

INTERVENIR SELON UNE APPROCHE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS



FORMATION

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

CAHIER DU PARTICIPANT

Formation d'une journée

PROGRAMME DE FORMATION

USAGE DE DROGUES ET PRÉVENTION DES ITSS

Intervenir selon une approche de réduction des méfaits

Formation d'une journée

Cahier du participant

Novembre 2014

Québec 

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

Chargé de projet

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

Conception et rédaction

Roxane Beauchemin
CACTUS Montréal (Module 4)

Pierre Brisson
Programmes d'études en toxicomanie, Université de Montréal et Université de Sherbrooke (Module 3)

Richard Cloutier
Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (Introduction et Module 2)

Hélène Gagnon
Consultante en promotion de la santé (Module 1 et 4)

Isabelle Gendron
Centre de réadaptation en dépendance Le Virage et UMF Charles-Lemoyne (Module 1)

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	7
BUT.....	9
OBJECTIFS GÉNÉRAUX	9
CLIENTÈLE VISÉE	9
APPROCHE PÉDAGOGIQUE	9
HORAIRE DE LA FORMATION	11
MODULE INTRODUCTION – USAGE DE DROGUES ET PRÉVENTION DES ITSS	15
FICHE PÉDAGOGIQUE	15
HORAIRE	16
PRÉSENTATION POWER POINT	17
RÉFÉRENCES.....	29
BIBLIOGRAPHIE COMPLÉMENTAIRE.....	29
MODULE 1 – CONSOMMATION DE SPA ET COMPORTEMENTS À RISQUE	33
FICHE PÉDAGOGIQUE	33
HORAIRE	34
PRÉSENTATION POWER POINT	35
1.1 <i>Les substances psychoactives : Contexte, définition et caractéristiques.....</i>	<i>36</i>
1.2 <i>Dynamique de l’usage, abus et dépendance.....</i>	<i>40</i>
1.3 <i>Conséquences négatives liées à la consommation de SPA.....</i>	<i>45</i>
1.4 <i>La consommation de SPA par injection et inhalation.....</i>	<i>48</i>
1.4.1 <i>Risques associés à l’injection et l’inhalation.....</i>	<i>54</i>
RÉFÉRENCES.....	59
BIBLIOGRAPHIE COMPLÉMENTAIRE.....	61
MODULE 2 – ITSS ET USAGE DE DROGUES PAR INJECTION ET INHALATION	65
FICHE PÉDAGOGIQUE	65
HORAIRE	66
PRÉSENTATION POWER POINT	67
2.1 <i>La transmission des ITSS.....</i>	<i>68</i>
2.1.1 <i>Les types d’ITSS et leurs modes de transmission</i>	<i>68</i>
2.1.2 <i>Prévalence et incidence des ITSS</i>	<i>75</i>
2.2 <i>Épidémiologie des ITSS (VIH et VHC) chez les UDI.....</i>	<i>80</i>
2.3 <i>Prévenir les ITSS</i>	<i>84</i>
RÉFÉRENCES.....	91
BIBLIOGRAPHIE COMPLÉMENTAIRE.....	91
MODULE 3 – L’APPROCHE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS LIÉS À L’USAGE DES DROGUES	95
FICHE PÉDAGOGIQUE	95
HORAIRE	96
PRÉSENTATION POWER POINT	97
3.1 <i>La réduction des méfaits : théorie.....</i>	<i>98</i>
3.2 <i>La réduction des méfaits : pratiques</i>	<i>102</i>
RÉFÉRENCES.....	131
BIBLIOGRAPHIE COMPLÉMENTAIRE.....	133

MODULE 4 – INTERVENIR SELON UNE APPROCHE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS	137
FICHE PÉDAGOGIQUE	137
HORAIRE	138
PRÉSENTATION POWER POINT	139
4.1 <i>L'injection à risques réduits</i>	140
4.2 <i>Intervenir : éléments de contenu</i>	141
4.3 <i>Intervenir : exercices – mises en situation</i>	143
4.4 <i>L'intersectorialité</i>	146
RÉFÉRENCES	147

PRÉAMBULE

Aujourd'hui encore, évoquer les drogues et les conséquences de leur usage reste délicat. Faute de vocabulaire commun, d'approches concertées et de consensus sur les priorités d'intervention, les nombreuses décisions sur le sujet manquent parfois de cohérence, de coordination, voire d'efficacité. Les actions à mener gagneraient à reposer sur un socle d'idées partagées par l'ensemble des intervenants. Le développement d'une culture et d'une vision commune apparaît comme une condition *sine qua non* du succès de l'approche de réduction des méfaits dans ce domaine. Car l'enjeu de santé publique est majeur et les pratiques de consommation se diversifient et s'aggravent. Plus particulièrement, l'usage de drogues par injection et par inhalation expose les personnes aux risques de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et du virus de l'hépatite C (VHC).

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 au VIH (15 %) et au 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 quelque 25,000 personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI) au Québec. De plus, l'amélioration des traitements pour le VIH et pour le VHC incite à une amélioration équivalente de l'offre de services aux personnes atteintes en vue de soutenir les efforts de prévention et de traitement.

Malgré une baisse de la fréquence d'injection à l'héroïne sur le territoire montréalais, ces dernières années, on note une hausse globale de l'injection d'opioïdes médicamenteux chez les UDI, particulièrement de *Dilaudid™* et, plus récemment, de l'oxycodone. L'injection de crack/cocaïne demeure stable dans la majorité des régions du Québec. Chez les jeunes de la rue, on observe une recrudescence de l'usage de crack de même qu'un fort taux d'utilisation de l'alcool et de différentes drogues. On assiste également à l'apparition de nouvelles drogues de synthèse, au phénomène de la polyconsommation (drogues, alcool, médicaments) et à des taux élevés d'initiation et de passage à l'injection. Plus du tiers (36%) des jeunes de la rue ont déjà consommé par injecton et le taux annuel d'initiation de 7% nous alerte sur la nécessité de mieux organiser la prévention du passage à l'injection.

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 peuvent également s'appliquer au domaine des drogues légales et à des problématiques connexes comme la santé mentale, la prostitution, l'exclusion sociale et l'itinérance.

Références

- 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*. Qc : MSSS .
- PARENT, R., ALARY, M., MORISSETTE, C., ROY, E., LECLERC, P., ALLARD, P.-R. (2010) *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection. 1995-2009; 2003-2009*. Qc : INSPQ.
- COMITÉ CONSEIL SUR LA PRÉVENTION DU VIH ET DU VHC CHEZ LES PERSONNES UTILISATRICES DE DROGUES (2009) *Actions proposées pour la prévention du VIH-sida et de l'hépatite C chez les personnes utilisatrices de drogues*. Qc : MSSS.

BUT

Contribuer à la prévention du VIH et du VHC chez les consommateurs de drogues à risque, 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

Module Introduction

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

Module 1

Comprendre le phénomène de l'usage des SPA et de la dépendance de même que les comportements à risque et les contextes de vulnérabilité des personnes UDII.

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.

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.

Module 4

Actualiser ses compétences d'intervention selon l'approche de réduction des méfaits en intégrant les pratiques reconnues efficaces en prévention des ITSS auprès des personnes UDII.

CLIENTÈLE VISÉE

Les personnes à qui s'adresse ce programme de formation sont les **intervenants du réseau sociosanitaire**, soit : les médecins, les pharmaciens, le personnel infirmier, les intervenants psychosociaux et communautaires ainsi que les professionnels des urgences hospitalières, des centres de réadaptation en dépendance et des centres jeunesse.

APPROCHE PÉDAGOGIQUE

La formation prend la forme d'**une journée intensive (6 heures)** consacrée à la présentation des **quatre modules de contenus** et prise en charge par deux **personnes ressources**. L'animation sera basée sur une **variété de formules** : exposés, matériel d'accompagnement, présentations multimédias, exercices individuels et de groupes, périodes de questions.

HORAIRE DE LA FORMATION

INTRODUCTION USAGE DE DROGUES ET ITSS

MODULE 1 CONSOMMATION DE SPA ET COMPORTEMENTS À RISQUE

Thème 1.1 Les substances psychoactives: contexte, définition et caractéristiques

Thème 1.2 Dynamique de l'usage, abus et dépendance

Thème 1.3 Conséquences négatives liées à la consommation de SPA

Thème 1.4 La consommation de SPA par injection et inhalation

PAUSE

MODULE 2 ITSS ET USAGE DE DROGUES PAR INJECTION ET INHALATION

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

Thème 2.2 Épidémiologie des ITSS (VIH et VHC) chez les UDI

Thème 2.3 Prévenir les ITSS

DINER

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

Thème 3.1 La réduction des méfaits : théorie

Thème 3.2 La réduction des méfaits : pratiques

PAUSE

MODULE 4 INTERVENIR SELON UNE APPROCHE DE REDUCTION DES MEFAITS

Thème 4.1 L'injection à risques réduits - vidéo

Thème 4.2 Intervenir: éléments de contenu

Thème 4.3 Intervenir: exercice - mises en situation

Thème 4.4 L'intersectorialité

EVALUATION DE LA JOURNÉE

Module Introduction
USAGE DE DROGUES ET PRÉVENTION DES ITSS

Module Introduction – USAGE DE DROGUES ET PRÉVENTION DES ITSS

FICHE PÉDAGOGIQUE

MODULE INTRODUCTION – USAGE DE DROGUES ET PRÉVENTION DES ITSS

Objectif général :

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

Objectifs spécifiques :

- 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
- Exercices
- 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 1



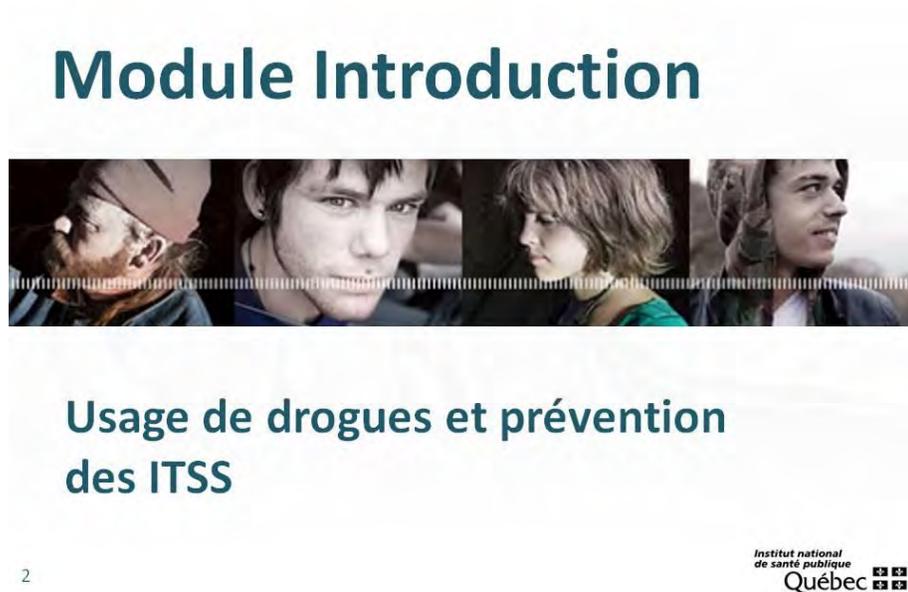
**INTERVENIR SELON UNE APPROCHE
DE RÉDUCTION DES MÉFAITS**

FORMATION

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

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 2



Module Introduction

**Usage de drogues et prévention
des ITSS**

2

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 3



Exercice d'introduction

3

Institut national
de santé publique
Québec 

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, principalement les personnes qui utilisent des drogues par injection et inhalation, en adoptant l'approche de réduction des méfaits comme outil privilégié de prévention

6

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 7

Présentation générale (suite)

Objectifs généraux de la formation (modules 1 à 4)

1. Comprendre le phénomène de l'usage des substances psycho actives (SPA) et de la dépendance de même que les comportements à risque et les contextes de vulnérabilité des personnes qui font usage de drogues par injection et inhalation (UDII)
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. Identifier les principes, les valeurs et les objectifs de l'approche de réduction des méfaits ainsi que les principales pratiques en ce domaine
4. Actualiser ses compétences d'intervention l'approche de réduction des méfaits en intégrant les pratiques reconnues efficaces en prévention des ITSS auprès des personnes UDII

7

Diapositive 8

Présentation générale (suite)

Horaire et modalités

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

8

Diapositive 9

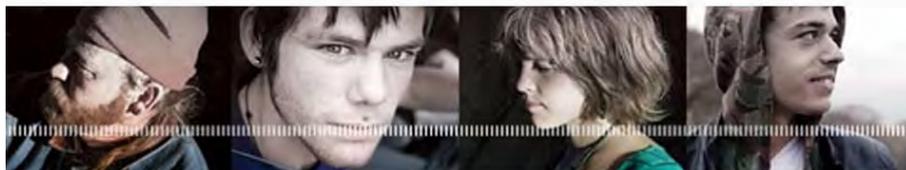
Présentation des participants

- Provenance, affiliation.

9

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 10



Exercice de clarification des perceptions

10

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 11

Exercice - D'accord, pas d'accord?

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

11

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 12

D'accord, pas d'accord?

1. Les médias ont raison de souligner que la cocaïne et l'héroïne sont des drogues très dangereuses.
2. Le choix de consommer des drogues est d'abord et avant tout une décision individuelle.
3. Il suffit d'avoir de bonnes connaissances sur la transmission du VIH et de l'hépatite C pour ne pas partager de seringues.

12

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 13

D'accord, pas d'accord?

4. Il y a beaucoup de risques à fumer de la cocaïne.
5. Je me sens à l'aise d'aborder le sujet de la consommation de drogues avec un client.
6. Le message que des seringues sont accessibles incite les jeunes à consommer des drogues.

13

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 14

D'accord, pas d'accord?

7. La population québécoise est favorable aux programmes d'échange de seringues.
8. La population québécoise est favorable aux programmes d'échange de seringues en prison.
9. La répression policière favorise que les seringues des UDI soient jetées partout.
10. Si je devais le faire, je me sentirais à l'aise de donner des seringues à une personne de moins de 14 ans.
11. Le traitement par la méthadone coûte cher.

14

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 15



Cadre de référence de la formation

15

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 16

Documents clés du MSSS en ITSS



16

Québec msss.gouv.qc.ca/itss

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 17

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



Recommandations sur :

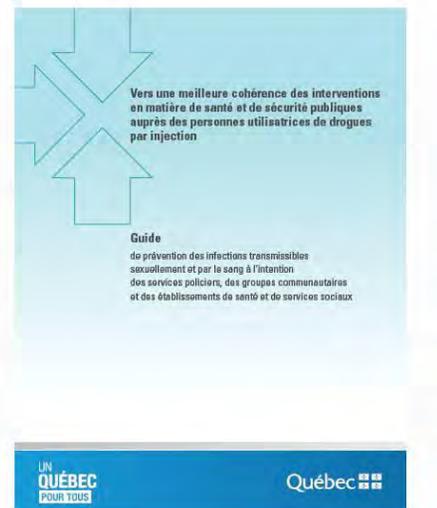
- l'accès au matériel d'injection et d'inhalation ;
- les services d'injection supervisée ;
- les activités d'éducation sur l'injection et l'inhalation à risques réduits et la prévention du passage à l'injection ;
- l'organisation des soins de santé et des services sociaux ;
- le dépistage et le traitement 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.

Québec

17

Institut national de santé publique
Québec

Diapositive 18

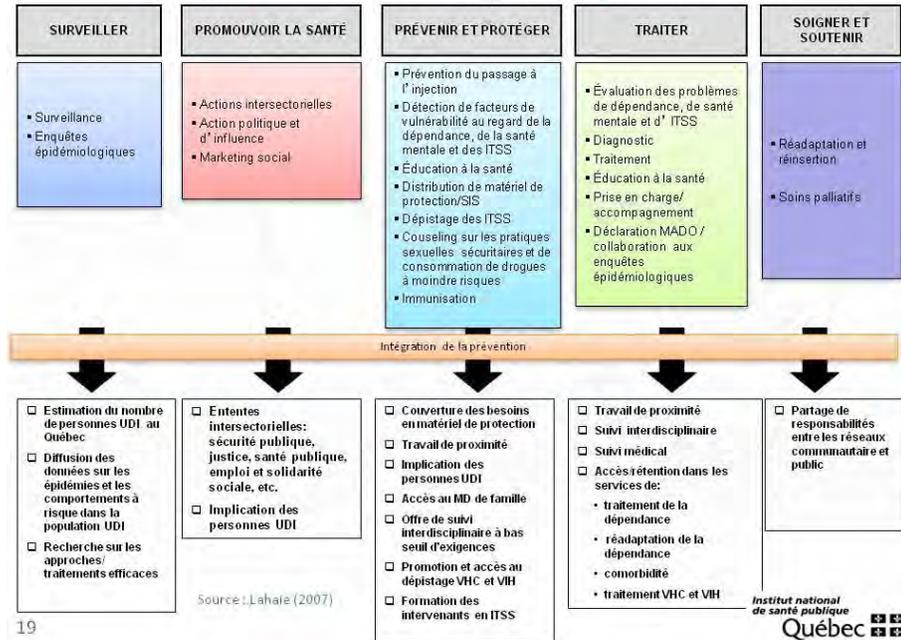


18

Institut national de santé publique
Québec

Diapositive 19

Continuum d'interventions auprès des personnes UDI



Diapositive 20

Réseau SurvUDI?



Le réseau SurvUDI I-Track

Réseau SurvUDI :

- Implanté en 1995
- En 2010 : 8 régions du Québec + ville d'Ottawa

Réseau canadien I-Track :

- Implanté en 2003
- En 2010 : Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario et Québec

SOURCE: Leclerc et al., 2012

Institut national de santé publique Québec

Diapositive 21

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 %**
- Lieux de résidence (6 derniers mois)
 - Appartement/maison : **79,4 %**
 - Sans domicile fixe : **40,3 %**
 - Chambre (hôtel, motel, pension) : **21,7 %**
 - Centre de détention : **13,0 %**

21

RÉFÉRENCES

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*. 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 2013. Épidémiologie du VHC de 2003-2012*. Direction des risques biologiques et de la santé au travail. Institut national de santé publique du 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 (2008) *Programme national de santé publique 2003-2012 (mise à jour)*. 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 (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.

BIBLIOGRAPHIE COMPLÉMENTAIRE

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

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 (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.

Module 1

CONSOMMATION DE SPA ET COMPORTEMENTS À RISQUE

MODULE 1 – CONSOMMATION DE SPA ET COMPORTEMENTS À RISQUE

FICHE PÉDAGOGIQUE

MODULE 1 – CONSOMMATION DE SPA ET COMPORTEMENTS À RISQUE

Objectif général :

Comprendre le phénomène de l'usage des SPA et de la dépendance de même que les comportements à risque et les contextes de vulnérabilité des personnes UDII

Objectifs spécifiques :

- Connaître les SPA
- Comprendre la dynamique de l'usage
- Identifier les principales conséquences négatives liées à la consommation de SPA
- Décrire le portrait de la consommation par injection et inhalation au Québec et les comportements à risque associés
- Identifier les contextes de vulnérabilité des personnes UDII

Éléments de contenu :

- Définition de substances psychoactives et survol des différentes classes
- Concepts relatifs à la dépendance
- Les surdoses
- Les impacts négatifs de la consommation de SPA sur la sexualité et la santé mentale
- Portrait des UDI
- Les modes de consommation
- Les SPA consommées par injection et inhalation
- Les risques pour la santé physique de la consommation par injection et inhalation

Méthodes pédagogiques :

- Exposé
- Présentations multimédias

Durée : 1 heure

Matériel d'accompagnement :

- CQLD (2006), *Drogues, savoir plus, risquer moins*. CQLD : Montréal.
- AQPSUD (2013) *Le Blender. Guide sur les mélanges de drogues et les risques qui en découlent*. Montréal
- AITQ (2001) *FX*. Longueuil.

HORAIRE

Thème 1.1	Les substances psychoactives: contexte, définition et caractéristiques	15 min
Thème 1.2	Dynamique de l'usage, abus et dépendance	15 min
Thème 1.3	Conséquences négatives liées à la consommation de SPA	10 min
Thème 1.4	La consommation de SPA par injection et inhalation	20 min
	1.4.1 Portrait de la consommation par injection et inhalation	

PRÉSENTATION POWER POINT

Diapositive 2

Module 1



Consommation de SPA et comportements à risque

2

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 3

Objectif général

Comprendre le phénomène de l'usage des SPA et de la dépendance de même que les comportements à risque et les contextes de vulnérabilité des personnes UDII.

3

Institut national
de santé publique
Québec 

1.1 Les substances psychoactives : Contexte, définition et caractéristiques

Diapositive 4



1.1 Les substances psychoactives: contexte, définition et caractéristiques

4

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 5

SPA: mise en contexte

- Usage des drogues a toujours existé
- Dans chaque civilisation, historiquement, il y a eu présence d'une huile, d'une racine, d'une forme d'alcool ou d'autres substances psychoactives
- Les drogues et leurs usages ont longtemps été acceptés avant d'être contrôlés et réglementés puis souvent bannis
- Les fonctions de la consommation:
 - rites religieux
 - rituels festifs, modes, «engouement»
 - usage médicinal (plantes) ou médical (absorption)
- Usage a souvent suivi cette courbe évolutive: sacré – domestique – médical

5

SOURCES : Karch (2002); Nolin et Kenny (2002); Pollien (2006)

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 6

SPA: mise en contexte (suite)

- Passage de l'usage domestique à l'utilisation commerciale et médicale à grande échelle
- Passage du statut de légalité/intégration sociale à celui d'illégalité/criminalisation des usagers
- Importance de transcender le paradigme légal/illégal pour aller vers celui usage/dépendance
- L'équation « drogue légale = drogue sécuritaire » est erronée car il n'existe aucun produit dont la consommation soit sûre à 100%

SOURCES : Karch (1996); Nolin et Kenny (2002); Pollien (2006)

6

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 7

SPA: définition

Substance d'origine naturelle ou synthétique qui agit sur le système nerveux central (SNC) en modifiant le fonctionnement psychique normal d'un individu. Cela se traduit par « des changements dans les perceptions, l'humeur, la conscience, le comportement et diverses fonctions psychologiques et organiques ».

SOURCE : Léonard et Ben Amar, 2002

7

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 8

SPA: classification

« Il existe de nombreuses façons de classer les psychotropes: selon l'origine, le type d'usage, la structure chimique, les mécanismes d'action, l'usage thérapeutique ou les principaux effets pharmacologiques. Cette dernière façon est la méthode de classification qu'on utilise le plus couramment en toxicomanie ».

Cela donne trois grandes classes:

- les stimulants
- les perturbateurs
- les déresseurs



SOURCES : Léonard et Ben Amar, 2002; www.gripmontreal.org

Institut national de santé publique Québec

8

Diapositive 9

Caractéristiques des stimulants

PRODUITS	Comment ça peut s'appeler	À quoi ça ressemble	Comment ça se prend	Si on en consomme trop souvent	En cas de surdose	Au moment du sevrage
STIMULANTS MINEURS	CAFÉINE café, thé, chocolat, cola, wake-up, certains analgésiques NICOTINE tabac, cigaretttes, cigares, tabac à pipe, tabac à chiquer, Nicorette, Nicoderm, Habitrol	<ul style="list-style-type: none"> • solide ou liquide (caféine) • capsules • comprimés • tabac • chique • gommes à mâcher • timbres (patch) 	<ul style="list-style-type: none"> • on les avale • on les fume • on se les applique sur la peau • on les mâche 	<ul style="list-style-type: none"> • bronchites et emphysème possibles dans le cas d'un usage prolongé du tabac • perturbation du sommeil (caféine) 	<ul style="list-style-type: none"> • nausées, vomissements • diarrhée • fatigue • anxiété • confusion, difficulté de concentration 	<ul style="list-style-type: none"> • fatigue, faiblesse • difficulté de concentration • irritabilité • dépression • insomnie • augmentation de l'appétit (nicotine) • céphalées (caféine)
STIMULANTS MAJEURS	AMPHÉTAMINES speed, wake-up, pep pills, uppers, ice, peach, crystal, anghé COCAÏNE base, crack, coke, neige, crystal, meth, freebase, roches, rock MDMA (aussi un perturbateur) ecstasy, k, dove, itc, love, yin yang, E METHYLPHÉNIDATE Ritalin	<ul style="list-style-type: none"> • comprimés (amphétamines - MDMA) • capsules • liquide • poudre blanche (cocaïne) • morceaux compacts blancs (crack) 	<ul style="list-style-type: none"> • on les avale • on les fume • on se les injecte • on les sniffe • on les applique sur certaines muqueuses 	<ul style="list-style-type: none"> • comportement bizarre et violent, irritabilité • panique, angoisse • paranoia, hallucinations, délire • perte d'appétit et de poids • saignements de nez • maladies ou infections liées aux injections intraveineuses 	<ul style="list-style-type: none"> • difficultés respiratoires • hallucinations, paranoia, délire • fièvre, troubles cardiaques (infarctus) • convulsions, coma, mort • accident vasculaire cérébral (AVC) 	<ul style="list-style-type: none"> • anxiété, irritabilité • dépression, idées suicidaires • fatigue, faiblesse • difficulté de concentration • nausées • augmentation de l'appétit • état de manque (craving)

SOURCE : MSSS, 2013

Institut national de santé publique Québec

9

Diapositive 10

Caractéristiques des perturbateurs

PRODUITS	Comment ça peut s'appeler	À quoi ça ressemble	Comment ça se prend	Si on en consomme trop souvent	En cas de surdose	Au moment du sevrage
CANNABIS	HASCHICH hasch, cube, tîme, bag, olâat HUILE DE HASCHICH résine, hasch, liquide MARIJUANA pot, man, joint, skank, weed, herbe, marijuana, bac, balot, pétard	<ul style="list-style-type: none"> feuilles séchées, tabac vert, fines herbes (marijuana) petits cubes bruns, noirs, jaunâtres ou verdâtres (haschich) huile brunâtre 	<ul style="list-style-type: none"> on le fume on l'avale occasionnellement on l'inhale 	<ul style="list-style-type: none"> dommages à la gorge et aux poumons risques d'infections respiratoires difficulté de concentration passivité accrue 	<ul style="list-style-type: none"> confusion excitation anxiété paranoïa psychose 	<ul style="list-style-type: none"> fatigue, diminution de la concentration anxiété, agitation, instabilité dépression troubles de l'appétit et du sommeil
HALLUCINOGENES	LSD, MDA, STP acide, borbon, bivarid, cap CHAMPIGNONS champignons magiques, mush, mushrooms MDMA (aussi un stimulant) ecstasy, x, dove, ytc, love, yin yang, E 2-CB bromo, erox, newox, venus PCP mesaline, mess, mesc, cristaux, poissière d'ange, angel dust, poudre à meringue, th, peace pill, fairy dust KETAMINE Kétilar, spécial K, vitamine K, ket, ketty	<ul style="list-style-type: none"> liquide incolore sur bavarid ampoules capsules comprimés champignons séchés poudre cristaux 	<ul style="list-style-type: none"> on les avale on les fume on les smûle on se les injecte on les mâche 	<ul style="list-style-type: none"> retours temporaires en dehors des moments de consommation (comeback, flashback) peurs incontrôlées (bad trip) maladies ou infections liées aux injections intraveineuses anxiété, dépression 	<ul style="list-style-type: none"> confusion, agitation hallucinations accidents, suicide hypertension, fièvre convulsions, coma, troubles cardiaques et respiratoires, mort <p>N.B. les problèmes associés à une surdose sont plus graves avec le PCP</p>	<ul style="list-style-type: none"> irritabilité possibilités de symptômes dépressifs et anxieux

10 SOURCE : MSSS, 2013

Diapositive 11

Caractéristiques des déresseurs

PRODUITS	Comment ça peut s'appeler	À quoi ça ressemble	Comment ça se prend	Si on en consomme trop souvent	En cas de surdose	Au moment du sevrage
ETHANOL	ALCOOL boisson, bière, cœdres spiritueux, fort, vin, shooter	<ul style="list-style-type: none"> liquide 	<ul style="list-style-type: none"> on l'avale 	<ul style="list-style-type: none"> diminution de l'appétit sérieux problèmes de santé (cirrhose du foie, ulcères, cancers) insomnie Blackout dépression accoutumance : des quantités de plus en plus grandes sont consommées afin d'en ressentir les effets 	<ul style="list-style-type: none"> problèmes de coordination, ralentissement du pouls confusion, perte de conscience dépression respiratoire, coma, mort 	<ul style="list-style-type: none"> anxiété, agitation insomnie, irritabilité transpiration tremblements, convulsions nausées, vomissements confusion, hallucinations, délirium tremens
SOLVANTS ET COLLES	AEROSOL râsh, proprips COLLE glue, smûlle DECAPANT DISSOLVANT ESSENCE pat	<ul style="list-style-type: none"> tubes de colle liquide ayant une forte odeur conteneants divers aérosols, désodorisants gâte 	<ul style="list-style-type: none"> on les inhale (ex. : inspiration dans des sacs de papier ou de plastique) 	<ul style="list-style-type: none"> dommage au nez, à la gorge, aux reins, au foie fatigue incohérence hostilité dépression 	<ul style="list-style-type: none"> perte de conscience dépression respiratoire convulsions, troubles cardiaques, mort 	<ul style="list-style-type: none"> symptômes semblables à ceux du sevrage à l'alcool

11 SOURCE : MSSS, 2013

Diapositive 12

Caractéristiques des dépresseurs (suite)

PRODUITS	Comment ça peut s'appeler	À quoi ça ressemble	Comment ça se prend	Si on en consomme trop souvent	En cas de surdose	Au moment du sevrage
TRANQUILISANTS ET SOMNIFÈRES 	BENZODIAZÉPINES Alévan, Dalmane, Librium, Halcion, Restal, Xanax, Roxipol, Serax, Valium, Xanax, roches, downers, bleus, jaunes GRIÈ (gamma-hydroxybutyrate) ecstasy, khatir, g, Gamma-GH, drogue du viol BARBITURIQUES (usage en régression), barbés, gooballs ETHCHLORVYNOL Placyd HYDRATE DE CHLORAL Noctec MEPROBAMATE Equanil, 78ZMEP		<ul style="list-style-type: none"> • en les avale • on se les injecte parfois 	<ul style="list-style-type: none"> • diminution de volonté • panique en état de manque • dysfonctionnement sexuel 	<ul style="list-style-type: none"> • sommeil profond • amnésie • nausées, vomissements • problèmes de coordination • excitation, délire • stupeur • dépression respiratoire • mort (moins risqué avec les benzodiazépines, sauf en cas de mélange avec de l'alcool ou autres drogues) 	<ul style="list-style-type: none"> • anxiété, panique, irritabilité • dépression • insomnie • fièvre, nausées, vomissements • troubles perceptuels • tremblements, convulsions, delirium tremens
	OPIACÉES 	CODÉINE Empiricon HÉROÏNE smack, cheval, blanche, cane, hero, junk MÉTADONÉ MORPHINE m, morphie PERCODAN OPILU gum, black, jack HYDROCODRONE Dilaudid	<ul style="list-style-type: none"> • ampoules • capsules • comprimés • poudre (opium, héroïne) • sirup 	<ul style="list-style-type: none"> • en les avale • en les fume • on se les injecte • on les sniffe 	<ul style="list-style-type: none"> • apathie, manque d'énergie • problèmes de santé • maladies ou infections liées aux injections intraveineuses 	<ul style="list-style-type: none"> • problèmes de coordination • perte de conscience • dépression respiratoire • troubles cardiaques • coma, mort

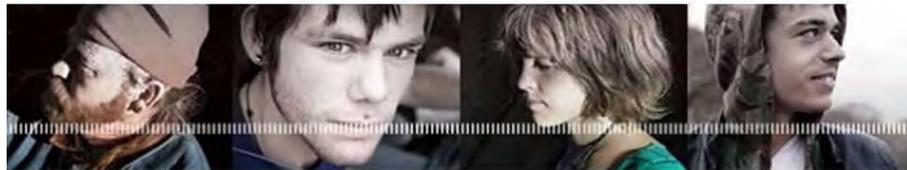
12

SOURCE : MSSS, 2013

Institut national de santé publique Québec

1.2 Dynamique de l'usage, abus et dépendance

Diapositive 13

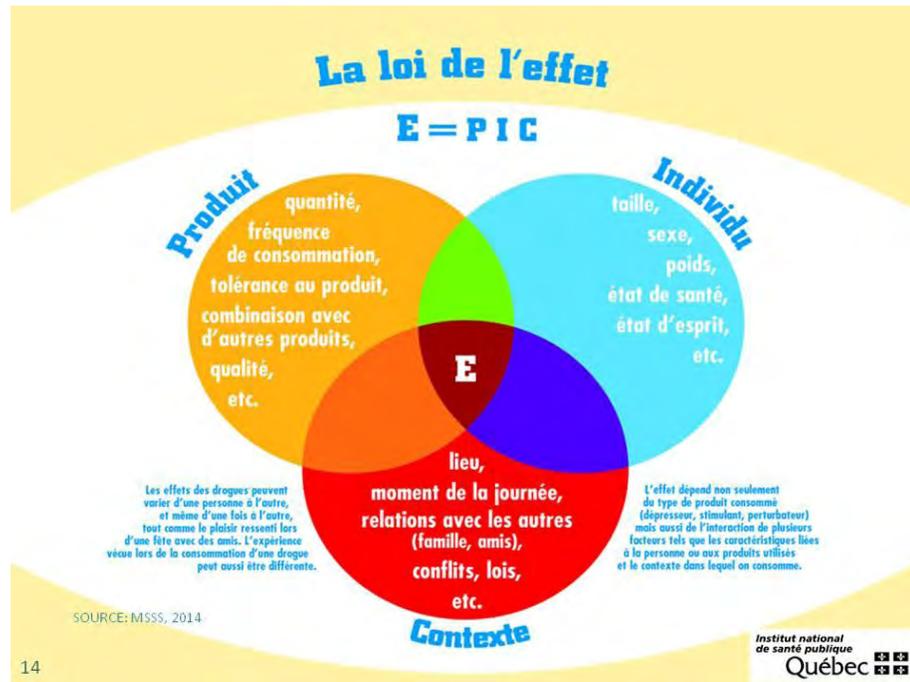


1.2 Dynamique de l'usage, abus et dépendance

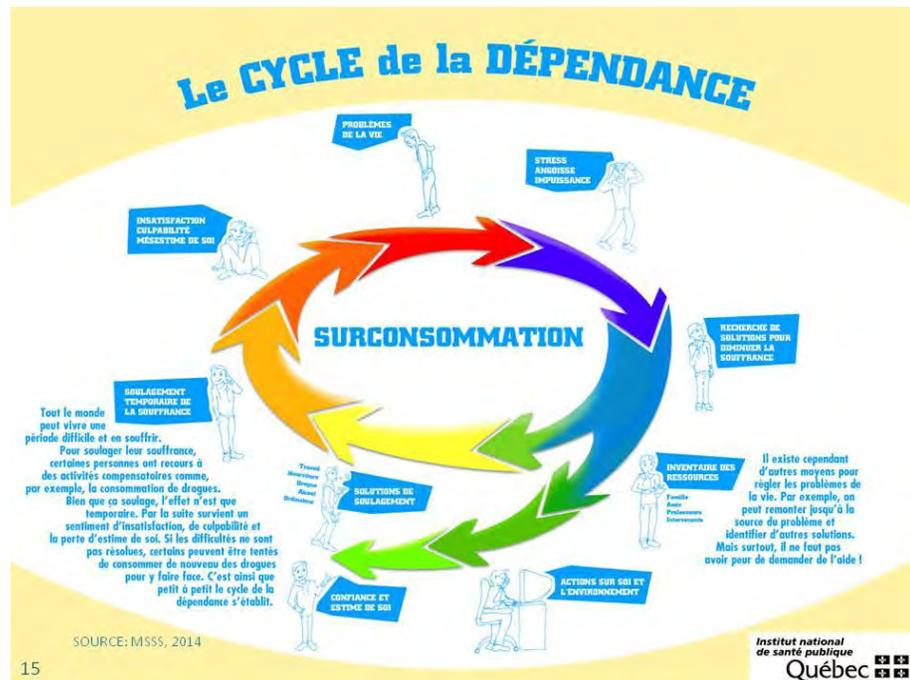
13

Institut national de santé publique Québec

Diapositive 14



Diapositive 15



Diapositive 16

Le désir obsédant (en anglais, craving)

- Obsession contraignante qui
 - envahit et dérange les pensées
 - affecte humeur
 - altère comportement
- Cette obsession a aussi été décrite comme un désir urgent et accablant ou une impulsion irrésistible à prendre le médicament ou la drogue

SOURCE : COLD, 2006

16

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 17

La dépendance psychologique

- État dans lequel l'arrêt ou la diminution brutale de la dose d'une SPA produit des symptômes psychologiques caractérisés par une préoccupation émotionnelle et mentale liée aux effets de la SPA et par un besoin intense et persistant à reprendre la SPA

SOURCE : COLD, 2006

17

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 18

La dépendance physique

L'organisme s'est habitué à la présence continue de la drogue

- Seuil minimal en deçà duquel des symptômes de sevrage se manifestent
- Propre à la nicotine, la caféine, l'alcool, les opioïdes et les médicaments sédatifs

SOURCE : CQLD, 2006

18

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 19

Abus d'une substance

Au moins un des symptômes suivants répété au cours d'une période douze mois

- Incapacités à remplir des obligations importantes au travail, dans le cadre de ses responsabilités parentales, à l'école ou à la maison
- Conduites dangereuses sous l'effet de substances
- Problèmes juridiques liés à l'utilisation de substances
- Problèmes personnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou amplifiés par l'utilisation d'alcool ou d'autres drogues

SOURCE : American psychiatric association, 2003

19

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 20

Dépendance à une substance

Au moins trois des symptômes suivants à un moment quelconque au cours d'une période douze mois

- Impossibilité de résister au besoin de consommer
- Incapacité d'arrêter ou de réduire sa consommation
- Signes de tolérance: besoin d'augmenter sa consommation pour obtenir le même effet
- Signes de sevrage à l'arrêt ou à la diminution de la consommation: tremblements, sueurs, nausées, anxiété, etc.
- Abandon ou réduction des activités sociales ou professionnelles en raison de la consommation de substances
- Beaucoup de temps consacré à se procurer la substance
- Poursuite de la consommation même si la personne sait qu'elle a un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent causé ou aggravé par la substance intoxicante

SOURCE : American psychiatric association, 2003

20

Diapositive 21

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

DSM-IV (2003)	DSM-V (2013)
Quelques différences	
<u>Catégories diagnostiques</u>	<u>Catégories diagnostiques</u>
-Troubles liés à une substance	-Addictions et troubles liés <i>Substance Use Disorder</i>
<ul style="list-style-type: none">• Abus d'une substance• Dépendance à une substance• Intoxication• Sevrage	<ul style="list-style-type: none">• Intoxication• Sevrage• Trouble induit par une substance
-3 critères ou plus pour diagnostic	-Ajout du fort désir de consommer / craving
	-2 critères ou plus pour diagnostic
	-Sévérité des troubles selon le nombre de critères (2-3 = léger, 4-5 = modéré, 6 et plus = sévère)

SOURCE : www.dsm5.org

21

1.3 Conséquences négatives liées à la consommation de SPA

Diapositive 22



1.3 Conséquences négatives liées à la consommation de SPA

22

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 23

Les méfaits liés aux mélanges

Les effets néfastes des mélanges augmentent avec le nombre de substances prises simultanément.

La dose consommée, la nature des produits et l'état de la personne sont à prendre en compte.



23

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 24

Surdose de cocaïne

Le risque augmente si la cocaïne est consommée avec d'autres substances comme l'héroïne et l'alcool.



SOURCES : Point de Repères, 2005; L'Injecteur.ca

24

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 25

Signes et symptômes de surdose de stimulant majeur

- ↑ température du corps et sudation intense
- Tremblements
- Nausées, vomissements
- Troubles respiratoires
- Anxiété et agitation
- Mydriase (dilatation pupille)
- Arythmies cardiaques
- Douleur thoracique
- Perte de conscience possible

SOURCES : Point de Repères, 2005; L'Injecteur.ca

25

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 26

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.
- Myosis (contraction de la pupille)

SOURCES : Point de Repères, 2005; L'Injecteur.ca

26

Diapositive 27

Effets sur la sexualité

Alcool	Cannabis	Cocaine	Opioides
Effet sur le degré d'inhibition Augmente l'incidence des ITSS	Probabilité de relations sexuelles non protégées	Associé à comportements à risque Prostitution Partenaires multiples Partenaires qui s'injectent ITSS - si injection	Hypogonadisme Baisse de la libido Dysfonction érectile Dysfonction menstruelle Dysfonction sexuelle (libido, excitation, orgasme) Augmentation Prolactine ITSS - si injection

SOURCES : <http://www.phac-aspc.qc.ca>, INSPQ, 2010, Lauzon, 2011, Hatfield et Wood, 2012, Roy et al., 2011, M5SS, 2010, Paquette et al., 2010

27

Diapositive 28

Effets sur la santé mentale

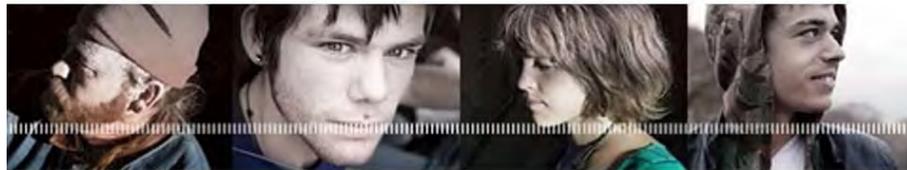
Alcool	Cannabis	Cocaïne	Opioides
<ul style="list-style-type: none">Les personnes les plus vulnérables:• Les personnes traumatisées• Les personnes anxieuses• Les personnes souffrant d'un trouble de l'humeur• Les personnes souffrant d'un trouble psychotique• L'alcool ↑ les troubles du sommeil<ul style="list-style-type: none">- Modification du cycle du sommeil (↓ sommeil paradoxal (rêves))- Insomnie- Éveils à répétition	<ul style="list-style-type: none">• Peut causer une psychose aiguë• Effets du cannabis sur psychose déjà existante:<ul style="list-style-type: none">- Amélioration des symptômes- Modification des symptômes- Aggravation des symptômes- Rechutes et hospitalisations plus fréquentes• L'usage du cannabis est répandu chez les personnes présentant:<ul style="list-style-type: none">- un trouble de l'humeur- un trouble anxieux	<ul style="list-style-type: none">• Peut entraîner une difficulté à s'en dormir• Peut causer une humeur et des comportements instables• Possibilité d'apparition de:<ul style="list-style-type: none">- Psychose- Paranoïa- Anxiété- Dépression	<ul style="list-style-type: none">• La consommation sur une longue période peut amener des sautes d'humeur• Auto-médication fréquente de:<ul style="list-style-type: none">- La tristesse- La dépression- L'anxiété- Les personnes présentant un trouble psychiatrique (dépression surtout) seraient deux à trois fois plus à risque d'abuser des opioïdes d'ordonnance

SOURCES : EducAlcool (2011), Kairouz et al., 2008 CCLAT, 2009, Ben Amar, 2004, www.camh.ca, www.caatie.ca, www.cihr-irsc.gc.ca, <http://canadiensante.gc.ca>

28

1.4 La consommation de SPA par injection et inhalation

Diapositive 29



1.4 La consommation de SPA par injection et inhalation

29

Diapositive 30

Les modes d'administration vs les risques

- 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>

30

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 31

Drogues par inhalation - crack

- 27 % des UDI consomment du crack/freebase autrement que par injection (SurvUDI 2009).
- Les usagers de crack utilisent des pipes au lieu de seringues.
- Risques associés à l'utilisation de pipe



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

31

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 32

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 : <http://www.medicine.uottawa.ca>, <http://www.drogues.gouv.fr>

32

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 33

Raisons générales du passage à l'injection

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

33

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 34

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, 2009

34

Diapositive 35

Population utilisatrice de drogues par injection à Montréal

- 1996: estimation de 11 700 personnes UDI
- Période 2009-2010: estimation d'environ 4000 personnes UDI
 - Environ 20% ont moins de 30 ans
 - Environ 30% sont des femmes
 - Environ 25% sont SDF
 - Au cours du dernier mois:
 - Près de 75% ont rapporté s'être injecté de la cocaïne
 - Plus de 60% ont rapporté s'être injecté de l'héroïne
 - Plus du tiers se sont injecté des opioïdes médicamenteux

SOURCE : Leclerc et al., 2013

35

Diapositive 36

Principales drogues injectées 2009-2012 (31 mars 2012)

Cocaïne	73,9%
Médicament opioïde	61,3%
Héroïne	33,1%
Crack	16,9%

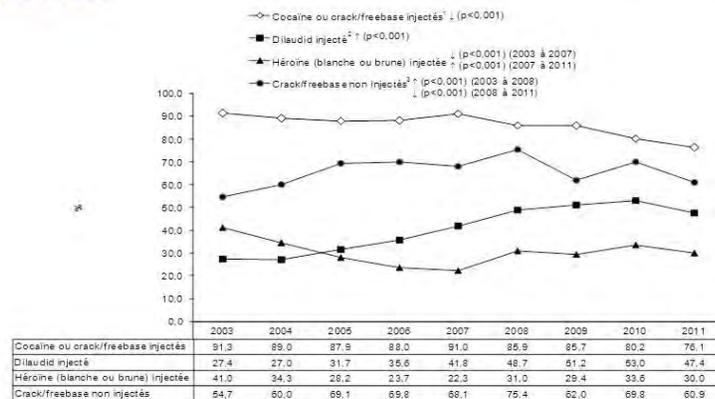
Médicaments opioïdes prescrits ou non : Dilaudid, méthadone, morphine, suboxone, oxycodone-oxycotin, hydromorph Contin, autres opioïdes médicamenteux non prescrits (incluant fentanyl, demerol, mélange de cocaïne et d'opiacé autre que l'héroïne et codéine)

Source: Leclerc et al. (2014)

36

Diapositive 37

Tendances de la consommation de drogues – Réseau – dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-Track, 2003-2011



¹ Test par bootstrap (1 000 itérations). Les valeurs-p indiquées sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.
 — = pas de tendance statistiquement significative; † = hausse statistiquement significative; ‡ = baisse statistiquement significative.
² Regroupant prescrit et non prescrit.
³ Données antérieures à 2003 : 1995 : 51,1; 1996 : 46,9; 1997 : 51,9; 1998 : 47,0; 1999 : 56,7; 2000 : 57,3; 2001 : 56,0; 2002 : 58,8.

Source: Leclerc et al. (2014)

37

Diapositive 38

Drogues injectées dans les six derniers mois, par région de recrutement, Réseau SurvUDI-I-Track, 2009-2013

Région de recrutement	N ¹	% des UDI qui se sont injectés*							
		Cocaïne	Médica- ments opioïdes ²	Dilaudid ³	Hydromorph Contin ⁴	Héroïne ⁵	Morphine ⁵	Oxycodone/ Oxycontin ⁵	Crack/ freebase
Abitibi-Témiscamingue	83	92,8	31,7	18,1	25,0	0,0	25,3	8,4	0,0
Estrie	72	90,3	29,2	16,7	17,2	18,1	11,1	9,7	9,7
Mauricie et Centre-du-Québec	21	85,7	76,2	66,7	75,0	9,5	47,6	28,6	4,8
Montréal	28	75,0	60,7	57,1	42,9	10,7	42,9	28,6	7,1
Montréal	937	82,8	54,5	50,6	29,6	39,9	14,8	10,5	11,3
Ottawa	577	54,3	76,7	52,0	36,7	41,8	65,9	46,6	36,1
Ontario	52	76,9	44,2	21,2	22,2	26,9	34,6	26,9	23,1
Ville de Québec	231	77,1	67,5	53,3	48,6	7,8	24,7	44,6	1,3
Saguenay-Lac-Saint-Jean	30	50,0	100,0	83,3	88,2	16,7	79,3	63,3	3,3
Réseau	2 014	73,9	61,3	48,7	33,9	33,1	33,0	25,9	16,9

*Nombre qui ont répondu à la question sur les drogues injectées au cours des six derniers mois.
¹La catégorie des médicaments opioïdes injectés est faite en regroupant les drogues individuelles suivantes, qui sont parfois aussi présentées dans le tableau : Dilaudid (prescrit ou non), méthadone (prescrite ou non), morphine (prescrite ou non), suboxone (prescrit ou non), oxycodone/oxycontin (prescrit ou non), Hydromorph-Contin (prescrit ou non) et les autres médicaments opioïdes non prescrits (incluant Fentanyl, demerol, codéine, mélange de codéine et d'opiacés autres que l'héroïne).
²Regroupant prescrit et non prescrit.
³Questions ajoutées en 2011, donc le dénominateur est de 934 participants.
⁴C combinant héroïne blanche et héroïne beige/brune.
⁵Les autres drogues injectées rapportées le plus fréquemment (≥ 2%) sont : Fentanyl non prescrit = 11,2 %, Speedball = 7,3 %, Cocaïne et opiacés autres que l'héroïne = 4,8 %, Amphétamines = 4,7 %, Ritalin seul non prescrit = 2,8 %, Méthadone = 2,5 %, Méthamphétamine = 2,0 %, Benzodiazépines non prescrites = 2,0 %

Source: Leclerc et al. (2014)



Diapositive 39

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:

- 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?**

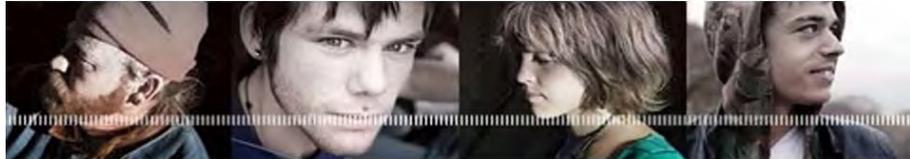
- 31,3 % (163/520)

Source: Leclerc et al. (2014)



1.4.1 Risques associés à l'injection et l'inhalation

Diapositive 40



1.4.1 Risques associés à l'injection et l'inhalation

40

Diapositive 41

Caractéristiques de l'injection de drogues

- Importance du rituel : structuration, pouvoir de l'anticipation du plaisir, pensée magique
- Identification très forte au statut de « junkie » (UDI)
- Notion de partage : intimité, rapprochement, valeur sexuelle (extase, orgasme)
- *Back loading* et *front loading*
- « Washes »



SOURCES : Léonard et Ben Amar, 2002, COLD, 2006

41

Diapositive 42

LES MICROBES, C'EST FOURRE PARTOUT...



↪ Voie cutanée

↪ Voie sanguine



Institut national
de santé publique
Québec

SOURCE : AITQ, 2001

42

Diapositive 43

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

43

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 44

Problèmes de santé physique liés à l'injection (suite)

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 : Tétu et Marcoux, 2010, Point de Repères, 2004

44

Diapositive 45

Problèmes de santé physique liés à l'injection (suite)

• **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 : Tétu et Marcoux, 2010, Point de Repères, 2004

45

Diapositive 46

Problèmes de santé physique liés à l'injection (suite)

Nécrose : Altération des tissus consécutive à la mort des cellules les constituant d'injection

Ulcère : Trou qui se forme au niveau des couches superficielles de la peau ou des muqueuses. Plaie difficile à cicatriser.



SARM : Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline

SOURCE : Têtu et Marcoux, 2010, Point de Repères, 2004

46

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 47

Contextes de vulnérabilité en lien avec les conditions de vie des personnes UDII

- Pauvreté
- Itinérance
- Violence
- Incarcération
- Répression policière
- Stigmatisation sociale

SOURCE : www.espaceitss.ca

47

Institut national
de santé publique
Québec

RÉFÉRENCES

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2003) *DSM IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé. 4e édition.* Paris: Masson.

ASSOCIATION DES INTERVENANTS EN TOXICOMANIE DU QUÉBEC (2001). Magazine FX. Longueuil.

BEN AMAR, M. (2004) Cannabis: aperçu des connaissances actuelles. *L'Intervenant*, 21 (1): 5-10.

CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE LES TOXICOMANES (2009) *Dissiper la fumée entourant le cannabis. Effet du cannabis durant la grossesse.* Ottawa.

CENTRE QUÉBÉCOIS DE LUTTE AUX DÉPENDANCES (2006) *Drogues: savoir plus, risquer moins. Le livre d'information. Centre québécois de lutte aux dépendances.* Montréal: Éditions internationales Alain Stanké.

ÉDUCALCOOL (2011) *Alcool et santé : alcool et santé mentale.* Québec.

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. Guide de prévention des ITSS à l'intention des services policiers, des groupes communautaires et des établissements de santé et de services sociaux.* Québec.

HATLAND, S.E., WOOD, E. (2012) Commentay on Bruneau et al. (2012): Injection of prescription opioid pain relievers and infectious disease risk. *Addiction*, 107, 1328-1329.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2010) *Politiques publiques et santé. La consommation d'alcool et la santé publique au Québec: synthèse.* Québec.

INSPQ (2012) *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec: cas cumulatifs 2002-2011.* Montréal.

KAIROUZ, S., BOYER, R., NADEAU, L., PERREAULT, M., Fiset-LANIEL, J. (2008) *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes Québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle1.2).* Québec: Institut de la statistique du Québec.

KARCH, S.B. (2002). Cocaïne, dans *Pathology of Drug Abuse. 3ième édition*, p. 1-187, Boca Raton: CRC Press.

LAUZON, P. (2011) Les effets indésirables des médicaments de substitution dans le traitement de la dépendance aux opioïdes. *Drogues, santé et société*, 10 (1), 51-91.

LECLERC, P., FALL, A., MORISSETTE, C. (2013) Estimation de la taille et caractérisation de la population utilisatrice de drogues par injection à Montréal. Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de 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 2013. Épidémiologie du VHC de 2003-2012.* Direction des risques biologiques et de la santé au travail. Institut national de santé publique du Québec.

LÉONARD, L. et BEN AMAR, M. (2002). *Les psychotropes. Pharmacologie et toxicomanie.* Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013) Affiche. Mieux connaître les drogues.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-001-14F.pdf>.

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.

NOLIN, P.-C. et KENNY, C. (2002) Le cannabis: Positions pour un régime de politique publique pour le Canada. Rapport du Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites. Ottawa.

PAQUETTE C., ROY E., PETIT, G., BOIVIN, J.-F. (2010) Consommation crack et comportements à risques: les jeunes de la rue n'y échappent pas. *Drogues, santé et société*, 9 (2), 115-148.

PAQUIN ET SARRASIN (2003)

PEELE, S. (1982) *L'expérience de l'assuétude*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.

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 et les gérer, Québec.

POLLIN, J.R. (2006) Relative Addiction Potential of major centrally-active Drugs and Drugs Classes. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 9, 149-165.

ROY, E. ARRUDA, N., BOURGEOIS, P. (2011) The Growing Popularity of Prescription Opioid Injection in Downtown Montreal: New Challenges for Harm Reduction. *Substance Use Misuse*, 46 (9), 1142-50.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (2002) Le syndrome d'alcoolisme foetal. *Paediatrics and Child Health* 7 (3) : 181-96.

TÊTU, I. et MARCOUX, N. (2010) *Les complications aiguës de la peau et des tissus mous associés à l'injection de drogues chez les UDI : les connaître, les reconnaître et les gérer*. Formation de l'AITQ, mai.

SITES INTERNET

www.camh.ca

<http://canadiensante.gc.ca>

www.catie.ca

www.cihr-irsc.gc.ca

www.drogues.gouv.fr

www.hepcinfo.ca

www.medicine.uottawa.ca

www.phac-aspc.gc.ca

www.gripmontreal.org

www.dsm5.org

www.espaceitss.ca

BIBLIOGRAPHIE COMPLÉMENTAIRE

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2012) *Sexe, drogues et autres questions de santé. Étude sur les habitudes de vie et les comportements associés aux infections transmissibles sexuellement chez les jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec*. Montréal.

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2007). *L'essentiel. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*. Édition 2006. Ottawa.

BIBEAU, G. ET PERREAULT, M., (1995) *Dérives montréalaises. À travers des itinéraires de toxicomanies dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve*. Montréal: Boréal.

CAZALE, L., LECLERC, P. (2010) Consommation de drogue. Dans, *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, p. 159-71. Québec: Institut de la statistique du Québec.

LAPRISE, P., GAGNON, H., LECLERC, P., CAZALE, L. (2012) Consommation d'alcool et de drogues, dans, *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Le visage des jeunes d'aujourd'hui: leur santé physique et leurs habitudes de vie, Tome 1* : p.51-91. Québec: Institut de la statistique du Québec.

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

NANHO, V. et AUDET, N. (2012) Les comportements à risque pour la santé liés au tabac, à l'alcool, aux drogues et aux jeux de hasard et d'argent. Qui les adopte? Qui les combine. *Zoom Santé, 36*, Institut de la statistique du Québec.

PEARSON, C., JANZ, T., ALI, J. (2013) Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada. *Coup d'œil sur la santé*, septembre, 1-8.

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.

SANTÉ CANADA (2000) *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*. Rapport préparé par le Comité consultatif FPT sur la santé de la population, le Comité FPT sur l'alcool et les autres drogues, le Comité consultatif FPT sur le sida et le Groupe de travail FPT des représentants des services correctionnels sur le VIH/sida. Ottawa.

SAVARD, P. (2012) *La dépendance aux opioïdes: Portrait des traitements de substitution au Québec 2011*.

STATISTIQUE CANADA (2013) Enquêtes de santé dans les collectivités canadiennes. Tableau 183-0019. Volume en litres d'alcool absolu des ventes de boissons alcoolisées et par habitant 15 ans et plus, exercices financiers se terminant le 31 mars, annuel (litres) <http://www5.statcan.gc.ca/cansim>.

TROTTIER, B. (2000) L'ecstasy: drogue de rave. *Le Clinicien*, 145-155.

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

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

Méthodes pédagogiques :

- Exposé
- Exercices

Durée : 1 heure

Matériel d'accompagnement :

- MSSS (2009) *J't'aime, j'capote*. Québec.
- MSSS (2013) *ITSS, mieux les connaître pour mieux les éviter*. Québec.

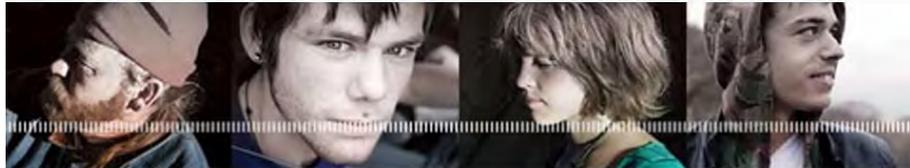
HORAIRE

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	
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

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



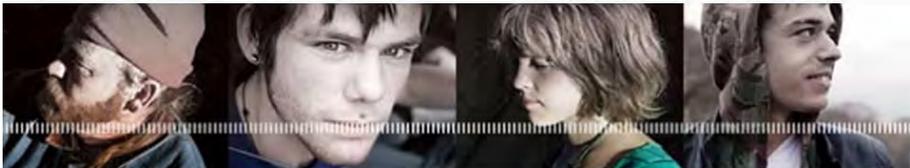
2.1
**La transmission des infections transmissibles
sexuellement et par le sang (ITSS)**

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,
	Gonorrhée	Sexuel, mère-enfant	Grossesses ectopiques Douleurs abdominales
	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

7

SOURCE: MSSS, 2012

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	<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;
- **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.

SOURCE : www.masexualite.ca

10

Diapositive 11



11 3 personnes sur 4 qui ont la chlamydia ignorent qu'elles sont infectées.

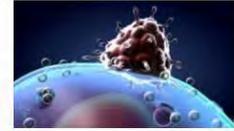
9 personnes sur 10 qui ont l'herpès ignorent qu'elles sont infectées.

Diapositive 12

VIH et sida

virus de l'immunodéficience humaine

Particule infectieuse



Mauvais fonctionnement du système immunitaire

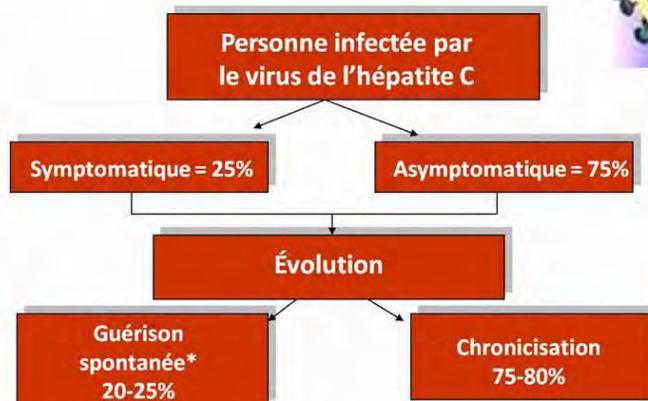
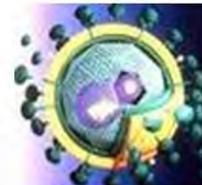
sida = syndrome d'immunodéficience acquise

Un ensemble de symptômes provenant de l'effondrement des défenses naturelles. Est acquis, donc secondaire à un événement qui est l'agression par le VIH.

12

Diapositive 13

VHC



* Le taux d'élimination spontanée du virus est plus élevé chez les patients symptomatiques.

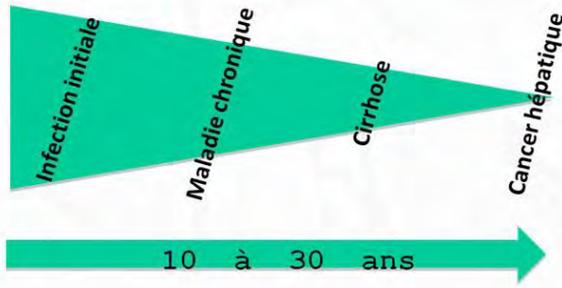
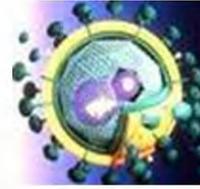
13

SOURCE: INSPQ, 2009

Diapositive 14

VHC

Histoire naturelle de la maladie



SOURCE: INSPQ, 2009

14

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 15



Cette brochure contient des renseignements faciles à comprendre sur le traitement de l'hépatite C et du VIH pour les personnes qui s'injectent des drogues. Riche en conseils pratiques, cette ressource est un bon point de départ pour quiconque a des questions sur le traitement de l'hépatite C et du VIH

http://librarypdf.catie.ca/pdf/ATI-70000s/70126_B.pdf

15

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 16



Cette brochure contient des renseignements faciles à comprendre sur les façons de prendre soin de sa santé si on a l'hépatite C ou le VIH et qu'on s'injecte des drogues

<http://librarypdf.catie.ca/pdf/ATI-70000s/70126.pdf>

16

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 17

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

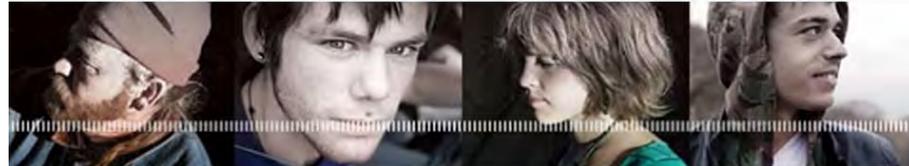
1. Quantité de sang requise pour la transmission.
2. Résistance hors de l'organisme.
3. Le VIH s'attaque au système immunitaire alors que le VHC s'attaque au foie.
4. On peut guérir du VHC.

17

Institut national
de santé publique
Québec

2.1.2 Prévalence et incidence des ITSS

Diapositive 18



2.1.2 Prévalence et incidence des ITSS

SOURCES PRINCIPALES: MSSS, 2010, 2012

18

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 19

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

SOURCE: MSSS, 2010

19

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 20

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
- 400 cas de syphilis

SOURCE: MSSS, 2010

20

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 21

Prévalence: définition

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

21

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 22

Incidence : définition

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

22

Diapositive 23

Répartition de l'infection par le VIH au Québec - 2011

Catégorie d'exposition	HARSAH	HARSAH -UDI	UDI	Hetero/ Non-endémique	Hetero/ Endémique	Autre	Total
Nombre de personnes	9,690	790	3,000	2,710	2,970	140	19,300
% du total	50 %	4 %	16 %	14 %	15 %	1 %	100 %

SOURCE: Agence de santé publique du Canada, 2012

23

Diapositive 24

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

Catégorie d'exposition	HARSAH	HARSAH -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 %

SOURCE: Agence de santé publique du Canada, 2012

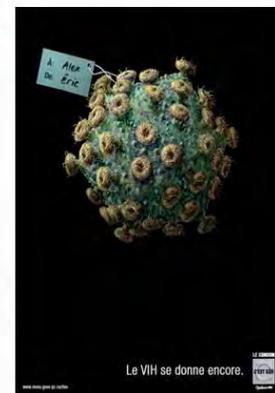
24

Diapositive 25

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 %



25

Diapositive 26

VHC

- En 2012, 1 304 cas d'hépatite C.
- Atteint un certain plancher depuis 2008-2009.
- Depuis 1990, près de 35 000 cas ont été déclarés au Québec.
- L'infection se concentre chez les hommes.
- L'usage de drogue par injection est associé à la moitié des cas d'infection.
- La co-infection (VIH/VHB) est fréquente.

26

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 27

SPA et ITSS

Consommation abusive peut modifier:

- Degré d'inhibition
- Attitude sexuelle
- Capacité de prendre les bonnes décisions

SOURCE: www.phac-aspc.gc.ca

27

Institut national
de santé publique
Québec 

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

Diapositive 28



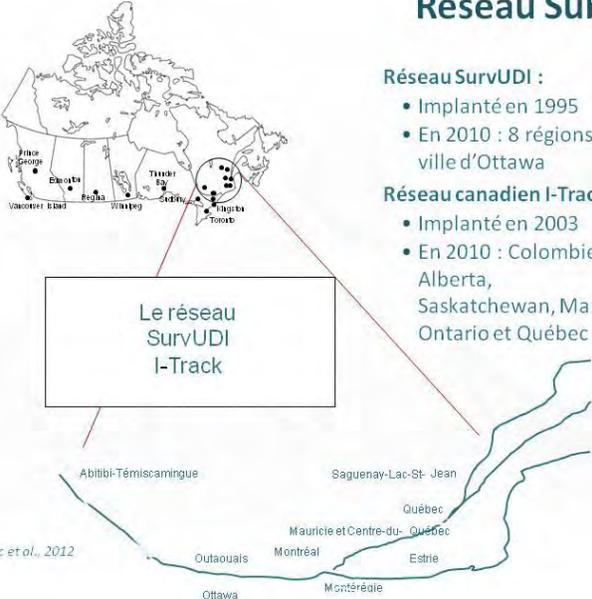
2.2 Épidémiologie des ITSS (VIH et VHC) chez les UDI

28

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 29

Réseau SurvUDI?



Réseau SurvUDI :

- Implanté en 1995
- En 2010 : 8 régions du Québec + ville d'Ottawa

Réseau canadien I-Track :

- Implanté en 2003
- En 2010 : Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario et Québec

Le réseau SurvUDI I-Track

SOURCE: Leclerc et al., 2012

29

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 30

Infection par le VIH et le VHC

- Infection par le VIH :
 - Prévalence 2003-2012 : **14,6 %**
 - Incidence 1995-2012 : **2,6 par 100 PA**
- Anticorps contre le VHC :
 - Prévalence 2003-2012 : **62,9 %**
 - Incidence 1997-2012 : **24,9 par 100 PA**
- Co infection par le VIH et le VHC (anticorps) : **12,4 %**
- **34,9 %** ne sont infectés ni par le VIH ni par le VHC

PA : personnes-années
Données au 31 mars 2012
IC95 %: Intervalles de confiance à 95%

Diapositive 31

Incidence VIH et VHC (par 100 PA) Variations régionales (31 mars 2012)

	VIH [IC95%] (1995-2012)	VHC [IC 95%] (1997-2012)
Réseau	2,4 [2,1-2,7]	23,2 [21,2-25,3]
Montréal	2,7 [2,3-3,2]	24,0 [21,0-27,1]
Ville de Québec	2,2 [1,7-2,6]	27,6 [23,1-32,1]
Ottawa/Outaouais	2,7 [1,9-3,5]	21,7 [16,1-27,2]
Semi-urbains*	1,3 [0,7-1,9]	14,1 [9,8-18,4]

- Abitibi-Témiscamingue, Montérégie, Saguenay-Lac Saint-Jean, Estrie, Mauricie et Centre-du-Québec
- IC95%: Intervalle de confiance à 95 %

Diapositive 32

Analyse multivariée de l'incidence du VIH (1995-2012)

Facteurs de risque	RT ¹ brut	RT ajusté	IC 95 % ²	Valeur-p
S'injecter avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre ^{3,4}	2,50	2,41	1,90 – 3,05	< 0,001
Cocaine comme drogue injectée le plus souvent ^{3,4}	2,22	1,90	1,39 – 2,61	< 0,001
Sexe masculin ⁴	1,15	1,41	1,03 – 1,93	0,033
S'injecter au moins une fois par jour				
1995-2002 ⁵	1,42	1,49	1,09 – 2,03	0,012
2003-2012 ⁵	0,93	1,00	0,67 – 1,51	0,990
Âge 25 ans et plus				
1995-2002	2,57	2,43	1,59 – 3,72	< 0,001
2003-2012	0,77	0,77	0,46 – 1,29	0,321
Prostitution				
1995-2002 ^{3,6}	1,37	1,43	0,98 – 2,09	0,062
2003-2012 ^{3,6}	2,31	2,24	1,43 – 3,52	< 0,001
Aussi dans le modèle :				
Région de recrutement urbaine				
(1995-2002)	2,56	2,62	1,16 – 5,94	0,021
(2003-2012)	1,17	1,38	0,75 – 2,53	0,297

1. Rapport de taux obtenu par le modèle de Cox.
2. Intervalle de confiance à 95 %.
3. Au cours des six derniers mois.
4. Sur l'ensemble des deux périodes (1995-2002 et 2003-2012).
5. Au cours du dernier mois.
6. On inclut ici la prostitution en échange d'argent, de drogues ou d'autres biens et services.

Diapositive 33

Dépistage et prise en charge VIH/VHC (2003-2012)

Dépistage :

- Jamais testés à vie **VIH : 9,1 % VHC : 10,9 %**
- Testés dans les 6 derniers mois* **VIH : 54,7 % VHC : 52,7 %**
- Ignorent qu'ils sont séropositifs **VIH : 19,7 % VHC : 21,3 %**

Prise en charge :

- Chez ceux qui se savent infectés par le VIH :
 - 85,9 % avaient vu un médecin (VIH) dans les 6 derniers mois
 - 60,7 % prenaient des médicaments anti-VIH (prise actuelle)
- Chez ceux qui savent qu'ils ont des anticorps contre le VHC :
 - 43,3 % avaient vu un médecin (VHC) dans les 6 derniers mois
 - 2,4 % prenaient des médicaments anti-VHC (prise actuelle)

* Parmi les participants qui ne se savent pas infectés

Diapositive 34

Injection en centre de détention (2011-2012)

- Dans ta vie, as-tu déjà été incarcéré dans une prison, un pénitencier ou un établissement correctionnel ?
 - Oui: 84,9 % (793/934)
- Dans ta vie, est-ce que tu t'es déjà injecté des drogues alors que tu étais incarcéré dans une prison, un pénitencier ou un établissement correctionnel ?
 - Oui: 13,4 % (106/793)
- Dans ta vie, as-tu déjà partagé des aiguilles ou des seringues lorsque tu étais incarcéré dans une prison, un pénitencier ou un établissement correctionnel ?
 - Oui: 52,4 % (54/103)

34

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 35

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+
- 4 fois plus élevé de décéder

SOURCE: Roy, 2009

35

Institut national
de santé publique
Québec

2.3 Prévenir les ITSS

Diapositive 36



**2.3
Prévenir les ITSS**

36

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 37

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

37

SOURCE: MSSS, 2010

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 38

Éléments à considérer pour changer de comportement face aux ITSS

- 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

38

SOURCE: MSSS, 2010

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 39

Prévention et ITSS chez UDI

Risques accrus pour les ITSS :

- Discours préventif habituel ayant peu d'effet chez les consommateurs sérieux de drogues et ceux qui ont des problèmes de santé mentale sévère et persistant.
- Carences affectives sévères des personnes entraînant des prises de risques accrues.
- 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.

39

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 40

Prévention et ITSS chez UDI

Risques accrus pour les ITSS (suite) :

- Compréhension limitée des informations due à plusieurs raisons
 - Psychose, délires, paranoïa
 - Niveau académique particulièrement faible
 - Consommation
 - 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.

40

Diapositive 41



Diapositive 42

Jeu des étapes de l'utilisation du condom



42

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 43



SOURCE: www.itss.gouv.qc.ca

43

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 44

Retenez bien
les lettres de l'alphabet

44

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 45

Dépistage ITSS

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

Guide d'intervention. Infections
transmissibles sexuellement à
déclaration obligatoire.

45

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

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 46

Dépistage ITSS (suite)

« 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 »

SOURCE: MSSS, 2006, p. 33

46

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 47

Dépistage ITSS (suite)

- 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.

SOURCE: MSSS, 2006, p.33

47

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 48

Les modules 3 et 4 permettront de mieux explorer l'approche de réduction des méfaits et les pratiques qui en découlent lesquelles ont été mises en place pour faire face à ces épidémies.

48

Institut national
de santé publique
Québec 

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.

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 2013. Épidémiologie du VHC de 2003-2012*. Direction des risques biologiques et de la santé au travail. 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 (2012) *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.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2014) *Guide d'intervention. Infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire*. 328 p. Québec.

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
catie.ca

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

MODULE 3 – L'APPROCHE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS LIÉS À L'USAGE DES 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 : 1 heure 20 min

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 de huit 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

	Ouverture	5 min
Thème 3.1	La réduction des méfaits : théorie	25 min
Thème 3.2	La réduction des méfaits : pratiques	50 min

PRÉSENTATION POWER POINT

Diapositive 2

Module 3



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

2

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 3

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.

3

Institut national
de santé publique
Québec

3.1 La réduction des méfaits : théorie

Diapositive 4



3.1 La réduction des méfaits : théorie

SOURCES PRINCIPALES: Brisson, 1997 et 2005; Brisson et Fallu, 2008; Fallu et Brisson, 2013

4

Diapositive 5

Politique des 4 piliers



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

5

Diapositive 6

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, culture des usagers

6

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 7

Mouvement de la réduction des méfaits

Milieu des années 1980 : plusieurs pays adoptent des politiques fondées sur les principes de réduction des méfaits: Grande-Bretagne, Suisse, Allemagne, Australie

Fin des années 1980 : premiers programmes nord-américains suite à la 2^e vague d’infection (**1989**: CACTUS, à Montréal)

Années 1990 : internationalisation du mouvement. Reconnaissance par les institutions québécoises et canadiennes (CCLAT, 1992; CQCS, 1994; AITQ et Dollard-Cormier, 1995; CPLT, 1996; SCA, 1998)

Années 2000 : consolidation en Europe; ambivalence en Amérique du Nord; développement dans les pays en voie d’émergence

Au Canada et au Québec, plusieurs signes de retour en arrière sont perceptibles depuis le milieu des années 2000: *Plan d’action interministériel en toxicomanie*, 2006; SCA, 2007; débats autour des SCS, 2008 et de SALOME, 2009

7

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 8

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*

8

Diapositive 9

Champs d'application

ÉTROIT

Mesures de santé publique concernant le problème de l'injection de drogues et la transmission des ITSS (**services spécialisés**)

LARGE

Approche nouvelle de la question des drogues illicites en contexte de transmission des ITSS englobant des stratégies préventives, d'intervention précoce et de prise en charge (**continuum d'intervention**)

INTÉGRÉ

Philosophie nouvelle de gestion de l'usage des SPA en société, à tous les stades de l'intervention et pour l'ensemble des produits (**licites, illicites**)

GLOBAL

Philosophie d'intervention pouvant s'appliquer à la gestion sociale de n'importe quel comportement à risque revêtant des enjeux moraux ou éthiques (**prostitution, itinérance, autres**)

9

Diapositive 10

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)

Rupture avec l'IDÉALISME

(société sans drogue, pression à l'abstinence)

10

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 11

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)

11

Institut national
de santé publique
Québec 

3.2 La réduction des méfaits : pratiques

Diapositive 12



3.2 La réduction des méfaits : pratiques

12

Diapositive 13

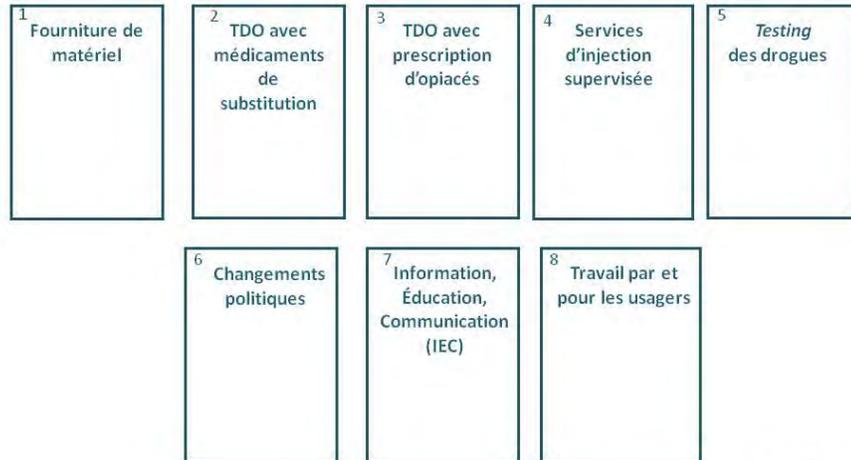


ASSOCIATION GENEVOISE DE REDUCTION DES RISQUES LIÉS AUX
DROGUES
http://www.grea.ch/sites/default/files/brochure_rdr1.pdf

13

Diapositive 14

Pratiques de réduction des méfaits en matière de drogues illicites



14

Diapositive 15

Panorama des interventions

1. Fourniture de matériel

15

Diapositive 16

La trousse

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



16

SOURCE : MSSS, 2003

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 17

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

- Fourniture de matériel depuis **1989** par le MSSS; depuis **1996**, collecte annuelle de données.
- En **2013**, 16 régions couvertes sur 18 pour un total de **1204 CAMI** :
 - établissements du réseau (pharmacies, CLSC et CH) = 94 % des CAMI et **20 % du matériel distribué**;
 - organismes communautaires (à clientèle et vocation multiples, spécialisés en prévention des ITSS) = 6 % des CAMI et **80 % du matériel distribué**.
- En **2011-2012**, plus de **1,5 millions** de seringues distribuées gratuitement par les CAMI, en comparaison de **5,5 millions** pour un nombre d'UDI comparable, en C.B.



17

SOURCE : INSPQ, 2013

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 18

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

- En **2011-2012**, distribution d'environ **855 500 ampoules d'eau** et de **646 500 stéricups**
- La moyenne de **seringues par visite**, au niveau provincial, est de **18**
- Globalement, **70 % 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; MSSS et INSPQ, 2012

18

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 19

Autres exemples

- *AITQ (2012) Un programme d'échange de seringues en prison, c'est possible*

<http://www.aitq.com/documentation/videos.htm>



19

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 20

Panorama des interventions (suite)

2. TDO avec médicaments de substitution

20

Diapositive 21

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)



21

Diapositive 22

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 (effets 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.



22

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 23

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.

23

SOURCES : MSSS, 2006; CRAN, 2011

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 24

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

24

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 25

Panorama des interventions (suite)

3. TDO avec prescription d'opiacés

25

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 26

Dans le monde

- Traitement de 2^{ème} ligne pour usagers d'opioïdes marginalisés ou ayant échoué leur traitement avec un médicament de substitution
- 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)
- Deux prisons en Suisse offrent le traitement

SOURCE : Ball et al., 2005

26

Diapositive 27

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 hydromorphone (*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

27

Diapositive 28

Panorama des interventions (suite)

4. Services d'injection supervisée (SIS)

28

Diapositive 29

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

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



SOURCES : Noël et al., 2009

29

Diapositive 30

Les organismes qui offrent des SIS fournissent :

- l'accès à du matériel d'injection stérile
- 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.



SOURCES : Noël et al., 2009

30

Diapositive 31

Vue d'ensemble

- En opération dans plusieurs villes européennes dont Francfort, Hambourg, Zurich, Berne, Rotterdam, Amsterdam et Barcelone.
- Hors l'Europe, un site existe à Sydney et deux à Vancouver (*Insite* et *Peter's Center*)
- Trois pays opèrent la majorité des sites: les Pays-Bas (depuis 1982); la Suisse (depuis 1986); l'Allemagne (depuis 1994)
- Dans le monde : 92 organismes offrent SIS dans 61 villes

SOURCES : Wood et al., 2004; Hedrich, 2004; Small, 2008; Hyslika et al., 2012

31

Diapositive 32



Diapositive 33



Diapositive 34

Vancouver – Insite



<http://supervisedinjection.vch.ca/>
<http://drogriporter.hu/en/insite>

34

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 35

Vancouver – Insite (suite)

Services offerts

- Opéré par une combinaison de personnel clinique et non clinique (infirmières, conseillers en toxicomanie, pairs aidants)
- Ouvert 18 heures par jour, 7 jours semaine (10 h am à 4 h am)
- Supervision des injections, instructions en réduction des méfaits
- Fourniture de seringues
- Premiers soins en cas de surdoses
- Référence à des ressources en toxicomanie et en santé
- Aire de repos et interaction avec des pairs aidants

35

SOURCE : Vancouver Coastal Health, 2006

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 36

L'ajout de SIS aux interventions destinées aux UDI:

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

SOURCES : Noël et al., 2009

36

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 37



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

37

www.msss.gouv.qc.ca/itss

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 38

Panorama des interventions (suite)

5. *Testing* - analyse des drogues

38

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 39

Testing

- Les mesures existent à des degrés et suivant des modalités variables dans sept pays d'**Europe** : Pays-Bas, Autriche, Belgique, Allemagne, Espagne, France et Suisse. Seuls les Pays-Bas et Zürich les ont intégrées à leur politique publique
- Les mesures de *testing* n'existent pas en Amérique du Nord. Au Canada, un travail de **lobbying** est mené par les organismes d'intervention en milieu festif à Vancouver (*MindBodyLove*), Toronto (TRIP) et Montréal (GRIP)
- Le *testing* est étroitement lié à une panoplie organisée de **stratégies d'action**: fourniture de matériel (eau, condoms, lubrifiant, etc), mesures d'IEC, travail avec et par les usagers)

39

SOURCE : Fallu et Trottier, 2003

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 40

Testing (suite)

- OBJECTIFS :
 - **Prévention** : conseils de réduction des risques pour l'utilisateur
 - **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

SOURCE : Fallu et Trottier, 2003

Diapositive 41

Panorama des interventions (suite)

6. Changements politiques

Diapositive 42

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

42

SOURCE : Hunt et al., 2003

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 43

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 drogue (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

43

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 44

Une réflexion mondiale

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

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

- **Coalition canadienne des politiques sur les drogues**

www.drugpolicy.ca

- **Convention de Vienne**

http://www.youtube.com/watch?v=91y9KqvVggY&feature=player_embedded

44

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 45

Panorama des interventions (suite)

7. Information, éducation, communication (IEC)

45

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 46

Information/éducation sur l'usage sécuritaire

Association des intervenants
en toxicomanie du Québec
(2001)

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

<http://reductiondesmefaits.aitq.com>



46

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 47

Information/éducation sur l'usage sécuritaire (suite)

Association des
intervenants
en toxicomanie
du Québec



47

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 48

Information/éducation sur l'usage sécuritaire (suite)

Ministère de la santé
et des services sociaux
(2003)



48

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 49

Diapositive 50

Information/éducation sur l'usage sécuritaire (suite)

Mode d'emploi pour la
consommation avec pipe à crack

<http://www.catie.ca/fr/pdm/automne-2014/distribution-materiel-plus-securitaire-fumer-crack-cocaine-lignes-directrices-exhau>



50

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 51

Communication publique – universelle

Inversons la tendance (Agence Montérégie)

http://www.youtube.com/watch?v=dmt72Rlkq_Y&feature=BF&list=UL4wDj8EPdDqA&index=4

51

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 52

Communication publique - ciblée

Pourquoi commencer?

Basée sur les travaux du Dr Élise Roy, la population cible est **les jeunes de la rue non UDI**, plus particulièrement:

- les mineurs et jeunes adultes
- les nouveaux ou relativement nouveaux au centre-ville
- les polyconsommateurs
- les jeunes cherchant à s'intégrer au milieu de la rue

Objectif de santé:

- **Prévenir le passage à l'injection** de drogues chez les jeunes de la rue

SOURCE: Roy, 2007

52

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 53

Campagne publique - ciblée (suite)

Stratégie de diffusion initiale (Montréal centre-ville):

- une grande visibilité dans le milieu (périmètre désigné)
- une répétition des messages
- des moyens mixtes, traditionnels et non traditionnels :
 - affichage dans des endroits publics et sur la rue
 - opérations spectaculaires
 - distribution d'objets promotionnels

Depuis 2008, la campagne est étendue aux régions du Québec avec une autre stratégie de diffusion (Guide d'animation)

SOURCES : Roy, 2007; DSP de Montréal-Centre, 2007

53

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 54



Diapositive 55



55

Diapositive 56



Diapositive 57

Trousse et formation - AITQ



- Cette trousse origine d'un projet d'intervention expérimentale de l'équipe du Dre Élise Roy (Université de Sherbrooke) concernant des jeunes toxicomanes sans abri et susceptibles de passer à un mode de consommation par injection.
- Elle est accompagnée d'une formation offerte en collaboration avec les directions de santé publique depuis l'automne 2012.

Diapositive 58

Intervention en milieux festifs

• Information

- Distribution de dépliants informatifs à l'entrée des soirées
- Pose d'affiches préventives dans les toilettes et endroits affluents
- Installation d'un stand d'information avec *counseling*

• Fourniture de condoms, de lubrifiant, de bouchons auditifs, de bonbons, d'eau

• Intervention dans la foule: rencontre des gens, affût de situations potentielles de détresse et de crise

SOURCE : Fallu, 2005

58

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 59

Intervention en milieux festifs (suite)

GRIP Groupe de recherche et d'intervention psychosociale (Québec)

Les mélanges

Non seulement les chimistes concoctent des pilules contenant plusieurs drogues mais certains « ravers » les combinent eux-mêmes pour varier encore plus leur effet. Il faut être sûr(e) que certaines combinaisons sont un peu inutiles, une drogue annulant l'effet de l'autre, mais surtout, que d'autres sont presque dangereuses: les substances s'additionnent ou se multiplient entre elles.

Par exemple, il est risqué et un peu inutile de mélanger un produit stimulant (speed, cocaïne, XTC) avec un dépressif (alcool, GHB, pilule pour dormir...). À l'inverse, un mélange de GHB, d'alcool, et de pot pourrait l'endormir pour un certain temps et tu risques alors de tout manquer... et de ne te rappeler de rien le lendemain!

Donc, de préférence, évite les « mix »!



GRIP
GROUPE DE RECHERCHE
ET D'INTERVENTION
PSYCHOSOCIALE

grip@videotron.ca
www.bounce.to/grip (514) 276-6110

Quand ça devient trop bizarre...

Les drogues entraînent parfois des effets désagréables (étourdissements, somnolence, nausée, vomissements, bouffées de chaleur, angoisse...), parfois même dangereux (agressivité, déshydratation, fièvre, coma, convulsions...).

Si tu commences à te sentir mal, rends-toi à l'hôpital, si possible accompagné d'un copain.

Rappelle-toi aussi que certains produits affectent tes capacités de conduire une automobile. Ne conduis pas ta voiture si tu es intoxiqué (pas seulement par l'alcool). Il sera toujours temps de venir la chercher demain.

Et le sexe!...

Les « fêtes » se terminent parfois par cette activité!

Les drogues altèrent parfois notre jugement quand vient le temps de se protéger. Si tu n'es pas absolument certain de ton partenaire, ne cours pas de risque, utilise le condom.

Grp
Montréal

Guide-pratique

La soirée commence et elle s'annonce géniale: tu as le goût de l'amuser, l'endroit est bien aménagé, la musique sera entraînante, il y a de l'électricité dans l'air et tu feras peut-être des rencontres agréables...
Il se peut aussi que tu décides de consommer certaines drogues durant cette soirée.

SI TU CHOISIS DE CONSOMMER,
CHOISIS AUSSI DE T'INFORMER

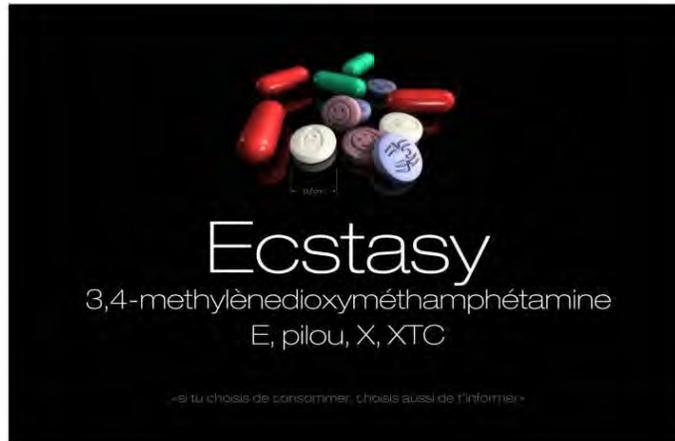
59

SOURCE : Fallu, 2005

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 60

GRIP - matériel d'information



60

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 61

Panorama des interventions (suite)

8. Travail par et pour les usagers

61

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 62

Exemples d'intervention par et pour les usagers : pairs aidants et groupes d'autosupport

- PLAISIIRS (*Projet de Lieu d'Accueil, d'Implication Sociale pour Injecteurs et Inhalateurs Responsables et Solidaires*); Groupe d'intervention Alternative par les Pairs; Projet de cirque social; Toxico-Net **CACTUS**
- TAPAJ (*Travail Alternatif Payé À la Journée*) **Spectre de rue**
- Méta d'Âme **le CRAN**
- Marche expo; la Grande rencontre;
Projet vitrail **Clinique des Jeunes de la rue**
- Guides de rue **Point de Repères**
- **L'Itinéraire** (Montréal), **Journal de rue** (Sherbrooke), **La Galère** (Trois-Rivières), **La Quête**, (Québec), **L'Injecteur** (provincial)

63

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 63

Exemples d'intervention par et pour les usagers : pairs aidants et groupes d'autosupport

- PLAISIIRS (*Projet de Lieu d'Accueil, d'Implication Sociale pour Injecteurs et Inhalateurs Responsables et Solidaires*); Groupe d'intervention Alternative par les Pairs; Projet de cirque social; Toxico-Net **CACTUS**
- TAPAJ (*Travail Alternatif Payé À la Journée*) **Spectre de rue**
- Méta d'Âme **le CRAN**
- Marche expo; la Grande rencontre;
Projet vitrail **Clinique des Jeunes de la rue**
- Guides de rue **Point de Repères**
- **L'Itinéraire** (Montréal), **Journal de rue** (Sherbrooke), **La Galère** (Trois-Rivières), **La Quête**, (Québec), **L'Injecteur** (provincial)

63

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 64

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

<http://linjecteur.ca>



1495, rue Bennett, Montréal, Québec, H1V 2S6
Tél.: 514-904-1241 Fax: 514-904-1241

64

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 65

Exemples d'intervention par et pour les usagers : documentaires

On n'est pas juste des
toxicomanes

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



65

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 66



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

66

Diapositive 67

Efficacité de la réduction des méfaits

Tableau 1 : Tableau comparatif des effets liés à l'ajout de mesures de réduction des méfaits aux programmes d'accès à du matériel d'injection (Cloutier 2013)

	Accès à du matériel d'injection	Accès à du matériel d'injection et à des services d'injection supervisée	Accès à du matériel d'injection, à des services d'injection supervisée et à la prescription d'opiacés injectables
Caractéristiques	Les usagers ont accès à : <ul style="list-style-type: none"> du matériel d'injection stérile du counseling une orientation vers des services de réadaptation 	Les usagers ont accès à : <ul style="list-style-type: none"> du matériel d'injection stérile du counseling une orientation vers des services de réadaptation une supervision de l'injection 	Les usagers ont accès à : <ul style="list-style-type: none"> du matériel d'injection stérile du counseling des services de réadaptation une injection supervisée un traitement médical par opiacés
Effets	↓ partage de matériel ↓ VIH = injection dans des lieux publics = ↓ seringues jetées dans des lieux publics = Criminalité =	↓↓ partage de matériel ↓↓ VIH, ↓VHC ↓↓ injection dans des lieux publics ↓ seringues jetées dans des lieux publics = Criminalité =	↓↓↓ partage de matériel ↓↓↓ VIH, ↓↓VHC ↓↓ injection dans des lieux publics ↓↓ seringues jetées dans des lieux publics ↓ criminalité

Légende :
 ↓ : Diminution
 ↓↓ : Diminution plus marquée
 ↓↓↓ : Diminution importante
 = Pas de changement

67

SOURCE : GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 2014 : 23

Diapositive 68



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

68

Institut national
de santé publique
Québec 

RÉFÉRENCES

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.

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.

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.

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*. Québec.

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.

- 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 (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*. Québec.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2014) *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 2012 à mars 2013*. 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 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 (2013) *Les centres d'accès au matériel d'injection au Québec*. 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 (2003) *Document d'accompagnement à l'utilisation du dépliant Chacun son kit, une idée fixe sur l'injection de drogues à risques réduits*. 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.

BIBLIOGRAPHIE COMPLÉMENTAIRE

- ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE (2014). *Nouvelle démarche de gestion des substances psychotropes illégales au Canada*. Document de travail. Ottawa.
- 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: AIIIC.
- 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).

- 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 UNE APPROCHE DE RÉDUCTION
DES MÉFAITS

MODULE 4 – INTERVENIR SELON UNE APPROCHE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS

FICHE PÉDAGOGIQUE

MODULE 4 – INTERVENIR SELON UNE APPROCHE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS

Objectif général :

Actualiser ses compétences d'intervention selon l'approche de réduction des méfaits en intégrant les pratiques reconnues efficaces en prévention des ITSS auprès des personnes UDII.

Objectifs spécifiques :

- Connaître les étapes d'une injection et d'une inhalation à risques réduits
- Appliquer les pratiques préventives abordées au cours de la formation à l'aide de vignettes cliniques
- Identifier ses forces et ses limites d'intervention dans un contexte de réduction des méfaits.

Méthodes pédagogiques :

- Présentation théorique
- Mises en situation en équipe
- Plénière
- Présentation d'outils

Durée : 1h20

Éléments de contenu :

- Pratiques préventives
Injection et inhalation à risques réduits
Réduction des overdoses
Risques liés aux substances et usage sécuritaire
Dépistage des ITSS
- Éléments qui influencent l'intervention

Matériel d'accompagnement :

- MSSS (2003), *Chacun son kit, une idée fixe*. Dépliant et Guide d'accompagnement.
- Trousses de matériel à injection

HORAIRE

Thème 4.1	L'injection à risques réduits - vidéo	10 min
Thème 4.2	Intervenir: éléments de contenu	15 min
Thème 4.3	Intervenir: exercice - mises en situation	40 min
Thème 4.4	L'intersectorialité	5 min
	Évaluation	5 min

PRÉSENTATION POWER POINT

Diapositive 2

Module 4



Intervenir selon une approche de réduction des méfaits

2

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 3

Objectif général

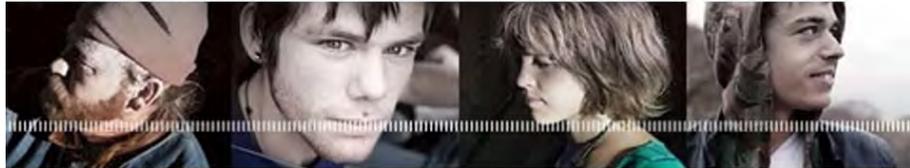
Actualiser ses compétences d'intervention selon l'approche de réduction des méfaits en intégrant les pratiques reconnues efficaces en prévention des ITSS auprès des personnes UDII.

3

Institut national
de santé publique
Québec

4.1 L'injection à risques réduits

Diapositive 4



4.1 L'injection à risques réduits

4

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 5



L'injection à risques réduits vidéo

5

Institut national
de santé publique
Québec

4.2 Intervenir : éléments de contenu

Diapositive 6



4.2 Intervenir : éléments de contenu

6

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 7

Objectifs de l'intervention

- Être en relation avec la personne UDII
- Évaluer l'état général de la personne UDII
- Informer et soutenir la personne UDII
- Faire la promotion de la santé et la prévention des maladies en particulier les ITSS
- Préparer la personne à la référence
- Distribuer le matériel pour l'injection et l'inhalation à risques réduits et en enseigner l'usage
- Aider la personne à cheminer et à augmenter son sentiment de compétence

7

Diapositive 8

Éléments influençant l'intervention

- D'ordre individuel
 - Votre formation académique, formation continue
 - Vos connaissances
 - Votre expérience de vie, votre personnalité, etc.
 - Les outils de travail personnels
 - L'ouverture à la différence
 - L'accueil souriant et chaleureux
 - Reconnaître les forces et capacités des personnes
 - Le respect et authenticité

8

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 9

Éléments influençant l'intervention

- D'ordre organisationnel et structurel
 - Les comités de soutien clinique
 - Les rencontres multidisciplinaires
 - Matériel d'information, d'enseignement et de communication
 - Les buts communs
 - La récurrence des budgets
 - La stabilité des ressources humaines
 - Initier la démarche avec les personnes, les partenaires, les organisations et faire des relances
 - Les différents avis d'Ordres professionnels

9

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 10

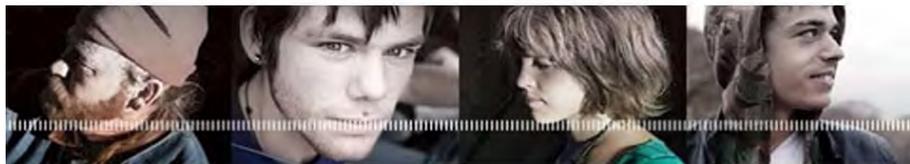
Quelques guides d'intervention existants

- FX – Guide pour l'intervenant (AITQ, 2001)
- Chacun son kit - Guide pour l'intervenant (MSSS, 2003)
- Guide pratique 1 - Les complications aiguës de la peau ... (Point de Repères, 2004)
- Guide pratique 2 - Les overdoses de cocaïnes ... (Point de Repères, 2005)
- Guide québécois de dépistage des ITSS (MSSS, 2006)
- Guide XXX (Stella, 2001)

10

4.3 Intervenir : exercices – mises en situation

Diapositive 11



4.3 Intervenir : exercices – mises en situation

11

Diapositive 12

Consignes

Chaque équipe travaille une mise en situation différente avec ses questions particulières. La tâche est d'élaborer la meilleure intervention possible pour réduire les méfaits en lien avec la situation et en collaboration, si possible, avec des partenaires. Les participants doivent intégrer les principes préventifs présentés lors des modules précédents. Garder donc à l'esprit :

- la nature et les risques des produits consommés
- l'usage inapproprié versus sécuritaire de substances
- la prévention des surdoses
- le dépistage des ITSS
- l'injection à risque réduit
- les valeurs et enjeux liés à la réduction des méfaits

12

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 13

Vignettes

1. Une jeune de 15 ans vient chercher des seringues pour la première fois dans votre organisme. Elle semble mal à l'aise. Elle parle peu et lorsque vous la questionnez, elle répond par des réponses très brèves. Que faites-vous?
2. Une personne arrive dans votre service, vous apprenez qu'elle va s'injecter pour la première fois. Vous ne savez pas dans quel contexte. Que faites-vous?
3. Une fille de 25 ans, enceinte de 5-6 mois, se présente en état d'ébriété. Elle veut des pipes à crack. Elle demande, en passant, les coordonnées de l'obstétricien du quartier. Quelles sont vos interventions?
4. Une fille vous raconte en riant qu'elle gagne plus d'argent avec ses clients depuis qu'elle est enceinte. Elle dit qu'ils sont plus nombreux à payer plus pour ne pas mettre le condom. Elle reste vague dans ses réponses concernant un éventuel suivi de grossesse. Quelles sont vos interventions ?
5. Un homme vient chercher des seringues et il est déjà bien intoxiqué : il est somnolent, discours décousu et il est désorienté dans le temps. Que faites-vous ? Est-ce que vous lui donnez le matériel demandé ? Pourquoi ?
6. Une personne vient chercher une boîte de 100 seringues et tout le matériel pour l'injection à risques réduits. Elle n'a pas de matériel usagé à rapporter. Que faites-vous ?

13

Institut national
de santé publique
Québec 

Diapositive 14

Vignettes

7. Une personne vient chercher du matériel d'injection : 6 seringues, 2 ampoules d'eau et trois stéricups. Quelles sont vos interventions ?
8. Une personne vient dans votre service et vous demande de l'aide pour identifier un comprimé qu'elle s'apprête à s'injecter. Quelle est votre intervention ?
9. Une femme vient chercher 5 seringues, tampons d'alcool, stéricups et ampoules d'eau. Vous lui demandez si elle est certaine que c'est suffisant. Elle vous dit qu'elle pense que oui mais que ce n'est pas grave : si elle manque de seringues, elle peut réutiliser ses propres seringues ou celles de son chum.
10. Un jeune homme vient chercher du matériel d'injection. Vous lui demandez s'il pense qu'il serait nécessaire qu'il se fasse dépister pour les ITSS et s'il croit qu'il a des pratiques à risques. Il répond que ce n'est pas nécessaire, étant donné que beaucoup de ses amis sont porteurs du VHC, qu'il soit positif ou négatif ne changerait rien.
11. Un jeune HARSAH, que vous connaissez, arrive dans votre service pour venir chercher un kit à crack. Vous vous informez de ce qu'il prévoit faire de sa soirée. Il vous dit, sourire en coin, qu'il s'en va raver et faire d'agréables rencontres. Que faites-vous ?

14

Diapositive 15

Sondage

- Mettre par écrit au moins un problème concret rencontré lors de l'application de mesures de réduction des méfaits dans votre contexte de travail.

15

4.4 L'intersectorialité

Diapositive 16



4.4 L'intersectorialité

16

Institut national
de santé publique
Québec

Diapositive 17

À suivre... Phase II

*Résolution de problèmes dans l'application
de l'approche de réduction des méfaits*

Objectif général

Développer des compétences liées à la mise en œuvre
de mesures de réduction des méfaits

- Être capable d'identifier et de surmonter les obstacles à l'application de ces mesures

17

Institut national
de santé publique
Québec

RÉFÉRENCES

- AITQ (2001) *FX Un magazine sur l'injection à risque réduit – Guide d'accompagnement*, Longueuil.
- BARTHOLOMEW, L. K., PARCEL, G. S., KOK, G., GOTTLIEB, N. H., & FERNANDEZ, M. E. (2011) *Planning health promotion programs: An intervention mapping approach* (3rd ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- CENTRE DOLLARD-CORMIER (2005) *La motivation, quelque chose qui se construit – Cahier de formation*, Montréal.
- EGAN, G. (2004) *Communication dans la relation d'aide*. Montréal: Groupe Beauchemin éditeur.
- GODIN, G. (2012) *Les comportements dans le domaine de la santé. Comprendre pour mieux intervenir*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- LE BOSSÉ, Y. (2004) De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment, *Presses de l'Université du Québec, Revue Nouvelles pratiques sociales*, 16 (2), 30-51.
- MILLER, W.R., ROLLNICK, S. (2006) *L'entretien motivationnel – Aider la personne à engager le changement*, Paris: Editions Interéditions-Dunod.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX, (2003) *Document d'accompagnement à l'utilisation du dépliant Chacun sont kit, une idée fixe sur l'injection de drogues à risques réduits*, Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (2006) *Guide québécois de dépistage des ITSS*, Québec.
- NINACS, W.A., (2008) *Empowerment et intervention. Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Collection Travail social, Québec: Presses de l'Université Laval.
- 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, S., PERREAULT, M., LÉVESQUE, P.-A., BILLETTE, I., VANASSE, V. (2005) *Représentations des actions intersectorielles dans la lutte contre le VIH/SIDA, Volet 1 : Les points de vue des acteurs-clés de divers secteurs du centre-ville de Montréal*, Rapport de recherche. Montréal.
- ROY, S., PERREAULT, M., THOMAS, G., LÉVESQUE, P.-A., BILLETTE, I., VANASSE, V. (2006) *Représentations des actions intersectorielles dans la lutte contre le VIH/SIDA, Volet 2 : Les points de vue des acteurs-clés de divers secteurs de Québec et Sherbrooke*, Québec.
- STELLA (2001) *Guide XXX, Manuel à l'intention des travailleuses du sexe*. Montréal.

BIBLIOGRAPHIE COMPLÉMENTAIRE

BELLOT, C., CHESNAY, C., RIVARD, J. RAFFESTIN, I. (2008) *Rapport final du projet Plaisirs*. Montréal.

DEGENHARDT, L., MATHERS, B., VICKERMAN, P., RHODES, T., LATKIN, C., HICKMAN, M. (2010) Prevention of HIV infection for people who inject drugs : why individual, structural, and combination approaches are needed. *The Lancet*, 376 (9737), 285-301.

ÉQUIPE DE RECHERCHE VERS LA RECONNAISSANCE DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE DES PES (2012) *Rendre visible l'invisible. Vers la reconnaissance de l'action communautaire des PES*. Rapport de recherche. Dans le cadre de la démarche d'évaluation à la mise en œuvre de la stratégie québécoise de lutte contre le VIH, le VHC et les ITS. Montréal.

RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH-SIDA (2005) *Rien à notre sujet sans nous. L'implication accrue des personnes qui utilisent des drogues illégales : un impératif sanitaire, éthique et des droits humains*. Montréal.

RIDDE, V., BAILLARGEON, J., OUELLET, P., ROY, S. (2003) L'évaluation participative de type empowerment : une stratégie pour le travail de rue. Editions de l'École de service sociale de l'Université Laval. *Revue Service Social*, 50, (1).

SIMARD, P., NOËL, L., BARON, M., CARON, J. (2004) La collaboration dans la pratique du travail de rue: l'expérience de Rouyn-Noranda. Presses de l'Université du Québec, *Revue Nouvelles pratiques sociales*, 16 (2), 142-159.