

Catégorie d'exposition	HARSAH	HAR-SAH-UDI	UDI	Hetero/Non-endémique	Hetero/Endémique	Total
Nombre de personnes	425	20	60	132	123	760
% du total	56 %	3 %	8 %	17 %	16 %	100 %

Agence de santé publique du Canada 2012.

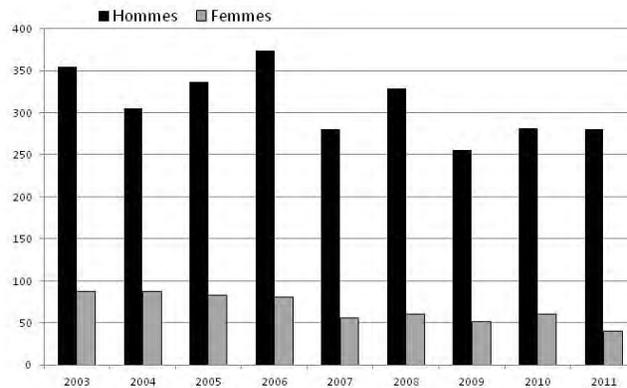
38



Diapositive 39

VIH (programme de surveillance)

Nombre de NOUVEAUX DIAGNOSTICS (incidence) d'infection au VIH, Province de Québec



* Nouveau diagnostic: aucun antécédent connu de tests anti-VIH positif

INSPQ, (2012)

39



Diapositive 40

Répartition de la prévalence du VIH (incluant le sida) dans la population au Québec

Proportion de l'ensemble des cas déclarés de VIH (incluant le sida) au Québec, selon la région:

- Région de Montréal 64 %
- Montérégie 10 %
- Capitale-Nationale 7 %
- Laurentides 4 %
- Outaouais
- Laval
- Lanaudière
- Mauricie/Centre-du-Québec } 1 à 4 %



40

Institut national de santé publique Québec

Diapositive 41

Épidémiologie des ITSS-MADO 2012

Tableau 2: Taux brut d'incidence¹ des cas déclarés de certaines ITSS, selon la région, Québec, 2012

Infection génitale à <i>C. trachomatis</i>		Infection gonococcique		Syphilis infectieuse ²		Hépatite B ³		Hépatite C ⁴		VIH	
RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx ⁵
17	3 186,3	17	2 135,3	8	19,3	8	26,6	10	35,7	6	9,1
18	2 062,7	18	358,2	3	8,9	10	21,4	15	28,5	3	4,4
9	301,9	6	55,6	Oc	8,5	7	12,7	6	25,2	4	4,0
8	298,7	10	35,7	16	6,6	Oc	11,5	7	19,1	Oc	4,0
15	280,1	Oc	27,8	15	5,6	13	10,6	8	18,6	1	4,0
4	279,4	3	23,7	4	5,6	3	9,5	3	18,2	13	2,7
6	268,5	8	22,1	14	4,7	16	9,1	17	16,7	16	2,4
5	260,5	13	20,6	13	4,2	17	8,3	Oc	16,3	2	1,9
Oc	251,6	7	15,9	5	4,2	5	6,7	4	14,6	5	1,6
7	251,0	16	15,1	11	3,2	2	5,2	5	13,1	15	1,6
3	245,2	15	15,1	12	3,2	4	4,4	18	12,4	14	1,4
14	241,1	14	14,5	8	2,8	15	4,2	9	11,7	7	1,1
10	235,8	4	8,0	2	2,2	8	4,1	16	10,9	9	1,1
13	228,9	1	7,9	7	1,6	14	3,1	2	9,6	12	0,7
16	221,3	5	6,7	1	1,0	9	2,1	11	8,5	8	0,7
2	195,9	2	6,3	9	0,0	1	2,0	14	8,1	10	0,0
11	187,4	11	4,2	10	0,0	12	1,5	13	7,9	11	0,0
12	161,5	12	3,9	17	0,0	11	1,1	1	5,0	17	0,0
1	152,5	9	1,1	18	0,0	18	0,0	12	4,6	18	0,0

MSSS (2013) Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec - Année 2012 (et projections 2013)

42

Institut national de santé publique Québec

Diapositive 42

Épidémiologie des ITSS-MADO 2012

Tableau 2: Taux brut d'incidence¹ des cas déclarés de certaines ITSS, selon la région, Québec, 2012

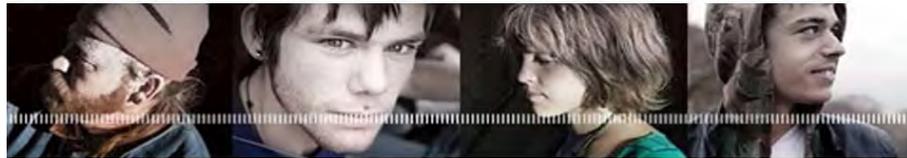
Infection génitale à <i>C. trachomatis</i>		Infection gonococcique		Syphilis infectieuse ²		Hépatite B ³		Hépatite C ⁴		VIH	
RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx ⁵
17	3 186,3	17	2 135,3	6	19,3	6	26,6	10	35,7	6	9,1
18	2 062,7	18	358,2	3	8,9	10	21,4	15	28,5	3	4,4
9	301,9	6	55,6	Oc	8,5	7	12,7	6	25,2	4	4,0
8	298,7	10	35,7	16	6,6	Oc	11,5	7	19,1	Oc	4,0
15	280,1	Oc	27,8	15	5,6	13	10,6	8	18,6	1	4,0
4	279,4	3	22,7	4	5,6	3	9,5	3	18,2	13	2,7
6	268,5	8	22,1	14	4,7	16	9,1	17	16,7	16	2,4
5	260,5	13	20,6	13	4,2	17	8,3	Oc	16,3	2	1,9
Oc	251,6	7	15,9	5	4,2	5	6,7	4	14,6	5	1,6
7	251,0	16	15,1	11	3,2	2	5,2	5	12,1	15	1,6
3	245,2	15	15,1	12	3,2	4	4,4	18	12,4	14	1,4
14	241,1	14	14,5	8	2,8	15	4,2	9	11,7	7	1,1
10	235,8	4	8,0	2	2,2	8	4,1	16	10,9	9	1,1
13	228,9	1	7,9	7	1,6	14	3,1	2	9,6	12	0,7
16	221,3	5	6,7	1	1,0	9	2,1	11	8,5	8	0,7
2	195,9	2	6,3	9	0,0	1	2,0	14	8,1	10	0,0
11	187,4	11	4,2	10	0,0	12	1,5	13	7,9	11	0,0
12	161,5	12	3,9	17	0,0	11	1,1	1	5,0	17	0,0
1	152,5	9	1,1	18	0,0	18	0,0	12	4,6	18	0,0

MSSS (2013) Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec - Année 2012 (et projections 2013)

42

2.3 Épidémiologie des ITSS (VIH et VHC) chez les UDI

Diapositive 43



2.3 Épidémiologie des ITSS (VIH et VHC) chez les UDI

43

Diapositive 44

Surveillance des maladies infectieuses chez les Utilisateurs de Drogues par Injection

Le réseau SurvUDI :

Épidémiologie du VIH 1995 - 2014

Épidémiologie du VHC 2003 - 2014

Chercheurs :

Michel Alary
Carole Morissette
Élise Roy
Pascale Leclerc
Le groupe d'étude SurvUDI

Coordination :

Raymond Parent
Karine Blouin

44

Source: Leclerc et al. (2015).



Diapositive 45

Risques associés au partage de matériel d'injection

- S'injecter le plus souvent de la cocaïne
- Fréquenter une piquerie
- Lors des premières consommations et lors de rechute
- En milieu carcéral
- Milieu semi-urbains

45



Diapositive 46

Infection par le VIH et le VHC

Infection par le VIH :

- Prévalence 2003-2014 : **14 %**
- Prévalence 2014 : **17 %**
- Incidence 1995-2014 : **2,2 par 100 personnes/année**

Anticorps contre le VHC :

- Prévalence 2003-2014 : **63 %**
- Prévalence 2014 : **69 %**
- Incidence 1997-2014 : **22 par 100 personnes/année**

Co infection par le VIH et le VHC (anticorps) : **12 %**

35 % ne sont infectés ni par le VIH ni par le VHC

46 PA : personnes-années
Données au 31 décembre 2014 pour le taux d'incidence

Diapositive 47

Prévalence du VIH, variations régionales (2003-2014)

Région de recrutement	N	% Pos *	IC 95 %
Montréal	2 867	19,3	17,9-20,8
Ville de Québec	1065	13,8	11,7-15,9
Estrie	371	10,8	7,6-13,9
Ottawa	1 648	10,4	9,0-11,9
Outaouais	177	9,0	4,8-13,3
Mauricie et du Centre-du-Québec	222	7,7	4,2-12,0
Montérégie	98	7,1	2,0-12,2
Saguenay-Lac Saint-Jean	107	4,7	0,7-8,7
Abitibi-Témiscamingue	204	3,4	0,9-5,9

* Prévalences brutes; consulter le rapport pour les prévalences ajustées pour l'âge et le sexe. IC95 %: Intervalle de confiance à 95 %

47

Diapositive 48

Prévalence des anticorps contre le VHC variations régionales (2003-2014)

Région de recrutement	N	% Pos *	IC 95 %
Ville de Québec	1 066	68,1	65,3-70,9
Montréal	2 874	67,3	65,6-69,0
Mauricie et du Centre-du-Québec	222	62,2	47,4-66,9
Ottawa	1 648	61,3	58,9-63,6
Montérégie	98	57,1	47,4-66,9
Estrie	371	52,8	4,8-59,9
Outaouais	177	52,5	45,2-60,1
Abitibi-Témiscamingue	203	48,8	41,9-55,6
Saguenay-Lac Saint-Jean	107	22,4	14,5-30,3

* Prévalences brutes; consulter le rapport pour les prévalences ajustées pour l'âge et le sexe. IC95%: Intervalle de confiance à 95 %

48



Diapositive 49

Incidence VIH et VHC (par 100 PA) Variations régionales

	VIH [IC95%] (1995-2014)	VHC [IC 95%] (1997-2014)
Réseau	2,4 [2,1-2,7]	22,1 [20,2-24,0]
Montréal	2,7 [2,3-3,2]	23,6 [20,8-26,4]
Ville de Québec	2,2 [1,7-2,6]	26,1 [22,0-30,3]
Ottawa/Outaouais	2,7 [1,9-3,5]	19,0 [14,3-23,7]
Semi-urbains*	1,3 [0,7-1,9]	13,0 [9,2-16,9]

* Abitibi-Témiscamingue, Montérégie, Saguenay-Lac Saint-Jean, Estrie, Mauricie et Centre-du-Québec

• IC95%: Intervalle de confiance à 95 %

49



Diapositive 50

Tendance de l'incidence du VIH



Test par bootstrap (1 000 itérations).
Les valeurs-p sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.

50

Diapositive 51

VIH, VHC et mortalité chez les jeunes de la rue

Les jeunes de la rue qui s'injectent des drogues
présentent un risque :

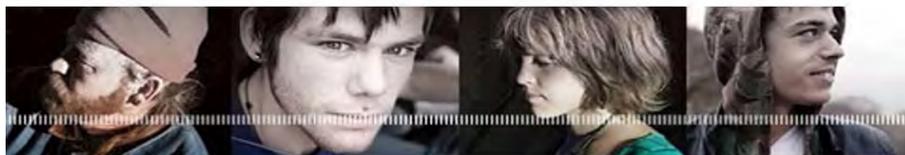
- 7 fois plus élevé d'être VIH+
- 4 fois plus élevé d'être VHB+
- 28 fois plus élevé d'être VHC+

Roy, É. INSPQ, Université de Sherbrooke (2009)

51

2.4 Prévalence du VIH et du VHC chez les personnes incarcérées au Québec

Diapositive 52



2.4 Prévalence du VIH et du VHC chez les personnes incarcérées au Québec

52

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 53

Étude de prévalence du VIH et de l'hépatite C chez les personnes incarcérées au Québec (2003)

Michel Alary^{et al.} (2005)

EXTRAIT

53

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 54

Prise de risque - à vie ≥ 1 fois

	Hommes (1357)		Femmes (250)	
	Hors prison %	En prison %	Hors prison %	En prison %
Cocaïne sniffé	78,7	24,0	80,8	12,9
Partage d'une paille ≥ 1 fois	71,2	51,3	71,6	65,6
Injection de drogue	27,7	4,4	42,8	0,8
Partage de seringue ≥ 1 fois	54,3	65,5	58,8	50,0
Tatouage	48,5	37,8	60,4	4,8
Matériel non stérile ≥ 1 fois	16,9	26,6	33,1	6,0

54

Diapositive 55

Prévalence par site

Établissement de détention	VIH %		VHC %	
	H	F	H	F
Montréal	3,0	9,8	18,4	29,4
Québec	1,7	6,1	16,8	28,8
St-Jérôme	2,2		13,0	
Chicoutimi	0,0		6,9	
Baie-Comeau	0,0		18,5	
Total	2,3	8,8	16,6	29,2

55

2.5 Prévenir les ITSS

Diapositive 56



2.5 Prévenir les ITSS

56

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 57

Éléments à considérer pour changer de comportement face aux ITSS

- Perception de risque ITS VHC
- Connaissance des ITS
- Connaissances des conséquences des ITS pour la santé et au niveau psychosocial
- Connaissance des moyens de protection
- Compétences à l'utilisation du condom et au non-partage de matériel d'injection
 - Habiletés techniques
 - Habiletés pour exiger utilisation du condom et non partage matériel d'injection

57

Source : MSSS (2010)

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 58

Éléments à considérer pour changer de comportement face aux ITSS (suite)

Diminution des barrières

- Normes sociales et morales
- Gêne
- Perception de contrôle
- Bris de confiance
- Effet alcool-drogues

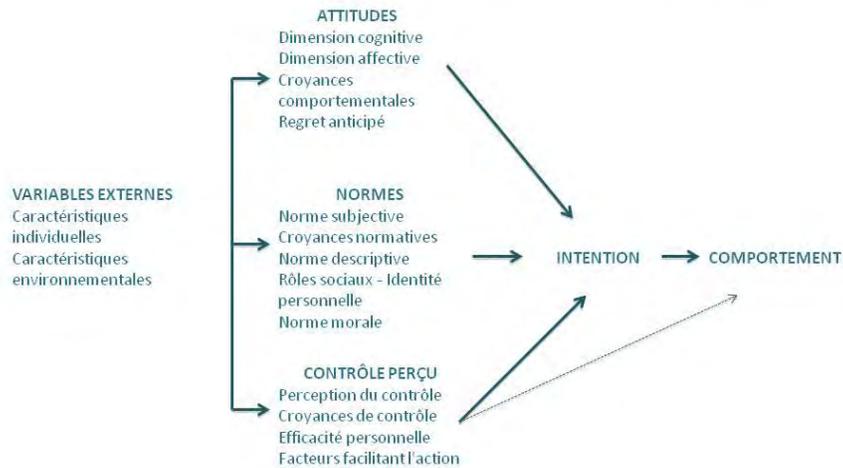
Dépistage des ITS et attitudes favorables à être réceptif à recevoir de l'information au fait d'avoir été exposé à une ITS

Source : MSSS (2010)

58

Diapositive 59

MODÈLE INTÉGRATEUR POUR LA PRÉDICTION D'UN COMPORTEMENT



Source : Godin et Vézina-Im (2012)

59

Diapositive 60

Prévention et ITSS chez UDI

Prise de risques accrue pour les ITSS :

- Discours préventif habituel ayant peu d'effet chez certains consommateurs de drogues et ceux qui ont des problèmes de santé mentale sévère et persistant.
- Carences affectives sévères des personnes.
- Le besoin de satisfaction immédiate et/ou intense.
- Faible taux de dépistage régulier.
- Annonce d'un résultat positif n'est pas toujours porteurs de comportements de protection pour les autres ou soi.
- La co-morbidité, VHC/VIH/VHB/maladie psychiatrique/toxicomanie est fréquente.

60



Diapositive 61

Prévention et ITSS chez UDI

Risques accrus pour les ITSS (suite) :

- Compréhension limitée des informations due à plusieurs raisons
 - Psychose, délires, paranoïa
 - Littéracie en santé particulièrement faible
 - Intoxication
 - Atteintes cognitives et/ou déficience intellectuelle, etc.
- Prostitution de survie
 - Protection pour les femmes itinérantes
 - Prostitution masculine sans reconnaissance du caractère homosexuel des relations
- Violence dans les relations
- Estime de soi particulièrement faible

61



Diapositive 62

FAUT FAIRE ÇA SAFE !

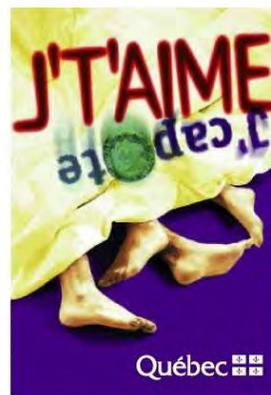
Source : AITQ, 2001

62

Institut national de santé publique Québec

Diapositive 63

**Jeu des étapes
de l'utilisation du condom**



63

Institut national de santé publique Québec

Diapositive 64



www.itss.gouv.qc.ca

64

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 65

**Retenez bien
les lettres de l'alphabet**

65

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 66

Dépistage ITSS



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

Guide d'intervention Infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire



66

SOURCE: www.msss.gouv.qc.ca/itss

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 67

Dépistage ITSS

« L'intervention de dépistage doit permettre d'établir la nature de la demande de la personne qui consulte, de déceler ses facteurs de risque de contracter une ITSS et de planifier ou de réaliser une ou plusieurs interventions de prévention individualisées »

MSSS (2006) Guide québécois de dépistage. Infections transmissibles sexuellement et par le sang, p.33

67

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 68

Dépistage ITSS

Critères justifiant un dépistage ITSS

- Problème de santé important ;
- Prévalence élevée de la maladie dans un groupe visé ;
- Évolution naturelle de la maladie bien connue ;
- Durée de la phase asymptomatique suffisante pour permettre d'effectuer un dépistage ;
- Traitement efficace disponible ;
- Traitement précoce apportant des avantages par rapport à un traitement tardif ;
- Examen de dépistage valide, fiable et acceptable ;
- Critères précis permettant de déterminer auprès de qui doit se faire le dépistage.

MSSS (2006) Guide québécois de dépistage. Infections transmissibles sexuellement et par le sang, p.33

68



Diapositive 69

Les modules 3 et 4 permettront de mieux explorer l'approche de réduction des méfaits et les pratiques qui en découlent lorsque sont offerts des services de réadaptation en dépendance

69



RÉFÉRENCES

- AITQ (2001). *FX Un magazine sur l'injection à risque réduit – Guide d'accompagnement*, Longueuil.
- AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2012). *Actualités en épidémiologie du VIH/Sida*. Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses. Agence de santé publique du Canada.
- ALARY ET COLL. (2005). *Étude de prévalence du VIH et de l'hépatite C chez les personnes incarcérées au Québec*. Québec.
- CARON-RAINVILLE (2015). *Résumé au regard du traitement de l'infection par le VIH*. Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida, Centre hospitalier de l'Université de Montréal.
- CHAYER, M-C et B. KOTSOROS. (2015). *Nouveautés dans le traitement de l'hépatite C*. Service de médecine des toxicomanies, Centre hospitalier de l'Université de Montréal.
- CHOPRA, S. et al. (2012). *Clinical manifestations and natural history of chronic hepatitis C virus infection. Up ToDate*.
- FOURNIER, C. WILLEMS, B. (2012). *L'hépatite C chronique une maladie curable*. Le Médecin du Québec. 47(4) p. 53-60
- GODIN ET VÉZINA (2012). *Les comportements dans le domaine de la santé : comprendre pour mieux intervenir*
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (2009). *Virus de l'hépatite C : pour une prise en charge en réseaux des personnes infectées*. Montréal.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (2012). *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : cas cumulatifs 2002-2011*. Montréal.
- LECLERC, P, ROY, E., MORISSETTE, C., ALARY, M., PARENT, R., BLOUIN, K. (2014). *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection – Épidémiologie du VIH de 1995 à 2012 – Épidémiologie du VHC de 2003 à 2012*. Institut national de santé publique du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006). *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang*. Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010). *Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec - L'épidémie silencieuse : les infections transmissibles sexuellement et par le sang*. Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2014) *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec - Année 2012 (et projection 2013)*
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2014) *Guide d'intervention. Infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire*. 328 p. Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2014). *Entre les transformations, les frissons, les passions... et toutes les questions : petit guide à l'usage des parents pour discuter de sexualité avec leur adolescent*. Québec.
- PAWLOTSKY, J.M. (2006). Therapy of Hepatitis C: From Empiricism to Eradication, *Hepatology*, vol. 43, n° 2, Suppl.1, S207-S220.
- ROY, É. (2009). *La cohorte montréalaise des jeunes de la rue. Mise à jour sur le VIH, l'hépatite C, l'injection de drogues et la mortalité*. Présentation faite à l'Institut national de santé publique, janvier 2009.

BIBLIOGRAPHIE COMPLÉMENTAIRE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010) *La santé sexuelle, ça se protège*. Magazine *Ça s'exprime*, numéro 4. Québec.

Sites Internet

itss.gouv.qc.ca

masexualite.ca

casexprime.gouv.qc.ca

phac-aspc.gc.ca

cdc.gov/msmhealth

msss.gouv.qc.ca/itss

Module 3
L'APPROCHE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS
LIÉS À L'USAGE DE DROGUES

MODULE 3 – L'APPROCHE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS LIÉS À L'USAGE DE DROGUES

FICHE PÉDAGOGIQUE

MODULE 3 – L'APPROCHE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS LIÉS À L'USAGE DES DROGUES

Objectif général :

- Identifier les principes, les valeurs et les objectifs de l'approche de réduction des méfaits ainsi que les principales pratiques en ce domaine

Objectifs spécifiques :

- Situer l'émergence et le développement de l'approche de réduction des méfaits
- Définir l'approche et ses champs d'application
- Identifier les principales pratiques associées à l'approche de réduction des méfaits et la variété des interventions

Méthodes pédagogiques :

- Exposé
- Présentations multimédias

Durée : 70 minutes

Éléments de contenu :

- Éléments historiques de l'apparition et du développement de l'approche dans le monde, au Canada et au Québec
- Clarification du concept de réduction des méfaits et des champs d'application de l'approche
- Pragmatisme et humanisme : caractéristiques et distinctions de base
- Typologies générales des pratiques selon le statut des produits
- Panorama pratiques en matière de drogues illicites (québécoises, canadiennes et internationales)

Matériel d'accompagnement :

- AITQ (2007) La réduction des méfaits au Québec. Longueuil.
- Magazine *L'Injecteur*. Montréal : ADDICT.

HORAIRE

Thème 3.1	La réduction des méfaits : théorie	25 min
Thème 3.2	La réduction des méfaits : pratiques	45 min

PRÉSENTATION POWER POINT

Diapositive 2

Module 3



L'approche de réduction des méfaits liés à l'usage des drogues

2

Diapositive 3

Objectif général - Module 3

Identifier les principes, les valeurs et les objectifs de l'approche de réduction des méfaits ainsi que les principales pratiques en ce domaine.

3

3.1 La réduction des méfaits : théorie

Diapositive 4



3.1 La réduction des méfaits : théorie

SOURCES: Brisson, 1997 et 2005; Brisson et Fallu, 2008

4

Institut national
de santé publique
Québec

3.1.1 Émergence et développement de l'approche

Diapositive 5



3.1.1 Émergence et développement de l'approche

5

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 6

Rencontre des problématiques toxicomanie et ITSS

- **1981** : premier cas de sida aux USA chez des hommes homosexuels
- **1982**: identification des modes de transmission (sperme et sang)
- **1984**: mise au point de tests de dépistage et apparition de cas de décès attribuables au sida, en Europe, chez les UDI
- **Avant la fin des années 1980**: les toxicomanes deviennent seconde cohorte à risque pour la transmission du VIH dans la plupart des pays industrialisés, après la communauté homosexuelle masculine
- **Années 1990**: émergence de l'épidémie de VHC, chez les UDI

6

Diapositive 7

Mobilisation: action communautaire et politiques publiques

- Les conséquences de la transmission du VIH chez les usagers de drogues - risque de propager le virus au sein de la population générale - créé un **sentiment d'urgence**
- Le développement de **foyers épidémiques** dans les milieux toxicomanes entraîne une mobilisation de la base:
 - aux Pays-Bas, création du **premier programme d'échange de seringues**, à Amsterdam, en 1984
- Les façons de voir et de faire en santé publique et en toxicomanie s'ajustent pour faire place au **pragmatisme à visage humain**, que plusieurs courants avaient préparé:
 - prescription d'héroïne, maintien à la méthadone, ressources à bas seuil.

7

3.1.2 Définition et caractéristiques

Diapositive 8



3.1.2 Définition et caractéristiques

8

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 9

Définitions

MINIMALE

Approche centrée sur la **diminution des conséquences négatives** de l'usage des drogues **plutôt que sur l'élimination de l'usage**

EXTENSIVE

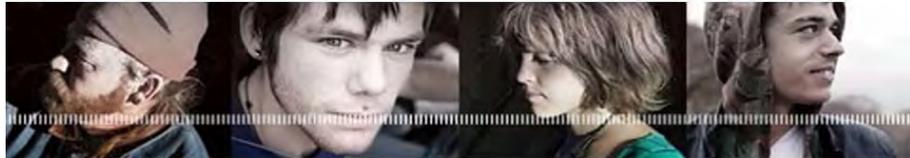
Démarche de santé publique visant, plutôt que l'élimination de l'usage des drogues, à ce **que les usagers puissent développer les moyens de réduire les conséquences négatives liés à leurs comportements** pour *eux-mêmes*, leur *entourage* et la *société*; sur le plan *physique, psychologique* et *social*

9

Institut national
de santé publique
Québec

3.1.3 Caractéristiques et enjeux

Diapositive 10



3.1.3 Caractéristiques et enjeux

10

Diapositive 11

1. Le pragmatisme

L'USAGE DES DROGUES EST LÀ POUR RESTER

- L'usage des drogues est une réalité humaine avec laquelle il faut composer (TOLÉRANCE)
- L'intervention doit tenir compte des coûts ET des bénéfices de l'usage et porter sur les conséquences négatives (COÛTS/BÉNÉFICES)
- L'intervention doit procéder par étapes, prioritaires et réalistes (HIÉRARCHIE D'OBJECTIFS pouvant aller jusqu'à l'abstinence)

Rupture avec l'IDÉALISME

(société sans drogue, pression à l'abstinence)

11

Diapositive 12

2. L'humanisme

**LES USAGERS DE DROGUES SONT DES PERSONNES DIGNES DE RESPECT,
POSSÉDANT DES DROITS ET UN POUVOIR D'AGIR**

- Aller à la rencontre des usagers là où ils se trouvent (TRAVAIL DE PROXIMITÉ)
- Offrir aux usagers une variété de moyens (ressources, services) en fonction de leurs besoins (BAS SEUIL D'EXIGENCES/HAUTE TOLÉRANCE)
- Impliquer les usagers dans le respect de leurs droits et en favorisant l'autosupport (EMPOWERMENT)

Rupture avec le PATERNALISME
(propagande antidrogue, répression)

12

Diapositive 13

Politique des 4 piliers

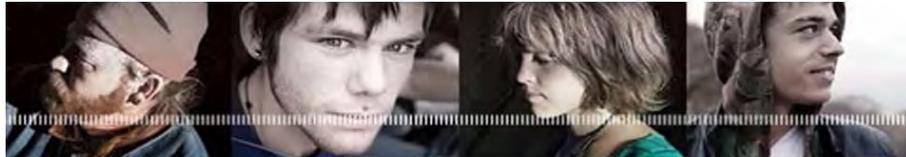


ASSOCIATION GENEVOISE DE REDUCTION DES RISQUES LIÉS AUX DROGUES
http://www.grea.ch/sites/default/files/brochure_rdr1.pdf

13

3.2 La réduction des méfaits : pratiques

Diapositive 14



3.2 La réduction des méfaits : pratiques

14

Diapositive 15

Pratiques de réduction des méfaits

- | | | | |
|--|--|--|--|
| 1
Fourniture
de matériel | 2
Services
d'injection
supervisée | 3
Prescription
d'héroïne | 4
Pharmaco-
thérapie |
| 5
Testing -
analyse des
drogues | 6
Changements
politiques | 7
Information,
Éducation,
Communication | 8
Travail avec
et par
les usagers |
| 9
Modification
des
substances | 10
Rééducation à
la
consommation | 11
Mesures
environ-
nementales | |

15

Diapositive 16

Panorama des interventions

1. Fourniture de matériel d'injection et d'inhalation

16

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 17

La trousse

- 4 *Stéricups*
- 4 ampoules d'eau
- 4 tampons d'alcool
- 4 seringues neuves
- condoms



SOURCE : MSSS, 2003

17

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 18

Efficacité : mesure probante

- **Efficaces** pour prévenir la transmission du VIH; réduire les risques de transmission du VHB et VHC. Moins d'évidence concernant les surdoses
- Rapport **coûts/bénéfices** positif
- Peuvent aisément être **combinés** au travail de proximité et adaptés à des populations marginalisées ou vulnérables comme les travailleuses du sexe et les prisonniers
- En **milieu carcéral** (Suisse, Allemagne et Espagne), les premières évaluations ont démontré une réduction du partage de matériel, une stabilisation des infections au VIH, VHC et VHB et aucune conséquence fâcheuse pour le personnel des établissements
- Devraient être **étendus** aux régions du monde où ce n'est pas encore accessible

18

SOURCES : Ball et al., 2005; Hunt et al., 2003; Kerr et al., 2005

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 19

Centres d'accès au matériel d'injection (CAMI)

- Fourniture de matériel depuis **1989** par le MSSS.
- En 2013, 16 régions couvertes sur 18 pour un total de **1 204 CAMI**



SOURCE : MSSS et INSPQ, 2012

19

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 20

Centres d'accès au matériel d'injection (CAMI)

- En 2012-2013, distribution d'environ **2,1 millions de seringues** (en comparaison de **7 millions** pour un nombre d'UDI comparable, en C.B.) **1 million d'ampoules d'eau** et de **1 million de Stéricups**
- La moyenne de **seringues par visite**, au niveau provincial, est de **25**
- Globalement, **75 % des visites** le sont par des **hommes**
- Les CAMI donnent accès à des **services de prévention**, de **dépistage des ITSS** et, dans certaines conditions, à des **services cliniques**
- Les **organismes communautaires** effectuent du **travail de milieu** pour rejoindre les UDI en plus de leur offrir **soutien psychosocial** et **accompagnement**



SOURCE : INSPQ 2013

20

Diapositive 21

Centres d'accès au matériel d'injection (CAMI) par région et selon le type d'établissements

Région	CSSS-CLSC	CSSS-EH	CSSS Autre	PHARM	OC	Total
Bas-Saint-Laurent	16	2	1	48	1	68
Saguenay-Lac-Saint-Jean	8	6	1	24	9	48
Capitale Nationale	27	7	10	113	6	163
Mauricie et Centre-du-Québec	14	6	7	11	10	48
Estrie	16	6	8	46	3	78
Montréal-Centre	13	0	3	221	17	254
Outaouais	16	6	1	24	4	51
Abitibi-Témiscamingue	6	6	12	10	6	40
Côte-Nord	16	7	7	16	1	47
Baie-James	6	0	1	4	0	11
Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	18	2	0	20	0	40
Chaudière-Appalaches	18	2	0	20	0	51
Laval	5	0	2	56	4	70
Launaudière	7	2	0	44	4	57
Laurentides	12	4	4	22	6	48
Montréal	37	9	6	87	4	143
Total	233	67	65	776	70	1214

LES CENTRES D'ACCÈS AU MATÉRIEL D'INJECTION AU QUÉBEC

Source: Répertoire des ressources, MSSS, consulté en 2013

OC : Organismes communautaires

CSSS-EH : Centres de santé et des services sociaux – Centres hospitaliers

CSSS-CLSC : Centres de santé et des services sociaux – Centres locaux de services communautaires

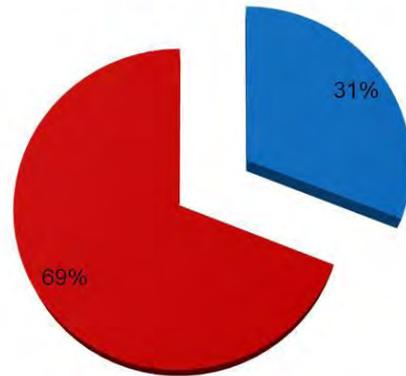
CSSS autre : Autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux (incluant des cliniques médicales et des centres de traitement de la dépendance)

PHARM : Pharmacies

21

Diapositive 22

Distribution de matériel d'injection par les CRD



■ oui

EN EXTERNE: 4/16
 PENDANT L'HÉBERGEMENT 1/16
 AUTRES : 2/16

■ non

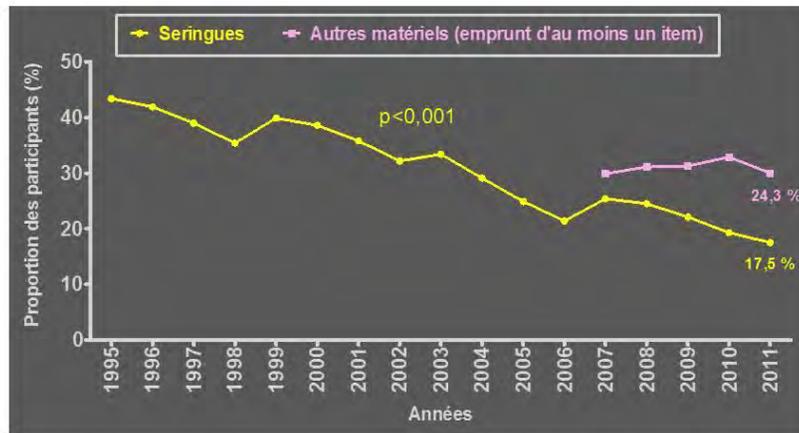
Matériel peut être obtenu de la Direction de la santé publique

ACRDQ (2013)

22

Diapositive 23

Utilisation de seringues et d'autres matériels déjà utilisés par d'autres dans les 6 derniers mois (31 mars 2012)



Leclerc 2014

23

Diapositive 24

Panorama des interventions (suite)

2. Services d'injection supervisée (SIS)



INSPQ (2009)
GAGNÉ (2013)

24

Diapositive 25

Un service d'injection supervisée (SIS) fait référence à :

- une régulation des entrées des personnes utilisatrices de drogues
- la supervision des injections
- l'éducation à l'injection sécuritaire
- la distribution de matériel d'injection stérile et à l'intervention médicale en cas de surdose.



25

Diapositive 26

Les organismes qui offrent des SIS donnent une gamme de services incluant:

- des services de santé de base, du counseling et de la référence médicale
- des services sociaux, des traitements de la dépendance
- des services de formation et de placement en emploi



26

Diapositive 27

Les SIS

- sont souvent intégrés à des services de santé, de traitement de la toxicomanie ou des services destinés aux personnes itinérantes
- sont opérés par du personnel composé de travailleurs sociaux et communautaires, d’infirmières ou de médecins, mais favorisent aussi l’embauche d’usagers et d’ex-usagers de drogues

27

Diapositive 28

L'ajout de SIS au panier d'interventions de santé et de services sociaux destinées aux personnes UDI est une mesure qui :

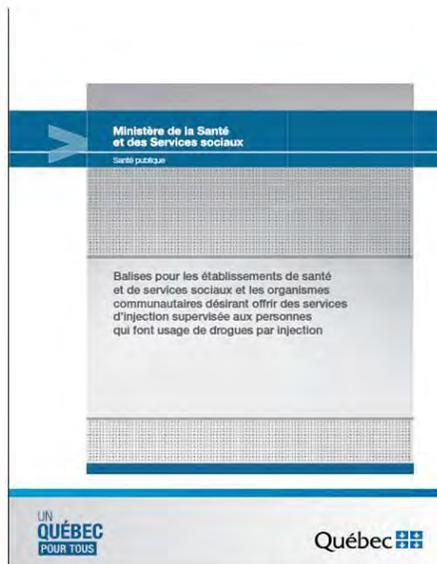
- permet de rejoindre les personnes UDI qui sont les plus vulnérables;
- réduit le partage de matériel d'injection;
- favorise des techniques d'injection plus sécuritaires;
- diminue les surdoses et leurs conséquences, y compris les risques de décès;
- réduit le recours aux services ambulanciers et aux urgences des hôpitaux;
- favorise l'inscription dans des programmes de désintoxication et de traitement de la dépendance;
- a un effet bénéfique sur l'ordre public (diminution des injections en public, diminution du nombre de seringues jetées de façon non sécuritaire);
- n'augmente pas la consommation de drogues;
- n'entraîne pas d'augmentation de la criminalité.

28

INSPQ 2009

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 29



Avec le soutien des
ministères de la Sécurité
publique et Justice du
Québec

29

www.msss.gouv.qc.ca/itss

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 30

Balises pour les établissements de santé et de services sociaux et les organismes communautaires désirant offrir des services d'injection supervisée aux personnes qui font usage de drogues par injection (MSSS 2013)

1. Caractéristiques locales qui déterminent les besoins
2. Description de l'organisation qui entoure l'offre de SIS
3. Démonstration du fait que le SIS est en accord avec les principes nationaux de réduction des méfaits liés à l'usage de drogues
4. Lien avec la communauté
5. Sécurité publique
6. Outils de monitoring et d'information destinés aux clients
7. Structure réglementaire et de ressources humaines
8. Offre de soins et services
9. Mesures mises en place pour disposer adéquatement des déchets biomédicaux
10. Gouvernance et pérennité
11. Surveillance et monitoring

30

Diapositive 31

Loi C-2 sur le respect des collectivités du gouvernement fédéral

- Description du processus pour une demande d'exemption à la loi sur les drogues
- Exigences d'approbation de diverses organisations locales et provinciales
- 90 jours pour que la population se prononce (contre...)

- Réaction du gouvernement du Québec : service de santé de responsabilité provinciale

31

Diapositive 32

Panorama des interventions (suite)

3. Prescription d'opiacés

32

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 33

Traitement supervisé d'injection d'héroïne dans le monde

- Traitement de 2ème ligne pour les usagers d'héroïne n'ayant pas bien répondu au traitement par la méthadone
- Royaume Uni, depuis les années 1920 (*British System*)
- En Suisse (1994), aux Pays-Bas (1998)
- A été à l'étude ou en expérimentation : Allemagne, France, Belgique, Espagne et Canada
- Rejeté en Australie (1992)
- 2 prisons en Suisse offrent le traitement

SOURCE : Ball et al., 2005

33

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 34

NAOMI (North American Opiate Medication Initiative)

- **Étude clinique** destinée à vérifier si la prescription d'héroïne peut attirer et retenir avec plus de succès que la méthadone les usagers de rue ayant échoué des traitements antérieurs ou des programmes d'abstinence. Parrainée au Canada par l'Université de Colombie-Britannique et l'Université de Montréal
- Subventionnée par l'**Institut canadien de recherche en santé et Santé Canada**, l'expérimentation canadienne a été lancée en **février 2005** et a fourni ses résultats (**2008**).
- **Un site à Vancouver (192) et un à Montréal (59)** étaient à l'étude pour un total de **251 sujets**



34

SOURCE : Brissette, 2004

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 35



Diapositive 36

NAOMI : résultats (octobre 2008)

- Rétention remarquable des personnes visées
- Baisse d'utilisation de l'héroïne illicite
- Réduction des activités illégales
- Amélioration de l'état de santé
- Non différence entre héroïne et hydromorphe prescrit (Dilaudid)

Ces résultats probants ont fait l'objet d'un article publié dans le *New England Journal of Medicine* (voir Oviedo-Joekes et al, 2009)

SOURCE : Gervais, 2008

36

Diapositive 37

Comparatif des effets de l'ajout de mesures de réduction des méfaits aux programmes d'accès au matériel d'injection

	Accès au matériel d'injection	Accès au matériel d'injection & Services d'injection supervisée	Accès au matériel d'injection & Services d'injection supervisée & Prescription d'opiacés injectables
Caractéristiques	Usagers ont accès à : <ul style="list-style-type: none"> ▪ du matériel d'injection stérile ▪ du counseling ▪ référence vers services de réadaptation 	Usagers ont accès à : <ul style="list-style-type: none"> ▪ du matériel d'injection stérile ▪ du counseling ▪ référence vers services de réadaptation ▪ supervision de l'injection 	Usagers ont accès à : <ul style="list-style-type: none"> ▪ du matériel d'injection stérile ▪ du counseling ▪ service de réadaptation ▪ injection supervisée ▪ traitement médical par opiacés
Effets	↓ partage matériel ↓ VIH Injection dans lieux publics = ↓ seringues à la traîne Criminalité =	↓↓ partage matériel ↓↓ VIH, ↓ VHC ↓ injection dans lieux publics ↓ seringues à la traîne Criminalité =	↓↓↓ partage matériel ↓↓↓ VIH, ↓ VHC ↓ injection dans lieux publics ↓ seringues à la traîne ↓ criminalité

↓ : diminution
↓↓ : diminution plus marquée
↓↓↓ : diminution importante
= : pas de changement

Cloutier, R. (2013)

37

Diapositive 38

Panorama des interventions (suite)

4. Pharmacothérapies

38

Diapositive 39

Traitement de substitution aux opiacés : la méthadone

- Opioïde synthétique permettant d'éliminer les symptômes de sevrage aux opiacés, sans provoquer d'euphorie et sur la base d'une administration orale quotidienne. Introduite comme traitement de substitution dans les années 1960 aux États-Unis
- Les traitements offerts varient du court terme (sevrage) au long terme (entretien ou abstinence) et d'un seuil élevé ou intermédiaire d'exigences (services cliniques) au bas seuil d'exigences (services communautaires, ambulatoires)



39

Diapositive 40

Autre substitut à l'héroïne: la buprénorphine

- La buprénorphine est un **opioïde synthétique** possédant la double propriété **agoniste/antagoniste** qui le rend plus sécuritaire au regard du surdosage, plus aisé sur le plan du sevrage et pratique en matière d'administration puisque ses effets peuvent durer jusqu'à **48 heures**
- Introduite en **Europe** depuis 1996, aujourd'hui disponible dans le cadre de traitement de substitution en Autriche, au Danemark, en Finlande, en France, en Italie, au Luxembourg et au Royaume-Uni
- Le *Suboxone* est autorisé au **Canada** depuis 2007 et disponible au **Québec** depuis 2008



40

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 41

Tableau comparatif buprénorphine/méthadone

	Buprénorphine (Suboxone MC)	Méthadone
Mode d'action	Agoniste opioïde partiel	Agoniste opioïde pur
Voie d'administration	Sublinguale	Orale
Condition de prescription	Aucune exemption n'est nécessaire	Nécessite une exemption émise par Santé Canada
Contre-indication	Allergie à la buprénorphine ou au naloxone Insuffisance respiratoire Insuffisance hépatique sévère Grossesse / allaitement (re : naloxone)	Allergie à la méthadone Insuffisance respiratoire Insuffisance hépatique sévère

Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des pharmaciens du Québec (2009).

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 42

Tableau comparatif buprénorphine/méthadone

	Buprénorphine (Suboxone MC)	Méthadone
Début d'action	30 à 60 minutes	30 minutes
Effet maximal	1 à 4 heures	1 à 7,5 heures
Durée d'action	Jusqu'à 2 ou 3 jours à doses élevées	36 à 48 heures
Ajustement de la dose	Obtention rapide de l'effet souhaité	Se fait sur une longue période
À l'arrêt du traitement	Sevrage moins marqué	Sevrage marqué et prolongé
Effets indésirables	Céphalée Constipation Nausée Vomissement Diarrhée Sudation Myalgie Œdème périphérique	Réduction de la libido Sudation excessive Constipation Prise de poids

Diapositive 43

TDO - Québec

- Introduit en 1986 avec la fondation du **CRAN (Centre de recherche et d'aide pour narcomanes)**
- Le **réseau actuel** au Québec se divise entre :
 - services dispensés en CRD et centres affiliés (**CRAN, clinique Herzl de l'Hôpital Juif et Clinique de prévention, Santé et Toxicomanie de l'Hôpital St-Luc**)
 - services dispensés hors CRD, en première ligne (CSSS, GMF et cliniques privées)
- Il existe un centre à bas seuil, à Montréal : **Relais Méthadone**, fondé en 1999 et faisant partie du CRAN
- Le réseau est supporté par des **médecins** accrédités (près de 150) et des **pharmacies** distributrices (plus de 400), la majorité à Montréal et en Montérégie

Diapositive 44

TDO - Québec (suite)

Quelque **3 500 personnes** ont annuellement accès à un traitement de la dépendance aux opioïdes avec un médicament de substitution

Le CRAN (Services cliniques réguliers et Relais Méthadone) en dessert près du tiers

Cela ne permet toutefois de rejoindre que **30% des usagers québécois d'héroïne**, contre une «couverture» de services assurant l'accès à 50 à 75 % des consommateurs dans plusieurs pays d'Europe

SOURCES : MSSS, 2006; CRAN, 2011

Diapositive 45

Pharmacothérapies

- substitution (*Nicoderm*)
- antagoniste (*Antabuse*)
- adjuvant (*Zyban, Champix, Revia*)

Diapositive 46

Panorama des interventions (suite)

5. Testing - analyse des drogues

46

Diapositive 47

Testing (suite)

OBJECTIFS

- **Prévention** : conseils de réduction des risques pour l’usager
- **Protection** : communication publique sur les substances dangereuses
- **Surveillance** : observation de l’évolution du marché noir des drogues

MODALITÉS

- Le **on-site testing** (*testing terrain*) : dans les *raves*, clubs, festivals; le plus souvent accompagné d’information et de *counseling*
- Le **testing clinique ou stationnaire** : au bureau de l’organisme responsable, hôpital, etc.

MÉTHODES

- Le **test de Marquis** (réaction colorée) : identification seulement
- L’**identification des pilules** : comparaison avec liste de produits testés
- La **chromatographie** et la **spectométrie de masse** (séparation des substances) : identification, différenciation et quantification

47

SOURCE : Fallu et Trotter, 2003

Diapositive 48

Panorama des interventions (suite)

6. Changements politiques

48

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 49

Dépénalisation ou décriminalisation

Cette mesure consiste en « un retrait des contrôles pénaux ou criminels en relation avec une activité qui demeure interdite et sujette à des règlements non pénaux et des sanctions »

- Les applications dans le monde concernent le chef de **possession** et touchent presque uniquement le **cannabis**
- La mesure peut être de type « **déjudiciarisé** » (changement dans le statut légal)
 - avec pénalités civiles : onze états américains et trois juridictions australiennes
 - de type prohibition partielle (l'usage est légal mais le commerce demeure illicite) : Colombie, Espagne et Suisse
- ou de type « **de facto** » (application modifiée de la loi)
 - arrestation avec un cautionnement : Australie, Portugal, Italie
 - aucune arrestation (pour de petites quantités établies) : Belgique, Allemagne, Danemark et Pays-Bas

SOURCE : Hunt et al., 2003

49

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 50

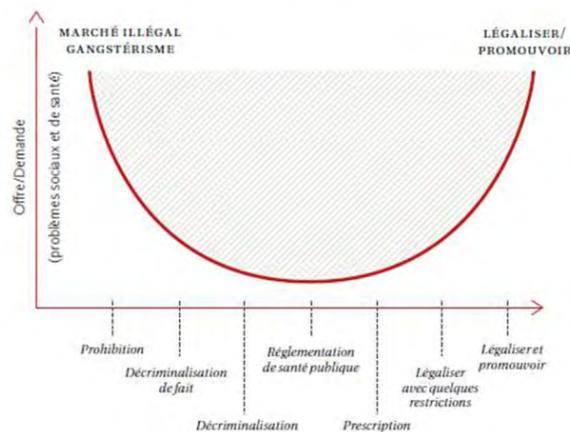
Dépénalisation ou décriminalisation (Canada et Québec)

- Ces mesures relèvent du gouvernement fédéral et, malgré une rhétorique récurrente favorable à des amendements ou à une application plus souple de la loi, le Canada préconise toujours une **approche pénale et répressive** de la question drogoue (surtout depuis l'élection d'un gouvernement conservateur)
- Le Québec possède une **tradition de dépénalisation** concernant la possession de cannabis par des contrevenants mineurs qui ne sont généralement pas poursuivis pour cette offense

50

Diapositive 51

FIGURE 6 : LA RELATION ENTRE LES POLITIQUES SUR LES DROGUES ET L'OFFRE ET LA DEMANDE



Adapté de : Health Officer's Council of BC, 2011

Tiré de : Coalition canadiennes des politiques sur les drogues. *Se rendre au lendemain: un rapport sur les politiques canadiennes sur les drogues*. p. 101. http://drugpolicy.ca/report/CDPC2013_fr.pdf

51

Diapositive 52

Dépénalisation ou décriminalisation

Situation du Portugal depuis 2001

« Décriminalisation de la drogue : l'exemple du Portugal

Face à l'incapacité de contrôler les consommateurs, quelques pays ont choisi la tolérance.

Au Portugal, notamment, la consommation de drogue est légale depuis 10 ans.

La décriminalisation des drogues est-elle la solution pour empêcher la consommation?



http://www.radio-canada.ca/audio-video/pop.shtml?urlMedia=http://www.radio-canada.ca/Medianet/2011/CBF/Desautels201110181732_2.asx

<http://www.radio-canada.ca/>

Reportage de Dorothee Giroux passé Radio-Canada, à la radio, aux émissions:

Desautel le 18 octobre 2011 à 17 h 44 11.57 minutes

Dimanche magazine, le 31 octobre 2011 à 11 h 09 – 22.27 minutes

Diapositive 53

Une réflexion mondiale

La guerre aux drogues. Rapport de la Commission mondiale pour la politique des drogues (2011)

http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_French.pdf

La guerre aux drogues face au VIH/sida. Comment la criminalisation de l'usage de drogues aggrave la pandémie mondiale. Rapport de la Commission mondiale pour la politique des drogues (2012)

http://globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/GCDP_HIV-AIDS_2012_FR_v3.pdf

L'impact négatif de la "guerre contre la drogue" sur la santé publique: l'épidémie cachée d'hépatite C. Commission mondiale pour la politique des drogues (2013).

http://www.globalcommissionondrugs.org/hepatitis/GCDP_HepatitsC_2013_FR_Summary_v2.pdf

Coalition canadienne des politiques sur les drogues (2014). Se rendre au lendemain : un rapport sur les politiques canadiennes sur les drogues

<http://drugpolicy.ca/fr/progresser/se-rendre-au-lendemain/>

Diapositive 54

Panorama des interventions (suite)

7. Information, éducation, communication (IEC)

54

Diapositive 55

Information/éducation sur l'usage sécuritaire

Association des
intervenants
en toxicomanie
du Québec

<http://reductiondesmefaits.aitq.com>

Formation FX d'une journée
sur l'injection à risques réduits



55

Diapositive 56

Information/éducation sur l'usage sécuritaire

Association des
intervenants
en toxicomanie
du Québec

<http://reductiondesmefaits.aitq.com>



56

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 57

GRIP - matériel d'information



www.gripmontreal.org

57

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 58

Panorama des interventions (suite)

8. Travail avec et par les usagers

58

Diapositive 59

Travail de rue, travail de milieu, travail de proximité

Aller à la rencontre des personnes dans la rue, à la maison, dans les lieux de consommation et de vie, afin de créer des ponts entre eux et les autres acteurs de la collectivité

Objectifs :

- créer des **liens significatifs** avec les personnes ciblées afin de les accompagner vers des changements potentiels dans certaines sphères de leur vie, via la collectivité dans laquelle ils évoluent
- fréquemment associés à la **fourniture de matériel**

59

Diapositive 60

Les infirmières de rue, de milieu ou de proximité

Ces intervenantes vont aussi à la rencontre des clientèles ciblées.

Elles tentent de créer une alliance et d'offrir leurs services de prévention des infections et de promotion de la santé dans une perspective de réduction des méfaits

60

Diapositive 61

Exemples d'intervention par et pour les usagers Pairs aidants et groupes d'auto support

L'Association Québécoise pour la promotion de la santé des
personnes utilisatrices de drogues (AQPSUD) :

L'Injecteur et l'ADDICQ

(voir Texte d'accompagnement # 3)

<http://injecteur.ca>

61

Diapositive 62

Magazine L'Injecteur



62

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 63

Manifeste de l'ADDICQ

« Ce manifeste a été créé pour donner une voix aux personnes qui consomment des drogues, voix souvent ignorée par nos décideurs et les différentes institutions, mais qui trouvera toute sa place au sein de l'ADDICQ (L'Association pour la défense des droits et l'inclusion des personnes qui consomment des drogues du Québec), qui regroupe majoritairement des personnes qui consomment.

Ce manifeste s'inspire en partie de celui réalisé par le Réseau juridique canadien VIH/sida intitulé *Rien à notre sujet sans nous*, dans le cadre de son projet sur l'implication accrue des personnes qui consomment des drogues. Ce manifeste se veut un outil, d'une part, pour nous définir en tant qu'association et, d'autre part, pour nous mobiliser et nous solidariser afin de défendre nos droits individuels et collectifs dans le but d'améliorer nos conditions de vie. »

<http://injecteur.ca/addicq/PDF/manifeste%20ADDICQ-poster.pdf>

63

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 64

Distribution de kit de prévention des surdoses par opioïdes : Naloxone



<http://www.ohpe.ca/node/14023>

64

Voir aussi : <http://towardtheheart.com/ezone/3/take-home-naloxone-program>

Diapositive 65

On n'est pas juste des toxicomanes



<http://www.espaceitss.ca/112-manchettes/on-n-est-pas-juste-des-toxicomanes.html>

Aussi : documentaire *Pas de piquerie dans mon quartier*

65

Diapositive 66

Panorama des interventions (suite)

9. Modification des substances

- degré d'alcool
- composition du tabac
- dosage des médicaments

66

Diapositive 67

Panorama des interventions (suite)

10. Rééducation à la consommation

- alcool (Alcochoix)

67

Diapositive 68

Panorama des interventions (suite)

11. Mesures environnementales

- physiques (aménagement)
- communautaires (accompagnement)
- politiques (réglementations)

68

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 69

Conclusions

- La réduction des méfaits est issue d'une **alliance** entre différents acteurs et milieux (communautaires, santé publique et toxicomanie) autour de la **double problématique toxicomanie/sida**
- L'approche a connu une **expansion mondiale** et un élargissement de son **champs d'application**: dans la mesure du respect des deux principes de base, pragmatisme et humanisme, elle est compatible avec d'**autres approches**
- La réduction des méfaits s'incarne aujourd'hui à travers une **variétés de pratiques**, diversement implantées et intégrées selon les continents et les pays
- Principe général d'efficacité: c'est l'organisation réfléchie d'une **panoplie d'interventions** qui permet de prévenir et de contrôler efficacement l'épidémie d'ITSS associée à l'injection de drogues. Les politiques et programmes doivent être élaborés sur la base de : **quelles interventions selon quelle combinaison à quelle intensité et avec quelle couverture**

69

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 70



ASSOCIATION GENEVOISE DE REDUCTION DES RISQUES LIÉS AUX DROGUES
http://www.grea.ch/sites/default/files/brochure_rdr1.pdf

70

Institut national
de santé publique
Québec

RÉFÉRENCES

ASSOCIATION DES CENTRES DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE DU QUÉBEC (2013). *Portrait des activités liées aux infections transmissibles sexuellement et par le sang dans les centres de réadaptation en dépendance du Québec*. Montréal.

BALL, A.L, WEILER, G.A., BEG, M., DOUPE, A. (2005) Evidence for Action : A critical tool for guiding policies and programmes for HIV prevention, treatment and care among injecting drug users. *International Journal of Drug Policy*, 16S : S1-S6.

BRISSETTE, S. (2004). NAOMI. Projet de recherche sur la prescription d'héroïne en Amérique du Nord. *Présentation publique*.

BRISSON, P. et FALLU, J.-S. (2008) Réduction des méfaits, science et politique : d'hier à demain. *L'intervenant*, 24 (03) : 9-15.

BRISSON, P. (2005) Évolution du concept et panorama des pratiques de réduction des méfaits. *Présentation dans le cadre du Congrès Rond-Point 2005*, Montréal, 11 avril.

BRISSON, P. (1997) *L'approche de réduction des méfaits : sources, situation, pratiques*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

CENTRE DE RECHERCHE ET D'AIDE AUX NARCOMANES (2011) *La dépendance aux opioïdes : Portrait des traitements de substitution au Québec*. Montréal.

CLOUTIER, R., (2013). *Comparatif des effets de l'ajout de mesures de réduction des méfaits aux programmes d'accès au matériel d'injection*. Document inédit.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC ET DE L'ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC (2009). *La buprénorphine dans le traitement de la dépendance aux opioïdes Lignes directrices*, p. 38.

COMMISSION MONDIALE DE LA POLITIQUE SUR LES DROGUES (2012) *La guerre aux drogues face au VIH/sida. Comment la criminalisation de l'usage de drogues aggrave la pandémie mondiale*. Rio de Janeiro.

COALITION CANADIENNE DES POLITIQUES SUR LES DROGUES (2014) *Se rendre au lendemain : un rapport sur les politiques canadiennes sur les drogues*.

DÉPARTEMENT DE SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL-CENTRE (2007) *Campagne de prévention du passage à l'injection de drogues chez les jeunes de la rue. Phase 2*. Montréal : DSP.

FALLU, J.-S. et BRISSON, P. (2013) La réduction des méfaits liés à l'usage des drogues : historique, état des lieux, enjeux. Dans R. Masse et I. Mondoux (eds) : *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique. Enjeux éthiques et politiques*, 105-107. Québec: Presses de l'Université Laval.

FALLU, J.-S. (2005) L'intervention dans les « raves » au Québec. *Présentation dans le cadre du Congrès Rond-Point 2005*, Montréal, 11 avril.

FALLU, J.-S. et TROTTIER, B. (2003) L'intervention en réduction des méfaits dans le contexte des raves et de la consommation de drogues de synthèse : forces et limites du *testing*. Article soumis à *Drogues, santé et société*, non publié.

GAGNÉ, L. (2013). Injection supervisée. Sous l'oeil du personnel infirmier. *Perspective infirmière*. Volume 10, numéro 2, mars/avril 2013

GERVAIS, L-M. (2008). L'héroïne pharmaceutique donne des résultats prometteurs. *Nouvelles@Université de Montréal*, 27 octobre.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2014) *Vers une meilleure cohérence des interventions en matière de santé et de sécurité publiques auprès des personnes utilisatrices de drogues par injection - Guide de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang à l'intention des services policiers, des groupes communautaires et des établissements de santé et de services sociaux.*

HEDRICH, D. (2004) *European report on drug consumption rooms.* European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon : EMCDDA.

HYSHKA, E., BUTLER-McPHEE, J., ELLIOTT, R., WOOD, E., KERR, T. (2012) Canada moving backwards on illegal drugs, *Canadian Journal of Public Health*, 103 (2) : 125-227. USAGE DE DROGUES ET PRÉVENTION DES ITSS Cahier du participant – formation 2 jours Module 3 Avril 2014 174 *Institut national de santé publique du Québec.*

HUNT, N., ASHTON, M., LENTON, S., MITCHESON, L., NELLES, B., STIMSON, G. (2003) A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. *Forward Thinking on Drugs. A Release Initiative.* <http://www.forward-thinking-on-drug.org>

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2009). *Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée : analyse critique de la littérature, Québec, Gouvernement du Québec.*

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2013) *Statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des hépatites B et C auprès des personnes utilisatrices de drogues par injection au Québec : avril 2011 à mars 2012.* Québec.

LECLERC, P., ROY, E., MORISSETTE, C., ALARY, M., PARENT, R., BLOUIN, K. (2014). *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection - Épidémiologie du VIH de 1995 à 2012 - Épidémiologie du VHC de 2003 à 2012.* Québec: INSPQ.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003) *Document d'accompagnement à l'utilisation du dépliant Chacun son kit, une idée fixe sur l'injection de drogues à risques réduits.* Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006) *Le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution. Cadre de référence et guide de bonnes pratiques.* Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2012) *Liste officielle des centres d'accès au matériel d'injection au Québec (distribution, vente et récupération).* Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2013) *Balises pour les établissements de santé et de services sociaux et les organismes communautaires désirant offrir des services d'injection supervisée aux personnes qui font usage de drogues par injection.* Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013). *Les centres d'accès au matériel d'injection au Québec.* Québec.

NOËL, L. GAGNON, F., BÉDARD, A., DUBÉ, E. (2009) *Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée. Analyse critique de la littérature.* Québec : INSPQ.

OVIEDO-JOEKES, E., BRISSETTE, S., MARSH, D.C., LAUZON, P., GUH, D., ANIS, A., SCHECHTER, M.T. (2009) Diacetylmorphine versus methadone for the treatment of opioid addiction. *New England Journal of Medicine*, 361 : 777-786.

ROY, E. (2007) Résultats de la campagne de prévention du passage à l'injection de drogues chez les jeunes de la rue. *Présentation dans le cadre du TCNMI, Québec, 25 janvier 2007.*

SMALL, D. (2008) *Insite : le seul site de supervision d'injection de drogues en Amérique du Nord. Présentation organisée par le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques en santé.* Montréal, 7 mai.

VANCOUVER COASTAL HEALTH (2006) *Saving Lives. Vancouver's Supervised Injection Site.*

WOOD, E., KERR, T., MONTANE, J.S., STRATHDEE, S.A., WODAK, A., HANKINS, C.A., SCHECHTER, M.T., TYNDALL, M.W. (2004) Rationale for evaluating North America's first medically supervised safer-injecting facility. *Lancet Infectious Diseases*, 4 : 301-306.

SITES INTERNET :

Association des intervenants en toxicomanie du Québec, <http://reductiondesmefaits.aitq.com>

Association genevoise de réduction des risques liés aux drogues,
http://www.grea.ch/sites/default/files/brochure_rdr1.pdf

Association Québécoise pour la promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues,
<http://linjecteur.ca>

British Columbia's Take Home Naloxone Program,
<http://towardtheheart.com/ezine/3/take-home-naloxone-program>

Coalition canadiennes des politiques sur les drogues, <http://drugpolicy.ca>

GRIP Montréal, www.gripmontreal.or

Institut national de santé publique, *On n'est pas juste des toxicomanes*,
<http://www.espaceitss.ca/112-manchettes/on-n-est-pas-juste-des-toxicomanes.html>

Ministère de la Santé et des Services sociaux, www.msss.gouv.qc.ca/itss

Ontario Health Promotion E-Bulletin, <http://www.ohpe.ca/node/14023>

Radio-Canada. « Décriminalisation de la drogue : l'exemple du Portugal »,
http://www.radio-canada.ca/audio-video/pop.shtml?urlMedia=http://www.radio-canada.ca/Medianet/2011/CBF/Desautels201110181732_2.asx

BIBLIOGRAPHIE COMPLÉMENTAIRE

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA (2011) *La réduction des méfaits et les drogues actuellement illicites : implications pour les politiques, la pratique, la formation et la recherche en soins infirmiers.* Ottawa: AIIC.

BRIGAUD, T. (2013) *Histoire et principes de la réduction des risques. Entre santé publique et changement social.* Issoudun : Médecins du Monde et Agence française de développement.

BRISSON, P. (2010) La réduction des méfaits : principes et pratiques. Chap. 4. Dans P. Brisson (Ed). *Prévention des toxicomanies. Aspects théoriques et méthodologiques*, pp. 71-94, Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

BRISSON, P. et MORISSETTE, C. (2003) Réduction des risques et des méfaits. *Drogues, santé et société*, 2 (1), 294 p.

CARTER, C.-I. et MACPHERSON, D. (2013) *Se rendre au lendemain : un rapport sur les politiques canadiennes sur les drogues.* Vancouver : Coalition canadienne des politiques sur les drogues.

CENTRE DOLLARD-CORMIER (2005) *Quand la réduction des méfaits se conjugue avec la réadaptation*. Montréal.

CIRINO-BÉLAIR, M. (2009) SALOME se fait couper les vivres. *Le Devoir*, 20 août.

COMITÉ CONSEIL SUR LA PRÉVENTION DU VIH ET DU VHC CHEZ LES PERSONNES UTILISATRICES DE DROGUES (2009) *Actions proposées pour la prévention du VIH et VHC chez les personnes utilisatrices de drogues*. Québec : MSSS.

HEALTH OFFICERS COUNCIL OF BRITISH COLUMBIA (2011) *Public health perspectives for regulating psychoactive substances. What we can do about alcohol, tobacco, and other drugs*. Vancouver.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2009) *Les politiques publiques en matière de substances psychoactives : contenu intégral des conférences présentées lors du symposium tenu à Québec le 28 septembre 2011*. Québec.

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE (2010) *Réduction des risques chez les usagers de drogues. Synthèse et recommandations*. Paris.

KERR, T., WOOD, E., SMALL, D., PALEPU, A., TYNDALL, M.W. (2003) Potential use of safer injecting facilities among injection drug users in Vancouver's Downtown Eastside. *Canadian Medical Association Journal*, 169 (8) : 759-763.

LEWIS, E. (2007) Harm Reduction in Dance Music Communities. *Présentation dans le cadre du cours en ligne - Harm reduction : Theory, Policy and Practice*, York University.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001) *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie. Orientations, axes d'intervention, actions*. Québec.

MORREL, A., CHAPPARD, P. et COUTERON, J.-P. (2012) *L'Aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie*. Paris : Dunod.

NOËL, L., GAGNON D., (2013). Revue systématique d'interventions par des pairs usagers de drogues par injection. *Drogues, santé et société*, 12 (1). USAGE DE DROGUES ET PRÉVENTION DES ITSS Cahier du participant – formation 2 jours Module 3 Avril 2014 176 Institut national de santé publique du Québec

NOËL, L., GAGNON, D., CLOUTIER, R. (2011) *Statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention du VIH et des hépatites B et C auprès des personnes UDI au Québec*. Québec: INSPQ.

NOËL, L., LAFOREST, J., ALLARD, P.-R. (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 : INSPQ

ONTARIO HARM REDUCTION DISTRIBUTION PROGRAM (2013) *Best Practice Recommendations for Canadian Harm Reduction Programs that Provide Service to People who Use Drugs and are at Risk for HIV, HVC, and Other Harms*. <http://www.ohrdp.ca/best-practice-recommendations-for-canadian-harm-reduction-programs>.

OUCHAOU, S. (2013) Demande auprès de Santé Canada pour prescrire un opiacé. 9 nov. <http://www.radio-canada.ca/regions/colombie-britannique>.

PARENT, R., ALARY, M., MORISSETTE, C., ROY, E., LECLERC, P., BLOUIN K. (2010) *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection. 1995-2009; 2003-2009*. Québec : INSPQ.

REINARMAN, C., COHEN, P.D.A., & KAAL, H.L. (2004) The limited relevance of drug policy: Cannabis in Amsterdam and in San Francisco. *American Journal of Public Health*, 94, 836-842.

RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH-SIDA (2006) *L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales.*

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SIDA ET RÉSEAU CANADIEN DE LA RÉDUCTION DES MÉFAITS (2008) *Partager nos connaissances : améliorer les programmes et pratiques communautaires de la réduction des méfaits au Canada.* Ottawa et Toronto.

SMALL, D. (2012) La plus haute cour de justice du Canada dépénalise les utilisateurs de drogues injectables : les efforts de réduction des préjudices deviennent la norme en matière de soins de santé. *Harm Reduction Journal*, 9 (1) : 34-45.

STRICKE, C., LEONARD L., MILLSON, M., ANSTICE, S., BERKELEY, N., MEDD, E. (2006) *Les programmes d'échanges de seringues en Ontario : recommandations de pratiques exemplaires.* Toronto : Comité ontarien de coordination de l'échange de seringues.

YORK UNIVERSITY (2007) *Harm reduction : Theory, Policy and Practice.* Online Course. Faculty of Liberal and Professional Studies, Division of Continuing Education.

Module 4

**INTERVENIR SELON LES MEILLEURES PRATIQUES EN
PRÉVENTION DES ITSS : S'ENGAGER DANS DES PISTES
D' ACTIONS DANS LES SERVICES DE RÉADAPTATION EN
DÉPENDANCE**

MODULE 4 – INTERVENIR SELON LES MEILLEURES PRATIQUES EN PRÉVENTION DES ITSS : S'ENGAGER DANS DES PISTES D' ACTIONS DANS LES SERVICES DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE

FICHE PÉDAGOGIQUE

MODULE 4 - INTERVENIR SELON LES MEILLEURES PRATIQUES EN PRÉVENTION DES ITSS : S'ENGAGER DANS DES PISTES D' ACTION DANS LES SERVICES DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE

Objectif général :

- Actualiser ses compétences d'intervention en intégrant les pratiques reconnues efficaces en prévention des ITSS auprès des personnes UDII

Objectifs spécifiques :

- Se familiariser avec le portrait des activités liées aux ITSS dans les CRD au Québec
- S'approprier un cadre conceptuel de l'adaptation de l'offre de services aux personnes UDI
- Comprendre pour mieux s'engager dans les 4 grandes pistes d'action supportant l'intégration de la prévention des ITSS en CRD

Éléments de contenu :

- Quelques données issues du portrait des activités ITSS dans les CRD du Québec
- Conséquences de la fragmentation des services
- Cadre conceptuel d'une offre de service adaptée pour les personnes UDI en CRD
- Moyens d'adhérer aux éléments constitutifs du cadre proposé
- Pistes d'action pour intégrer la prévention des ITSS dans les CRD

Méthodes pédagogiques :

- Présentation théorique
- Vignettes cliniques à résoudre en équipe
- Exercice pratique
- Présentation d'outils

Durée : 80 minutes

Matériel d'accompagnement :

- ACRDQ (2013). *Portrait des activités liées aux ITSS dans les centres de réadaptation en dépendance du Québec*
- MSSS (2003). Dépliant Chacun son kit, une idée fixe.
- Trousse de matériel d'injection
- Mises en situation

HORAIRE

Thème 4.1	Portrait des activités liées aux ITSS dans les CRD au Québec	10 min
Thème 4.2	L'adaptation de l'offre de services aux personnes UDI: cadre conceptuel	20 min
Thème 4.3	L'intégration de la prévention des ITSS dans les services de réadaptation en dépendance : les 4 grandes pistes d'actions:	50 min
	Perception UDI	5 min
	Évaluation	5 min

PRÉSENTATION POWER POINT

Diapositive 2

Module 4



**Intervenir selon les meilleures pratiques en
prévention des ITSS : s'engager dans des pistes
d'actions lors de services de réadaptation**

2

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 3

Objectif général

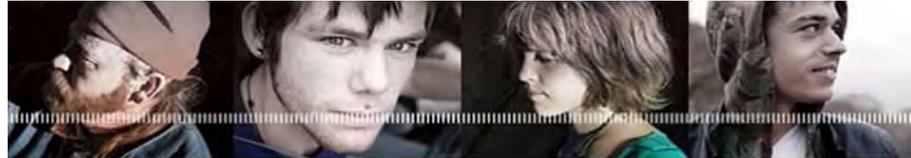
Actualiser ses compétences d'intervention
en intégrant les pratiques reconnues
efficaces en prévention des ITSS auprès
des personnes UDII

3

Institut national
de santé publique
Québec

4.1 Portrait des activités liées aux TISS dans les Centre de réadaptation en dépendance au Québec

Diapositive 4



4.1 Portrait des activités liées aux ITSS dans les Centres de réadaptation en dépendance au Québec

4

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 5

Mise en contexte

Quelques données issues du portrait des activités ITSS dans les CRD fait en 2013

- Peu de personnes UDI consultent les CRD
- Peu de CRD offrent des services à bas seuil d'exigences
- Plus de la moitié des CRD offrent le dépistage des ITSS sur place, l'autre proportion les réfère vers des services externes
- Dans plus de la moitié des CRD, les intervenants psychosociaux ne font aucune intervention en ITSS

SOURCE: ACRDQ (2013)

5

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 6

Mise en contexte (suite)

Quelques données issues du portrait des activités ITSS dans les CRD

- Près de 40% des CRD ont des liens avec les Centres d'accès au matériel d'injection que fréquentent les UDI
- Moins du tiers des CRD rendent accessible sur place le matériel d'injection stérile
- Moins du tiers des CRD ont des liens avec la Direction de santé publique de leur territoire

SOURCE: ACRDQ (2013)

6

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 7

Mise en contexte (suite)

Quelques données issues du portrait des activités ITSS dans les CRD

- Près de 40% des CRD accueillent des médecins ou des infirmières en provenance d'une autre organisation pour des activités liées aux ITSS
- La quasi-totalité des CRD ont mis en place des ententes de services pour le traitement des personnes infectées par le VHC et le VIH, et ce, majoritairement par l'entremise de leur CSSS
 - La moitié des CRD offrent sur place des traitements pour différentes ITSS (syphilis, chlamydia et la gonorrhée)
 - ±10% des CRD offrent le traitement pour le virus de l'hépatite C et un seul offre les traitements pour le VHB et le VIH



SOURCE: ACRDQ (2013)

7

Institut national
de santé publique
Québec

4.2 L'adaptation de l'offre de services aux personnes UDI : cadre conceptuel

Diapositive 8

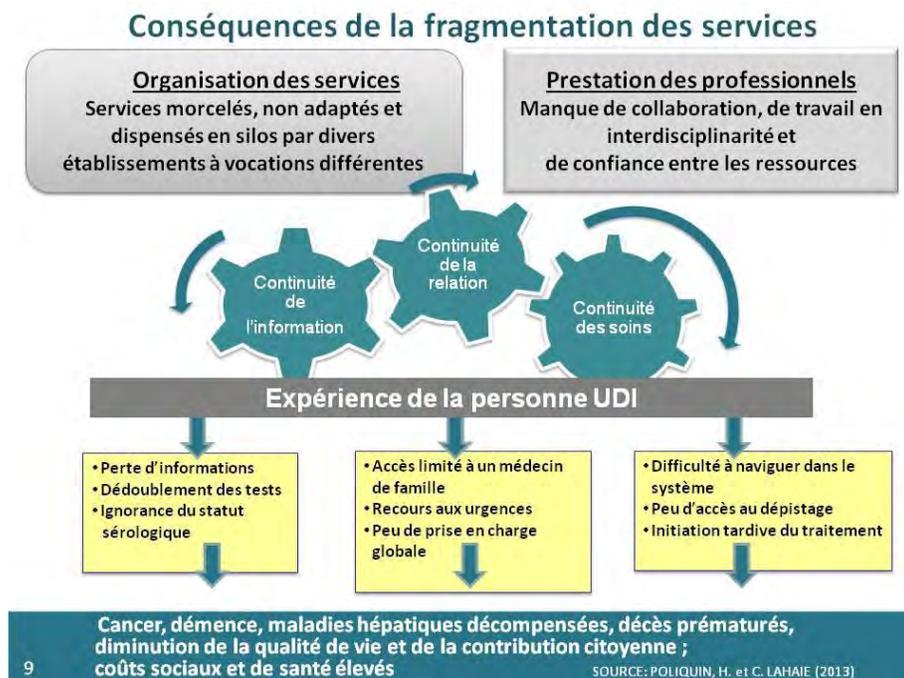


4.2 L'adaptation de l'offre de services aux personnes UDI: cadre conceptuel

8

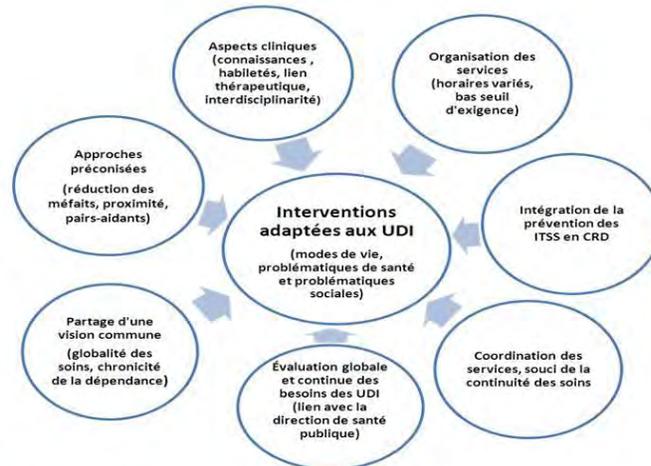
Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 9



Diapositive 10

Éléments constitutifs d'une offre de service adaptée pour les personnes UDI en réadaptation



10

SOURCE: ACRDQ (2013)

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 11

Approches préconisées pour les services de réadaptation en dépendance

Adhérer à l'approche de réduction des méfaits:
notamment en déployant les **deux pratiques jugées les plus efficaces** pour prévenir le VHB, VHC et le VIH chez les UDI

La distribution de matériel d'injection stérile

L'accès au matériel d'injection stérile est lié à un taux de VIH cinq fois moins élevé
Bruneau et al. (2011)

Le traitement des dépendances aux opioïdes (TDO)

11

SOURCE: Brown (2007); CDC (2007); MSSS (2008)

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 12

Exercice
L'INJECTION À RISQUES RÉDUITS

12

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 13

Éducation sur l'injection à risques réduits

Matériel éducatif disponible auprès de l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec (AITQ) ou du SLITSS du MSSS

Quelques éléments de discussion:

- Ne jamais partager le matériel d'injection
- Ne pas s'injecter seul
- Utiliser une nouvelle seringue pour chaque injection. Idem pour l'ensemble du matériel de consommation.
- S'assurer des conditions de salubrité du lieu, du plan de travail et se laver adéquatement les mains (risques d'infection bactérienne ou candidosique, par exemple)
- Filtrer la solution pour éliminer les particules insolubles et proscrire leur réutilisation



13

SOURCES:1-INSPO (2007) 2-INPES (2009)

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 14

Chacun son kit
une idée FIXE

Lorsque je prends des drogues avec du matériel déjà utilisé, je risque de m'injecter les virus des hépatites B et C et du sida. Je ne prête ou n'emprunte jamais de matériel d'injection (y compris le garrot).
Pour préparer ma drogue et me l'injecter, je me lave les mains et j'utilise du **MATÉRIEL NEUF** :

Contenant stérile pour préparer la drogue Seringue Seringue d'eau Ampoules d'eau stérile Seringue Garrot

Même si je suis déjà infecté par le virus de l'hépatite C ou par le VIH, j'utilise du matériel neuf. C'est important parce qu'il est possible d'attraper ces infections plus d'une fois. Chaque nouvelle infection peut me rendre de nouveau malade.

Pour me protéger contre les hépatites B et C et le sida, j'utilise une **AMPOULE D'EAU** et un «**SECURICUP**» neufs à chaque injection.

JE PRÉPARE LE CONTENANT STÉRILE

JE PRÉPARE LA DROGUE

JE CHAUFFE ET JE FILTRE

Il est important de chauffer la drogue pour éviter que le fil ne tombe.

Diapositive 15

Information/éducation sur l'usage à moindres risques

Mode d'emploi pour la consommation avec pipe à crack

<http://www.hepcinfo.ca/fr/ressources/demonstration-fumer-du-crack-de-facon-plus-sure>



La source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C

4.3 L'intégration de la prévention des ITSS dans les services de réadaptation en dépendance : les 4 grandes pistes d'action

Diapositive 16



4.3 L'intégration de la prévention des ITSS dans les services de réadaptation en dépendance : les 4 grandes pistes d'action

16

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 17

Intégration de la prévention des ITSS dans les services de réadaptation en dépendance: les 4 grandes pistes d'action

1. Rendre les services de réadaptation en dépendance accessibles et attrayants pour les personnes UDI
2. Faciliter davantage l'accès à des activités de prévention des ITSS adaptées à la réalité des UDI
3. Offrir régulièrement le dépistage des ITSS particulièrement du VHC et du VIH aux personnes UDI
4. Élaborer des ententes de collaboration avec des équipes spécialisées dans le traitement des ITSS

SOURCE: ACRDQ (2013)

17

Institut national
de santé publique
Québec

4.3.1 Rendre les services de réadaptation en dépendance accessibles et attrayants pour les personnes UDI

Diapositive 18



4.3.1 Rendre les services de réadaptation en dépendance accessibles et attrayants pour les personnes UDI

18

Diapositive 19

Rejoindre les UDI dans leur environnement

- Déployer/consolider les actions hors les murs du service de réadaptation en dépendance en ciblant les lieux déjà fréquentés par les UDI
- Mettre en place ou améliorer les liens de partenariat avec les ressources pouvant être requises par les UDI.

Quelques exemples:

- Centres de jour
- Organismes communautaires à vocation UDI
- Centres d'accès au matériel d'injection
- Groupes de défense des droits
- Services spécialisés en VIH et VHC
- Etc.

19

SOURCE: ACRDQ (2013)

Diapositive 20

Offrir le traitement de la dépendance aux opioïdes en réadaptation

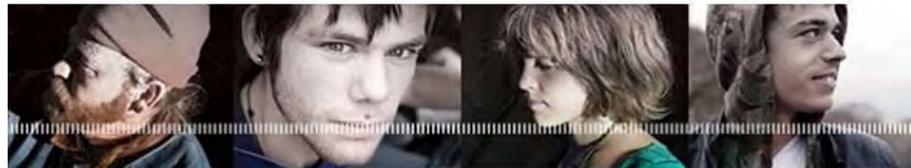


- Accepter un changement de paradigme à l'effet que la prise en charge médicale soit à l'avant-plan dans un premier temps
- Développer une prise en charge médicale plus fonctionnelle: ententes de laboratoires, accès à des plateaux techniques pour l'évaluation médicale des infections chroniques VHB, VHC, VIH
- Développer une prise en charge adaptée des personnes aux prises avec de la douleur chronique

20 <http://pilule.telequebec.tv/occurrence.aspx?id=991>



Diapositive 21



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

21



4.3.2 Faciliter davantage l'accès à des activités de prévention des ITSS adaptés à la réalité des UDI

Diapositive 22

Comment questionner la sexualité?

- Demander la permission à la personne d'aborder sa sexualité
- Reconnaître que la sexualité est une sphère intime qu'il faut éviter de prendre d'assaut par des questions sans démontrer d'abord respect et non-jugement
- Poser des questions neutres: Avez-vous des relations avec des hommes, des femmes ou les deux? Des pénétrations anales, vaginales?
- Amener la personne à identifier les contraintes dans l'adoption de comportements à moindre risque

SOURCE: LAHAIE (2014)

22

Diapositive 23

Comment questionner la consommation?

- Reconnaître que l'aidé est cette fois l'expert!
- Accepter d'être en situation d'apprentissage
- Demander la permission à la personne d'aborder sa consommation
- Assurer la confidentialité de l'échange
- Reconnaître les compétences de la personne
- Valoriser les épisodes de rémission
- Soutenir le désir de changement et la persévérance qu'il sous-tend

SOURCE: LAHAIE (2014)

23

Diapositive 24

Counseling sur la prévention de la transmission sexuelle et sanguine (suite)

- À partager avec votre clientèle: des messages de prévention sous forme de vidéo
<http://www.santemonteregie.qc.ca/agence/santepublique/directiondesantepublique/itss.fr.html#.UWGb-r2EK1s>
- Pour faciliter la discussion, des exemples disponibles d'activités éducatives en ITSS
<http://casexprime.gouv.qc.ca/fr/magazine/numero/4b/>
<http://casexprime.gouv.qc.ca/fr/magazine/numero/14/>
- Systématiser l'éducation sur l'injection à risques réduits en présence d'une personne UDI

24

Diapositive 25

Exercices d'intégration

- L'échange se fait en sous-groupes interdisciplinaires à partir de vignettes cliniques
- Vous devez choisir un rapporteur qui résumera les différents thèmes abordés à la fin de l'atelier
- La discussion se fait en lien avec les bonnes pratiques à partir des pistes d'échange suggérées

25

Diapositive 26

Pistes d'échange

- Quelles questions en lien avec la consommation de drogues par injection/inhalation allez-vous poser?
- Quels sont vos interventions en lien avec l'accès au matériel d'injection ou sa récupération?
- Comment questionnez-vous les autres facteurs de risques potentiels en lien avec les ITSS?
- Quelles interventions en prévention pourriez-vous initier?
- Quelles interventions psychosociales faites-vous?

26

Diapositive 27

Vignette 1

Un jeune de la rue de 19 ans, squeeze, consomme du dilaudid. Originaire de la Gaspésie, il est à Montréal depuis 1 an. Il souhaite y demeurer puisqu'il s'est fait une blonde.

Vignette 2

Une femme de 32 ans est admise pour un sevrage d'alcool et de cocaïne. Lors de l'accueil, vous découvrez des seringues usagées dans son sac-à-main. Quelle est votre réaction première ? Comment abordez-vous cette situation précise avec elle ?

27

27

Diapositive 28

Vignette 3

Un jeune homme de 24 ans vous demande de l'aide pour cesser sa consommation d'hydromorphe qui dure depuis plus de 2 ans. Il est en manque sévère après 12 heures d'arrêt.

Vignette 4

Un usager de drogues par injection vous informe qu'il vient tout juste d'apprendre qu'il a l'hépatite C. Il vous demande de le référer pour un suivi médical.

Et si c'était le VIH? Ou encore une co-infection?

28

28

Diapositive 29

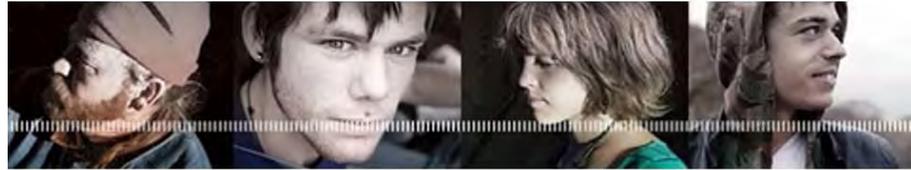
Vignette 5

Un homme de 30 ans consomme de la cocaïne par injection et sous forme de crack et ne se souvient pas s'il a été vacciné lors de ses séjours en prison.

29

29

Diapositive 30



4.3.3 Élaborer des ententes de collaboration avec des équipes spécialisées dans le traitement des ITSS

30

Diapositive 31

Contribution des intervenants des services de réadaptation en dépendance lors du traitement de l'hépatite C ou du VIH

- Maintenir l'alliance thérapeutique
- Évaluer et collaborer à résoudre les obstacles liés à l'observance:
 - déni de la gravité de la maladie
 - consommation d'alcool ou de drogues
 - problèmes psychosociaux
 - instabilité résidentielle
- Offrir un soutien motivationnel à l'observance au traitement

31

Diapositive 32

Contribution des intervenants des services de réadaptation en dépendance lors du traitement de l'hépatite C ou du VIH

- Collaborer étroitement avec les équipes de traitement du VIH et du VHC, notamment en raison de l'expertise du service de réadaptation en dépendance en matière de TDO et d'interventions visant la diminution et l'arrêt de la consommation d'alcool
- Poursuivre le suivi/traitement des problèmes de dépendance (en parallèle) pour diminuer l'impact sur l'issue du traitement
- S'impliquer dans un suivi conjoint avec les ressources en santé mentale, le cas échéant

32



Diapositive 33

Indiquez en un mot votre
perception de:

Usager de drogues par injection

33



RÉFÉRENCES

ASSOCIATION DES CENTRES DE RÉADAPTATION DU QUÉBEC [ACRDQ] (2013). Portrait des activités liées aux infections transmissibles sexuellement et par le sang dans les centres de réadaptation en dépendance au Québec.

BROWN, L. S., KRITZ, S., GOLDSMITH, R. J. BINJ, E. J., ROBINSON, J., ALDERSON, D. (2007). Health Services for HIV/AIDS, HCV, and Sexually Transmitted Infections in Substance Abuse Treatment Programs, *Public Health Reports*, July–August, 122.

BRUNEAU, J., DANIEL, M., ABRAHAMOWICZ, M., ZANG, G., LAMOTHE, F ET VINCELETTE, J. (2011). Trends in Human Immunodeficiency Virus Incidence and Risk Behavior Among Injection Drug Users in Montreal, Canada: A 16-Year Longitudinal Study *American Journal of Epidemiology*, 173(9), 1049–1058.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL [CDC] (2007). *Program collaboration and service integration: Enhancing the prevention and control of HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB in the United States An NCHHSTP Green paper*, Centers for disease control, 28 p.

INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ [INPES] (2009). *Réduire les risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse*, 77 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE [INSPQ] (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, 172p.

LAHAIE, C. (2014). *Manège à trois : santé mentale, consommation et sexualité*. 28e rencontre nationale des intervenant(e)s en réduction des méfaits liés à l'usage de drogues. AITQ.

LANDRY, M. ET LECAVALIER, M. (2003). L'approche de réduction des méfaits dans le champ de la réadaptation en toxicomanie : un facteur de changements. *Drogues, santé et société*, 2, 124-140.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC [MSSS] (2006). *Le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution. Cadre de référence et guide de bonnes pratiques*, 79 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC [MSSS] (2008). *Programme national de santé publique 2003-2009, Document complémentaire. Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le SIDA, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement : Orientations 2003-2009*. 56 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC [MSSS] (2009). *Actions proposées pour la prévention du VIH-sida et de l'hépatite C chez les personnes utilisatrices de drogues. Rapport du comité du conseil sur la prévention du VIH et du VHC chez les personnes utilisatrices de drogues*. 62 p.

PERRON, C. (2014). *Projet PROFAN. Méta d'Âme en collaboration avec le CRAN*.

POLIQVIN, H. et C. LAHAIE (2013). *Rencontre nationale des responsables régionaux des DSP en prévention des ITSS auprès des UDI*.

SITES INTERNET :

<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/santé-publique>

<http://www.inspq.qc.ca/>

<http://pilule.telequebec.tv/occurrence.aspx?id=991>

<http://www.santemonteregie.qc.ca/agence/santepublique/directiondesantepublique/itss.fr.html#UWG b-r2EK1s>

BIBLIOGRAPHIE COMPLÉMENTAIRE

ALLARD, P. R., NOËL, L. (2006) *Portrait de situation de l'hépatite C au Québec 1990-2004. Analyse de la demande de services par les personnes atteintes du virus de l'hépatite C*. Québec: INSPQ.

APPEL, P. W., ELLISON, A. A., JANSKY, H., OLDAK, R. (2004). Barriers to Enrolment in Drug Abuse Treatment and Suggestions for Reducing Them: Opinions of Drug Injecting Street Outreach Clients and Other System Stakeholders, *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 30, n° 1, 129-153.

BOYLE, M. G., MURPHY, T. P. (2010) *Guidelines for Linking Addiction Treatment with Primary Healthcare*. Illinois Department of Human Service's Department of Alcoholism and Substance Abuse.

BROCHU, S., LANDRY, M., PATENAUDE, C. (2012). Les personnes toxicomanes au carrefour de réseaux de prise en charge, L'intégration des services en toxicomanie chapitre dans M. Landry, S. Brochu, et C. Patenaude, *L'intégration des services en toxicomanie, Collection Toxicomanies*, 1-8.

COX, J., MORRISSETTE, C., DE, P., TREMBLAY, C., ALLARD, R., GRAVES, L. *et al.* (2009) Access to sterile injecting equipment is more important than awareness of HCV status for injection risk behaviors among drug users. *Substance Use and Misuse*, 44: 548-668.

CENTRE DE RECHERCHE ET D'AIDE POUR NARCOMANES [CRAN] (2011) *La dépendance aux opioïdes : portrait des traitements de substitution au Québec*. 72 p.

DEGENHARDT, L., MATHERS, B., VICKERMAN, P., RHODES, T., LATKIN, C., HICKMAN, M. (2010) HIV in people who use drugs. Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed. *Lancet*, 376, 285–301.

DENNIS, M. L., SCOTT, C. K., FUNK, R. ET FOSS, M. A. (2005). The duration and correlates of addiction and treatment careers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28 Suppl 1, S51-S62.

EDLIN, B. R., KRESINA T. F., RAYMOND, D. B, CARDEN, M. R., GOUREVITCH, M. N. *et al.* (2005). Overcoming Barriers to Prevention, Care, and Treatment of Hepatitis C in Illicit Drug Users, *Clinical Infectious Diseases* 15(40) Suppl. 5, S276-85.

EDLIN, B. R., SEAL, K. H., LORVIK, J., KRAL, A. H., CICCARONE, D. H. MOORE, L. D., *et al.* (2001) Is it justifiable to withhold treatment for hepatitis C from illicit-drug users?, *New England Journal of Medicine*, 345 (3), 211-214.

FISCHER, B., REHM, J., BRISSETTE, S., BROCHU, S., BRUNEAU, J., EL-GUEBALY, N. *et al.* (2005) Illicit opioid use in Canada: Comparing social, health and drug use characteristics of untreated users in five cities (OPICAN study). *Journal of Urban Health*, 82, 250–266.

FISHER, B., HAYDON, E., REHM, J., KRAJDEN, M., REIMER, J. (2004) Injection drug use and the hepatitis C virus: considerations for a targeted treatment approach – the case study of Canada, *Journal of urban health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol. 81, n° 3, 428-447.

GREBELY, J., RAFFA, J. D., LAI, C., KRAJDEN, M., . KERR, T., FISCHER, B. *et al.* (2009) Low uptake of treatment for hepatitis C virus infection in a large community-based study of inner city residents, *Journal of Viral Hepatitis*, 16, 352–358.

HAGAN, H., HOLLY H., STRAUSS S., ASTONE J. M., DES JARLAIS D. C. (2005) Medical Examinations at Entry to Treatment for Drug Abuse as an Opportunity to Initiate Care for Hepatitis C Virus Infection *Clinical Infectious Diseases* 40: Suppl. 5, S297–303.

- HALLINAN, R., BYRNE, A., AGHO, K., DORE, G. J. (2007) Referral for chronic hepatitis C treatment from a drug dependency treatment setting. *Drug and Alcohol Dependence* 88: 49-53.
- HALLINAN, R., BYRNE, A., DORE, G. J. (2007) Harm reduction, hepatitis C and opioid pharmacotherapy: an opportunity for integrated hepatitis C virus-specific harm reduction. *Drug and Alcohol Review*, 26 (4), 437-443.
- KHALSA, J.H., TREISMAN, G., MCCANCE-KATZ, E., TEDELDI, E. (2008) Medical consequences of drug abuse and co-occurring infections: research at the National Institute on Drug Abuse, *Substance Abuse*, 29 (3), 5-16.
- KRESINA, T. F., JAG KHALSA, J., CESARI, H., FRANCIS, H. (2005) Hepatitis C Virus Infection and Substance Abuse: Medical Management and Developing Models of Integrated Care-An Introduction, *Clinical Infectious Diseases*, 40, S259–62.
- LITWIN, A.H., SOLOWAY, I., GOUREVITCH, M. N. (2005) Integrating Services for Injection Drug Users Infected with Hepatitis C Virus with Methadone Maintenance Treatment: Challenges and Opportunities, *Clinical Infectious Diseases*; 40, S339–45.
- LAMARCHE, P. A., LAMOTHE, L., BÉGIN, C., LÉGER, M., ET VALLIÈRE-JOLY, M. (2001) Intégration des services : enjeux structurels et organisationnels ou humains et cliniques? *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8 (2), 71-92.
- LANDRY, M., BROCHU, S., NADEAU, L., BRUNELLE, N., BERGERON, J. *et al.* (2009) Quinze années de recherche au RISQ : bilan des connaissances sur l'impact des traitements, *Drogues, santé et société*, 8 (2), 187-231.
- MCLELLAN, A. T., MCKAY, J. R., FORMAN, R., CACCIOLA, J., KEMP, J. (2005) Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*, 100, 447-458.
- MORISSETTE, C., COX, J., PRITHWISH D., TREMBLAY, C, ROY, E., ALLARD, R. *et al.* (2007) Minimal uptake of sterile drug preparation equipment in a predominantly cocaine injecting population: Implications for HIV and hepatitis C prevention *International Journal of Drug Policy*, 18, 204-212.
- MUESER, K. T., DOUGLAS, L.N., DRAKE, R. E., FOX, L. (2001) Troubles mentaux graves et abus de substances: composantes efficaces de programmes de traitements intégrés à l'intention des personnes présentant une comorbidité. *Santé mentale au Québec*, 26(2), 22-46.
- MILLOY, M.J., KERR, T., ZHAND, R., TYNDALL, M., MONTANER, J., WOOD, E. (2009) Inability to access addiction treatment and risk of HIV infection among injection drug users recruited from a supervised injection facility. *Journal of Public Health*, 32 (3), 342–349.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC [MSSS] (2009) *Actions proposées pour la prévention du VIH-sida et de l'hépatite C chez les personnes utilisatrices de drogues. Rapport du comité du conseil sur la prévention du VIH et du VHC chez les personnes utilisatrices de drogues.* MSSS, 62 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC [MSSS] (2010). *ITSS : l'épidémie silencieuse, Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population.* MSSS, 76 p.
- NATIONAL INSTITUTE ON DRUGS AND ADDICTIONS [NIDA] (2002) Principles of HIV prevention in Drug-using populations: A research-Based Guide, US Department of Health and Human Services, NIDA.
- NEALE, J., TOMPKINS, C., SHEARD, L. (2007). Barriers to accessing generic health and social services: a qualitative study of injecting drug users. *Health and social care in the community*, 16 (2), 147-154.
- NOËL, L., LAFOREST, J., ALLARD, P-R. (2007) *L'accès au suivi et au traitement pour les personnes atteintes de l'hépatite C au Québec-Analyse de l'offre de services*, INSPQ, 130 p.
- NYAMATHI, A. M, SINHA, K., GREENGOLD, B., MARFISEE, M., KHALILIFARD, F., COHEN, A. *et al.* (2008) Alcohol Use Reduction Program in Methadone Maintained Individuals with Hepatitis C Virus Infection, *Journal of Addictive Diseases*, 27: 4, 27-33.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ [OMS] (2008) Principles of drug dependence treatment, discussion paper: OMS
- ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR LE SIDA [ONUSIDA] (2007) *The Greater Involvement of people living with HIV/AIDS*, en ligne : <http://www.unaids.org/en/resources/policies/>

- PARENT, R., ALARY, M., MORISSETTE, C., ROY, É., LECLERC, P. *et al.* (2013) Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogues par injection. *Épidémiologie du VIH de 1995 à 2012/Épidémiologie du VHC de 2003 à 2012*, 83 p.
- PERREAULT M., ROUSSEAU M., LAUZON P., MERCIER C., TREMBLAY, J., HÉOUX M-C. (2007) **Determinants of Retention in a Canadian Low-Threshold Methadone Maintenance Program**, *Journal of Maintenance in the Addiction*, 3 (3), 37-51.
- REMIS, R., LECLERC, P., ROULEGGE, R., TAYLOR, C., BRUNEAU, J., BEAUCHEMIN, J. (1996) *Consortium to characterize injection drug users in Canada (Montreal, Toronto, Vancouver) Final Report*, 1-74. Toronto.
- ROBAEYS, G., VAN VLIERBERGHE, H., MATHEI, C., VAN RANST, M., BRUCKERS, L., BUNTINX, F. (2006) Similar compliance and effect of treatment in chronic hepatitis C resulting from intravenous drug use in comparison with other infection causes, *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, vol. 18, n° 2, 159-166.
- ROY, É., HALEY, N., LECLERC, P., LEMIRE, N., BOIVIN, J.-F., FRAPPIER, J.-Y. *et al.* (2000) Prevalence of HIV infection and risk behaviours among Montreal street youth. *International Journal of STD & AIDS*, 11, 241-247.
- ROY, E., HALEY, N., GODIN, R., BOIVIN, J-F. CLAESSENS, C., VINCELETTE, J., LECLERC, P., BOUDREAU, J.-F. (2008) *L'hépatite C et les facteurs psychosociaux associés au passage à l'injection chez les jeunes de la rue. Rapport final*. Agence de santé et de services sociaux de Montréal, 34 p.
- SANTE CANADA. (1999). *Meilleures pratiques- Alcoolisme et toxicomanie, traitement et réadaptation*. Rapport préparé pour le Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance, Ottawa.
- SCHAEFER M., HEINZ A., BACKMUND M. (2004) Treatment of chronic hepatitis C in patients with drug dependence: time to change the rules? *Addiction*, 99, 1167-1175.
- SIMMONDS, L., COOMBER, R. (2009) Injecting drug users: A stigmatised and stigmatising population. *International Journal of Drug Policy*, 20, 121-130.
- SCOTT, C. K., DENNIS, M. L. (2009) Results from two randomized clinical trials evaluating the impact of quarterly recovery management checkups with adult chronic substance users. *Addiction*, 104, 959-971.
- SHERMAN, M, SHAFRAN, S., BURAK, K., DOUCETTE, K., WONG, W., GIRGRAH, N. *et al.* (2007). Management of chronic hepatitis C: Consensus Guideline, *Canadian Journal of Gastroenterology*, 21 (Suppl C), 25 C-34C.
- STOOVE, M. A., GIFFORD, S. M., DORE G. J. (2005) The impact of injecting drug use on hepatitis C-related referral and treatment, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 77, 81-86.
- STRATHDEE, S. A., LATKA, M., CAMPBELL, J., O'DRISCOLL, P. T., GOLUB, E. T., KAPADIA, F. *et al.* (2005) Factors Associated with Interest in Initiating Treatment for Hepatitis C Virus (HCV) Infection among Young HCV-Infected Injection Drug Users, *Clinical Infectious Disease*, vol. 40, Suppl. 5, S304-S312.
- STRIKE, C. LEONAR, L., MILLSON, M., ANSTICE, S., BERKELEY, N., MEDD, E. (2006) *Les programmes d'échange de seringues en Ontario: recommandations de pratiques exemplaires*, Toronto, Comité ontarien de coordination de l'échange de seringues.
- SYLVESTRE, D. L. (2005). Treating Hepatitis C Virus Infection in Active Substance Users, *Clinical Infectious Diseases*, 40, S321-4.
- SYLVESTRE, D. L. (2002) Treating hepatitis C in methadone maintenance patients: an interim analysis, *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 117-123.
- SYLVESTRE D. L., (2005) Treating hepatitis C virus infection in active substance users. *Clinical Infectious Diseases*, 40, 321-324.
- SYLVESTRE, D. L., LOFTIS, M. L., HAUSER, P., GENSER, S., CESARI, H., BOREK, N. *et al.* (2004) Co-occurring hepatitis C, substance use and psychiatric illness: treatment issues and developing integrated models of care, *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 81(4), 719-734.
- TRACY, K., BROWN, L.S., KRITZ, S., ALDERSON, D. ROBINSON, J., BINI, E.J. *et al.* (2009) Substance Abuse Treatment Clinician Opinions and Infectious Disease Service Delivery, *Journal of Addictive Diseases*, 28: 8-12.

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

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