

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

RAPPORT

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 2008 À MARS 2010

AUTEURS

Lina Noël

Dominique Gagnon

Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Richard Cloutier

Service de lutte aux ITSS, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

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

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

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

DÉPÔT LÉGAL – 3^e TRIMESTRE 2011

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA

ISSN : 1921-9377 (PDF)

ISBN : 978-2-550-62572-8 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2011)

Introduction

Mis en place au Québec à la fin des années 1980, le réseau des centres d'accès au matériel d'injection stérile (CAMI) est un regroupement d'organismes communautaires spécialisés dans la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), particulièrement le VIH et les hépatites B et C, auprès des personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI) ou avec des clientèles et des vocations multiples, d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que de pharmacies. Les CAMI sont des lieux où les personnes UDI peuvent se rendre pour obtenir du matériel d'injection stérile¹, remettre des seringues usagées et obtenir des conseils de prévention ainsi que des services psychosociaux et de santé dans certains cas.

Afin de contribuer à la surveillance et à l'évaluation des activités entourant l'accès au matériel d'injection stérile, les différents CAMI sont invités à compiler des statistiques sur le matériel distribué aux personnes UDI et sur les services d'aide et de référence vers des services du réseau de la santé et des services sociaux. Au moyen d'indicateurs standardisés, l'ensemble de ces données permet de suivre l'évolution de la situation. Le présent rapport fournit un portrait des interventions réalisées au cours des 24 derniers mois, soit les deux périodes comprises entre avril 2008 et mars 2010. Il a été réalisé grâce à la collaboration de nombreux partenaires provenant des directions de santé publique et des CAMI du Québec (les rapports des années précédentes sont disponibles au www.msss.gouv.qc.ca/itss, section publications).

Les centres d'accès au matériel d'injection

Au cours de la période 2008-2009 la liste des CAMI a fait l'objet d'une transformation importante. Toutes les données sur la localisation des CAMI incluant les services offerts ont été intégrées dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS) (<http://www.rrw.rtss.qc.ca/repertoire/>) afin d'être disponibles pour tous les intervenants en santé et services sociaux. Depuis 2009, les responsables régionaux des programmes de prévention des ITSS auprès de personnes UDI dans les directions de santé publique y assurent la saisie des données dans chacune de leur région. Ces informations sont mises à jour régulièrement, assurant ainsi une plus grande précision sur les centres où il est possible de se procurer du matériel d'injection stérile. Ce répertoire est utile aux infirmières d'Info-santé et à plusieurs autres intervenants.

Dorénavant, le nombre de CAMI retenu pour les statistiques sur les services relatifs au programme de prévention des ITSS auprès des personnes UDI au Québec provient du RRSS. Les données sont extraites en utilisant les mots clés suivants : CAMI, seringues vente UDI, seringues gratuites UDI et seringues souillées/récupération.

En 2009, la banque était en pleine transformation et aucune donnée n'a été extraite. Les données pour 2010 ont été extraites le 22 novembre 2010. À cette date, le Québec disposait de 1 356 lieux où les personnes UDI pouvaient se rendre pour obtenir des seringues (figure 1). Parmi les CAMI du réseau de la santé et des services sociaux on compte 254 points de services en CLSC.

¹ Le matériel d'injection stérile mis à la disposition des personnes UDI comprend des seringues stériles, des contenants de chauffage/dissolution avec filtres (*Stéricup*), des ampoules d'eau et des tampons.

1996-2010

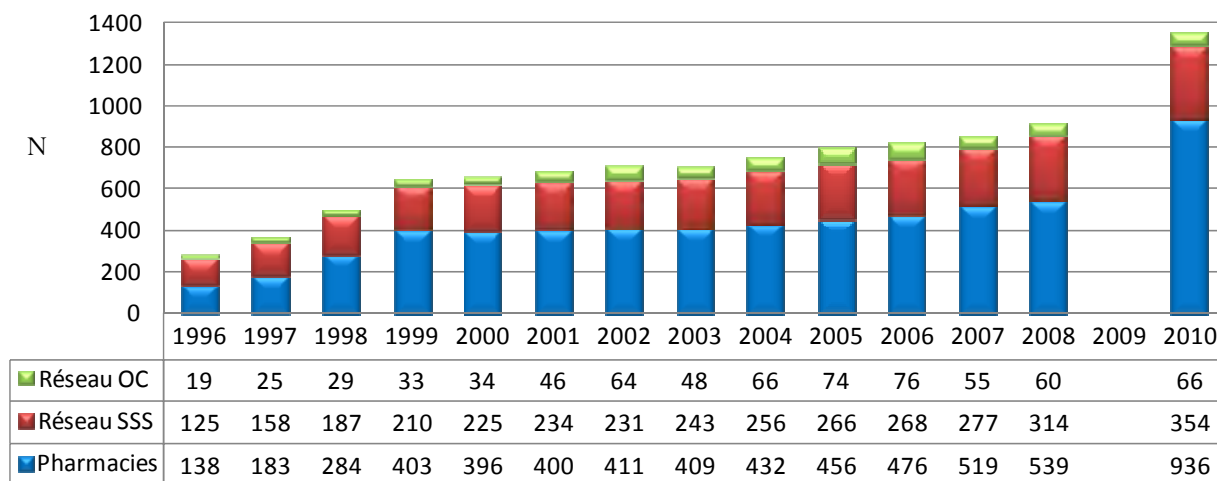


Figure 1 Nombre de centres d'accès au matériel d'injection selon les catégories réseau des organismes communautaires (Réseau OC), réseau des établissements de santé et de services sociaux (Réseau SSS) et pharmacies selon l'année

Source des données : <http://www.rrw.rtss.qc.ca/repertoire/> 22 novembre 2010.

Entre 2008 et 2010, le nombre de pharmacies participant au programme d'accès au matériel d'injection s'est accru de 42 %. Deux facteurs peuvent avoir contribué à cette augmentation soit la mise à jour de toutes les ressources dans le RRSS et l'implantation du Système intégré de récupération des seringues et des aiguilles usagées (SIRSAU)² qui aurait eu un effet sur le nombre de pharmacies qui offrent l'accès à du matériel d'injection aux personnes UDI. Rappelons que les pharmacies offrent le matériel sous forme de trousse, ce qui simplifie la distribution. Comme les pharmaciens distribuent aussi les contenants de récupération ils sont donc bien placés pour offrir le matériel stérile et des conseils de prévention.

L'accès au matériel d'injection

Dans le but de prévenir la transmission des ITSS, le Programme national de santé publique (MSSS, 2008) recommande la distribution de trois types de matériel soit des seringues, des ampoules d'eau stérile et des contenants de chauffage et de dilution (*Stéricups*)³. Pour la période allant du 1^{er} avril 2008 au 31 mars 2009, ce sont **1 631 322 seringues, 904 989 ampoules d'eau et 562 036 Stéricups**⁴ distribués qui ont fait l'objet d'une compilation statistique pour l'ensemble de la province. Comparativement à la période précédente (Noël et collab. 2009), 2008-2009 est caractérisée par une augmentation de la quantité de matériel d'injection distribuée pour les trois types de matériel soit 7 % pour les seringues, 20 % pour les ampoules d'eau et 39 % pour les *Stéricups*.

³ Les personnes UDI peuvent se procurer le matériel d'injection stérile gratuitement ou à peu de frais.

⁴ Il convient de noter qu'entre 20 % et 30 % des données sur le matériel distribué ne sont pas comptabilisées dans les statistiques nationales. C'est souvent le cas pour la distribution de trousse par les pharmaciens (4 seringues, 4 ampoules d'eau et 4 *Stéricups*). De plus, en 2009-2010, les données de la région de la Montérégie ne sont pas disponibles.

² <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/seringues.php>.

Toutefois, en 2009-2010, la quantité de matériel distribué a diminué de 15 % pour les seringues (1 415 031), de 12 % pour les ampoules d'eau (792 878) et de 10 % pour les *Stéricups* (507 702). Cette diminution s'observe autant dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux que dans les organismes communautaires (tableau 1).

Tableau 1 Statistiques sur le matériel d'injection distribué dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et les organismes communautaires (OC), avril 2008 à mars 2010

Matériel	2008-2009		2009-2010	
	RSSS	OC	RSSS	OC
<i>Seringues</i>	258 046	1 373 276	200 991	1 214 040
<i>Ampoules d'eau</i>	186 462	718 527	145 347	647 531
<i>Stéricups</i>	146 560	415 476	115 400	392 302

Les baisses observées entre 2008-2009 et 2009-2010 dans le réseau de la santé et des services sociaux sont de 28 % pour les seringues, de 20 % pour les ampoules d'eau et de 27 % pour les *Stéricups*. Dans l'ensemble des organismes communautaires, la baisse est de 13 % pour les seringues, 11 % pour les ampoules d'eau et de 6 % pour les *Stéricups*.

La distribution du matériel par les organismes communautaires

Le matériel d'injection est principalement distribué aux personnes UDI via les **organismes communautaires**. Les organismes communautaires impliqués dans l'accès au matériel d'injection aux personnes UDI sont classés suivant deux catégories, soit les centres spécialisés de prévention (CSP) des ITSS auprès des personnes UDI ou les organismes communautaires à clientèle et à vocations multiples (OCCVM). Les services offerts par les organismes communautaires peuvent être dispensés

dans un site fixe ou dans les milieux de vie. Dans cette dernière catégorie sont inclus le travail de proximité, le travail de rue, le travail de milieu et la mise à disposition du matériel par le biais d'une unité mobile. Par contre, les données provenant des unités mobiles sont aussi présentées séparément afin de tenir compte de ce moyen spécifique.

Les seringues distribuées par les organismes communautaires en 2008-2009 (1 373 276) et en 2009-2010 (1 214 040) (tableau 1) représentent respectivement 84 % et 86 % de l'ensemble des seringues distribuées et compilées dans la banque de données nationales. La plus grande quantité de ces seringues, ampoules d'eau et *Stéricups* est mise à la disposition des personnes UDI par l'entremise des sites fixes des organismes communautaires (figure 2).

Pour la période 2009-2010, près de 70 % de la distribution du matériel d'injection dans les organismes communautaires s'est fait dans les sites fixes de ces organismes. En 2008-2009, 1 226 006 seringues avaient été distribuées dans les sites fixes comparativement à 957 288 seringues en 2009-2010 (figure 2). Les baisses observées pour les quantités de seringues, d'ampoules d'eau et de *Stéricups* sont de l'ordre de 20 %.

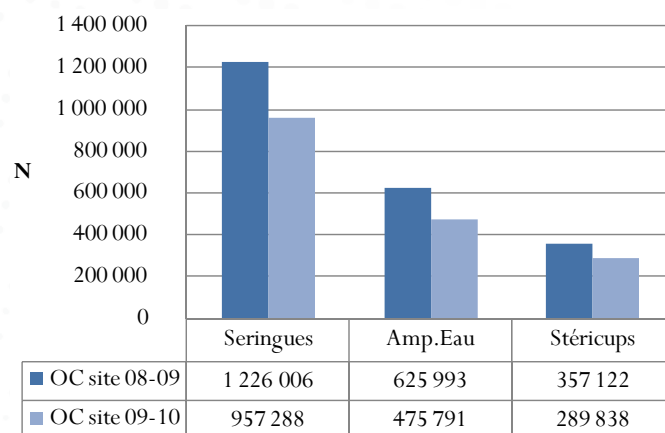


Figure 2 Statistiques sur le matériel d'injection distribué dans les sites fixes des organismes communautaires (OC fixe), avril 2008 à mars 2010

Le matériel distribué par le biais des interventions de milieu des organismes communautaires représente 10 % de la distribution de seringues en 2008-2009 et 18 % en 2009-2010. Entre 2008-2009 et 2009-2010, la distribution du matériel d'injection par le biais du travail de milieu a augmenté de manière importante (figure 3). Ces données incluent le matériel distribué dans les unités mobiles.

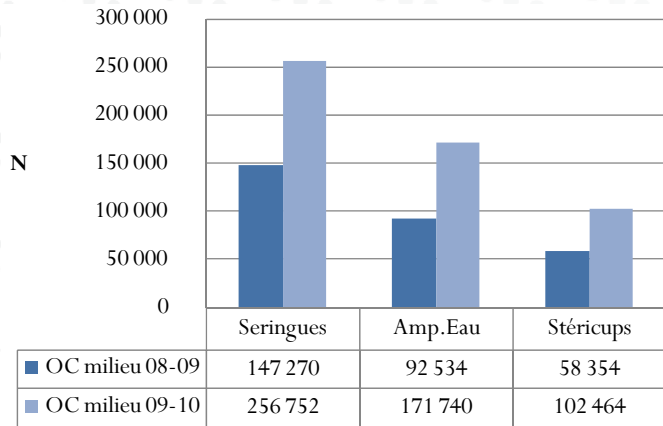


Figure 3 Statistiques sur le matériel d'injection distribué par le biais du travail de milieu des organismes communautaires (OC milieu), avril 2008 à mars 2010

Les quantités de seringues, d'ampoules d'eau et de *Stéricups* distribuées par le biais de l'intervention de milieu ont augmenté respectivement de 74 %, 86 % et 76 %. Notons par ailleurs, que la distribution du matériel par le travail de milieu représente environ 20 % de la distribution totale.

Une analyse selon trois types d'organismes communautaires (CSP, OCCVM et unité mobile) fournit un aperçu de la situation dans ces différentes organisations. Les CSP distribuent près de 60 % de toutes les seringues mises à la disposition des personnes UDI au Québec. Entre 2007-2008 (Noël et collab. 2009) et 2008-2009, les CSP avaient connu une augmentation de 12 % du nombre de seringues distribuées. Pour la période 2009-2010, le matériel distribué a diminué de 14 % pour les seringues, de 12 % pour les ampoules d'eau et de 9 % pour les *Stéricups* (figure 4).

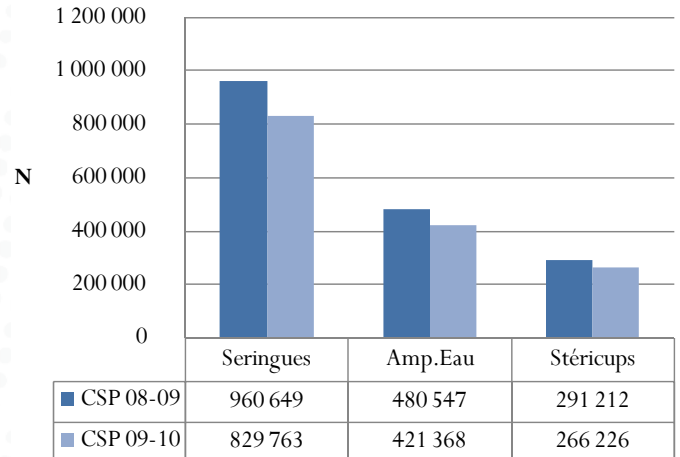


Figure 4 Statistiques sur le matériel d'injection distribué dans les centres spécialisés de prévention (CSP) des ITSS auprès des personnes UDI, avril 2008 à mars 2010

La situation des OCCVM est similaire à celle des CSP avec une augmentation de la distribution du matériel en 2008-2009 comparativement à 2007-2008 (Noël et collab. 2009) puis une diminution de 18 % des seringues distribuées en 2009-2010. Mentionnons que le nombre de *Stéricups* distribués n'a baissé que de 7 % (figure 5). Les OCCVM ont distribué 22 % et 21 % de l'ensemble des seringues en 2008-2009 et en 2009-2010 respectivement.

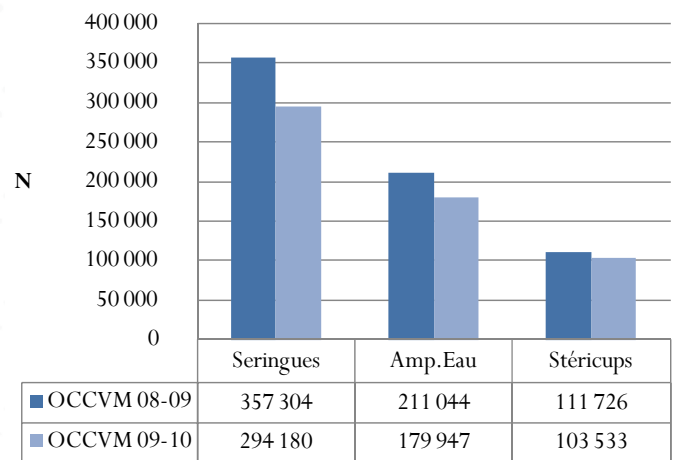


Figure 5 Statistiques sur le matériel d'injection distribué dans les organismes communautaires à clientèle et vocation multiple (OCCVM), avril 2008 à mars 2010

Les unités mobiles, qui distribuent moins de 10 % de tout le matériel d'injection, ont enregistré une hausse des quantités de matériel distribué en 2009-2010 comparativement à la période précédente (figure 6).

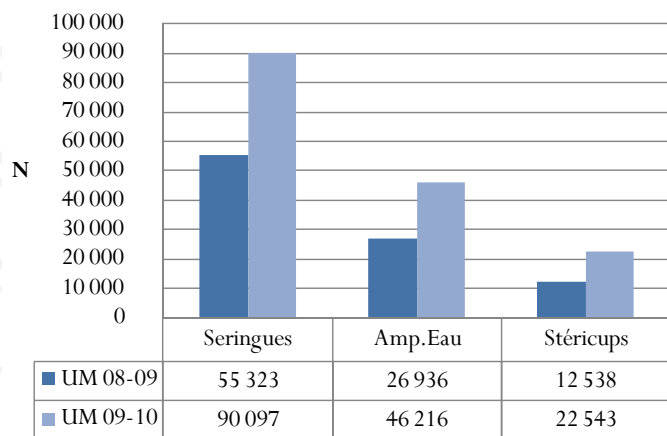


Figure 6 Statistiques sur le matériel d'injection distribué dans les unités mobiles (UM), avril 2008 à mars 2010

Le nombre de seringues (augmentation de 63 %), d'ampoules d'eau (augmentation de 72 %) et de *Stéricups* (augmentation de 80 %) a plus que doublé au cours de la période. Notons qu'au cours de la dernière période, des unités mobiles de la région de Montréal ont fourni des données provenant du travail de milieu en plus des interventions faites au sein de l'unité mobile. Le travail de milieu semble de plus en plus privilégié pour rejoindre les personnes UDI.

La distribution de matériel par les établissements du réseau de la santé

En ce qui a trait aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux, (incluant les pharmacies), ils ont distribué **258 046** seringues, **186 642** ampoules d'eau et **146 560** *Stéricups* en 2008-2009, soit 16 % de l'ensemble des seringues mis à la disposition des personnes UDI dans l'ensemble des CAMI du Québec. La quantité de seringues distribuées dans les établissements du réseau de la santé avait légèrement augmenté par rapport à l'année précédente (hausse de 5 %). Cette augmentation était plus marquée pour les quantités d'ampoules d'eau (hausse de 17 %) et de *Stéricups* (hausse de 28 %).

En 2009-2010, le nombre de seringues (**200 991**), d'ampoules d'eau (**145 347**) et de *Stéricups* (**115 400**) représentait entre 14 % et 23 % du matériel distribué, mais les quantités distribuées ont diminué de plus de 22 % pour les trois types de matériel. C'est près de 60 000 seringues en moins qui ont été mises à la disposition des personnes UDI dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux en 2009-2010.

Parmi les établissements de la santé et des services sociaux, les CLSC sont les CAMI qui distribuent les plus grandes quantités de matériel. En 2008-2009 et 2009-2010, les CLSC comptent respectivement pour 12 % et 14 % de la distribution du matériel. Pour la période de 2007-2008 à 2008-2009, les CLSC avaient enregistré une augmentation de 11 % du nombre de seringues, 15 % d'ampoules d'eau et de 35 % des *Stéricups*. La baisse en 2009-2010 est respectivement de l'ordre de 18 %, 19 % et 14 % pour les trois types de matériel (figure 7).

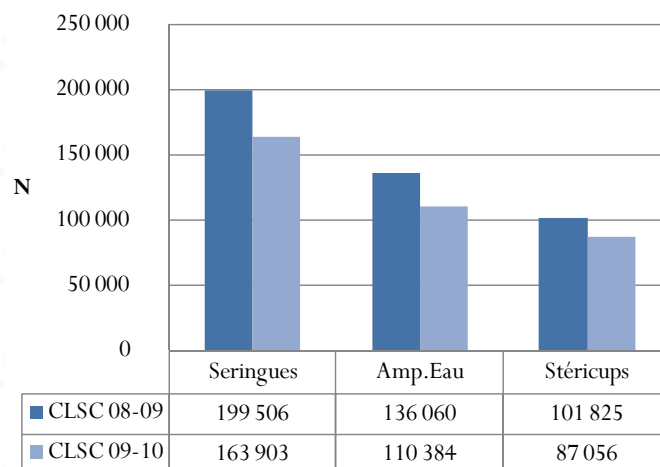


Figure 7 Statistiques sur le matériel d'injection distribué dans les CLSC, avril 2008 à mars 2010

Les urgences d'hôpitaux sont surtout fréquentées en région semi-urbaine et la distribution via ces établissements représente moins de 2 % du matériel distribué dans l'ensemble des CAMI, et ce, pour les deux périodes comprises entre 2008 et 2010. On note une variation de quelques centaines de seringues distribuées entre 2008-2009 et 2009-2010 (figure 8).

Entre 2007-2008 et 2008-2009, les hôpitaux avaient enregistré une diminution de la quantité de matériel d'injection distribué (baisse de 56 % dans le cas des seringues distribuées, de 47 % pour les ampoules d'eau et de 41 % pour les *Stéricups*). Aussi, pour la période 2009-2010 la baisse observée est inférieure à 5 % pour les seringues et on note une légère augmentation (6 %) pour les ampoules d'eau distribuées (figure 8).

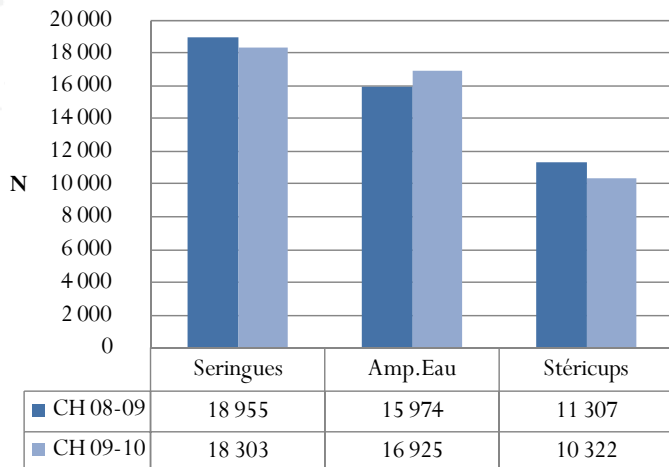


Figure 8 Statistiques sur le matériel d'injection distribué dans les centres hospitaliers (CH), avril 2008 à mars 2010

La situation des pharmacies est particulière puisqu'elles offrent principalement des trousse⁵ et que moins de 10 % des pharmacies impliquées dans la distribution compilent des statistiques sur le matériel distribué. Ainsi, la majeure partie du matériel distribué dans ces CAMI n'entre pas dans les statistiques nationales sur les services aux usagers des programmes d'échange de seringues. En 2009-2010, le matériel distribué par les pharmaciens représentait moins de 2 % du matériel mis à disposition des usagers dans les CAMI. Les pharmacies ont aussi enregistré une baisse de moitié dans les quantités de

⁵ Les trousse contiennent 4 seringues, 4 ampoules d'eau, 4 *Stéricups*, des tampons d'alcool, des condoms ainsi qu'un dépliant d'information. Ce matériel est disponible dans un petit sac de plastique opaque qui est distribué gratuitement ou vendu à bas coût.

matériel mis à la disposition des personnes UDI pour cette même période (figure 9).

Par ailleurs, les données fournies par les pharmaciens sont très précieuses pour observer la situation surtout dans les périodes de variation comme c'est le cas pour 2009-2010.

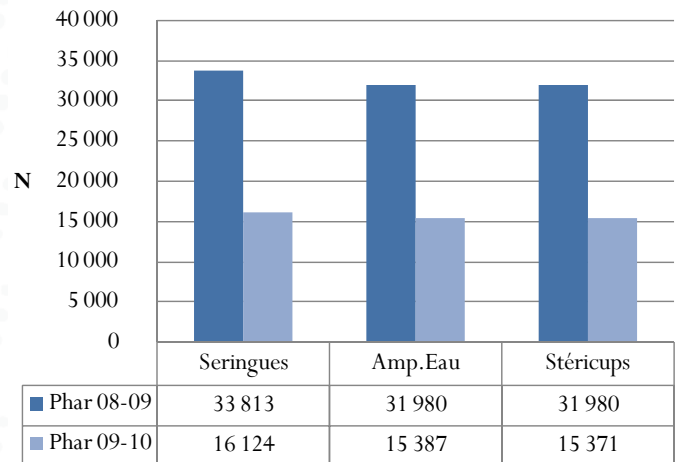


Figure 9 Statistiques sur le matériel d'injection distribué dans les pharmacies (Phar), avril 2008 à mars 2010

Les régions et la distribution de matériel d'injection

Dans les régions où le matériel d'injection est distribué principalement par des organismes communautaires, il est généralement plus facile de compiler les statistiques sur le matériel distribué et les services utilisés par les participants au programme. Dans ces CAMI, les participants complètent une fiche de visite à toutes les fois qu'ils se présentent. Cette pratique permet de recueillir des données sur toutes les visites d'usagers dans les sites fixes et elle s'étend souvent au travail de milieu, augmentant ainsi la fiabilité des statistiques. Dans les régions du Québec où les CAMI sont dispersés au travers d'un réseau de pharmacies et d'établissement de santé et services sociaux, le recueil des statistiques n'est pas toujours aussi facile à réaliser puisque tout se fait manuellement. Comme ces sites n'ont pas nécessairement une grande affluence de personnes UDI et qu'il n'y a pas un seul intervenant qui répond à la demande, il arrive que la collecte des données soit plus difficile à réaliser. Cette limite doit être prise en compte dans l'interprétation des données fournies aux tableaux 2, 3 et 4. Ces statistiques peuvent être inférieures à la réalité dans certaines régions où la distribution se fait uniquement dans les pharmacies et les

établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Entre 2007-2008 et 2008-2009, la majorité des régions du Québec ont connu une augmentation des quantités de matériel distribué. Par contre, la période 2009-2010 se caractérise par une diminution des quantités de matériel distribué dans près de la moitié des régions du Québec. Celles qui ne connaissent pas de baisse sont celles du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay–Lac-Saint-Jean, de la Capitale-Nationale, de la Côte-Nord, du Nord-du-Québec, de Laval et des Laurentides. Il faut cependant tenir compte de la plus grande difficulté à colliger les statistiques dans les régions semi-urbaines comparativement aux grands centres urbains avant de conclure à une baisse réelle.

L'un des indicateurs utilisés dans l'observation des conditions de mise à disposition du matériel d'injection consiste en la moyenne de seringues distribuées par visite d'utilisateur. Entre 2007-2008 et 2009-2010, la moyenne nationale est respectivement de 14,5, 14,9 et 12,6 seringues par visite d'utilisateur (tableau 2). Dans les régions où la moyenne dépasse 30 seringues par visite d'utilisateur, ce phénomène est souvent associé au travail de milieu qui permet de redistribuer à partir d'un point d'approvisionnement à des personnes qui ne viennent pas dans les CAMI.

Au cours des deux périodes précédant 2009-2010, la distribution de seringues a connu un taux d'augmentation de 4,9 % et de 6,9 % pour ensuite décroître de manière importante en 2009-2010 (tableau 4)⁶. Neuf des 14 régions pour lesquelles les données sont disponibles ont enregistré une baisse de la distribution des seringues et du matériel d'injection en général.

Tableau 2 Statistiques sur le nombre de visites d'utilisateurs et de seringues distribuées dans les régions du Québec, avril 2007 à mars 2010

<i>Région</i>	<i>Nombre de visites d'utilisateurs</i>			<i>Nombre de seringues distribuées</i>			
	<i>Période</i>	<i>2007-2008</i>	<i>2008-2009</i>	<i>2009-2010</i>	<i>2007-2008</i>	<i>2008-2009</i>	<i>2009-2010</i>
Bas-Saint-Laurent		176	253	301	920	1 738	2 079
Saguenay–Lac-Saint-Jean		1 337	3 280	3 034	11 732	27 073	28 129
Québec		26 819	28 746	28 166	343 451	432 020	345 326
Mauricie et Centre-du-Québec		2 939	1 725	1 641	79 753	72 939	50 254
Estrie		1 052	1 761	1 911	23 892	31 095	21 911
Montréal		64 072	64 626	70 041	872 567	824 472	769 613
Outaouais		994	1 009	1 168	21 698	22 870	21 757
Abitibi-Témiscamingue		839	2 678	1 176	8 996	60 868	26 212
Côte-Nord		137	67	227	6 666	565	1 352
Nord-du-Québec		36		47	252		292
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine		38	63	57	451	650	448
Chaudière-Appalaches		559	781	767	4 129	12 109	10 084
Laval		294	187	176	5 684	9 273	10 646
Lanaudière		982	997	1 095	53 516	59 248	51 224
Laurentides		2 936	1 887	2 302	70 165	61 547	75 704
Montérégie		1 876	1 599	----	21 539	14 855	----
TOTAL		105 086	109 659	112 109	1 525 411	1 631 322	1 415 031

⁶ Les données régionales sont mises à jour en continu dans chacune des régions du Québec. Aussi, les données nationales peuvent varier légèrement par rapport aux données actualisées des régions puisque les données de la banque nationale ne sont pas mises à jour en continu.

Tableau 3 Statistiques sur le nombre d'ampoules d'eau et de *Stéricups* distribué dans les régions du Québec, avril 2007 à mars 2010

<i>Région</i>	<i>Période</i>	<i>Nombre de Stéricups distribués</i>			<i>Nombre d'ampoules d'eau distribuées</i>		
		<i>2007-2008</i>	<i>2008-2009</i>	<i>2009-2010</i>	<i>2007-2008</i>	<i>2008-2009</i>	<i>2009-2010</i>
Bas-Saint-Laurent		912	1 738	2 076	912	1 738	2 076
Saguenay–Lac-Saint-Jean		11 412	26 410	25 989	11 412	26 365	26 510
Québec		113 262	147 508	112 698	165 141	219 078	155 742
Mauricie et Centre-du-Québec		47 820	38 404	17 212	54 416	49 049	29 055
Estrie		7 025	18 246	14 558	9 982	22 180	16 988
Montréal		162 382	210 930	237 745	380 200	391 332	398 178
Outaouais		7 327	9 469	11 743	10 913	14 838	18 563
Abitibi-Témiscamingue		8 996	60 868	26 212	8 996	60 868	26 212
Côte-Nord		6 256	552	1 350	6 256	552	1 350
Nord-du-Québec		252	---	292	252	---	292
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine		128	114	324	128	114	324
Chaudière-Appalaches		3 243	8 801	7 431	3 272	8 963	8 162
Laval		1 747	3 091	3 309	3 604	5 596	7 393
Lanaudière		50 252	59 248	51 092	51 524	59 248	50 960
Laurentides		4 735	4 893	12 883	27 582	33 900	51 073
Montérégie		21 539	10 168	---	21 539	11 168	---
TOTAL		447 288	600 440	524 914	756 129	904 989	792 878

Tableau 4 Statistiques sur la distribution des seringues dans les régions du Québec, avril 2007 à mars 2010

<i>Région</i>	<i>Période</i>	<i>Nombre moyen de seringues distribuées par visite d'utilisateur</i>			<i>Variation de la distribution de seringues par rapport à la période précédente (%)</i>		
		<i>2007-2008</i>	<i>2008-2009</i>	<i>2009-2010</i>	<i>2007-2008</i>	<i>2008-2009</i>	<i>2009-2010</i>
Bas-Saint-Laurent		5,2	6,9	6,9	-1103,3	47,1	16,4
Saguenay–Lac-Saint-Jean		8,8	8,3	9,3	-29,8	56,7	3,8
Québec		12,8	15,0	12,6	3,3	20,5	-25,1
Mauricie et Centre-du-Québec		27,1	42,3	30,6	21,1	-9,3	-45,1
Estrie		22,7	17,7	11,5	-142,6	23,2	-4,9
Montréal		13,6	12,8	11,0	8,1	-5,8	-7,1
Outaouais		21,8	22,7	18,6	59,7	5,1	-5,1
Abitibi-Témiscamingue		10,7	22,7	22,3	-16,5	85,2	-132,2
Côte-Nord		48,7	8,4	6,0	---	-1079,8	58,2
Nord-du-Québec		7,0	---	6,2	28,6	---	---
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine		11,9	10,3	7,9	59,0	30,6	-45,1
Chaudière-Appalaches		7,4	15,5	13,1	7,0	65,9	-20,1
Laval		19,3	49,6	60,5	26,0	38,7	12,9
Lanaudière		54,5	59,4	46,8	-7,7	9,7	-15,7
Laurentides		23,9	32,6	32,9	21,3	-14,0	18,7
Montérégie		11,5	9,3	---	-53,7	-45,0	---
Moyenne		14,5	14,9	12,6	4,9	6,9	-13,3

Au cours de la période 2008-2009, l'ensemble des régions ont connu une augmentation du nombre de visites d'usagers par rapport à la période précédente et ce, à l'exception de la région de la Mauricie et Centre-du-Québec, de la Côte-Nord, de Laval, des Laurentides et de la Montérégie qui ont reçu moins de visites d'usagers en 2008-2009 comparativement à 2007-2008. Par ailleurs, si globalement les CAMI ont distribué de moins grandes quantités de matériel en 2009-2010, ils ne reçoivent pas moins de participants dans leurs sites. Le nombre de visites d'usagers est passé de 105 086 en 2007-2008 à 112 109 en 2009-2010 (tableau 2).

En 2008-2009, la proportion seringues/ampoules d'eau/*Stéricups* distribuées est demeurée la même que celle enregistrée lors de la période précédente, soit cinq seringues pour trois ampoules d'eau et deux *Stéricups*. La situation est toujours la même en 2009-2010 avec des variantes entre les CAMI dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et ceux des organismes communautaires.

Dans le réseau de la santé et des services sociaux, la proportion seringues/ampoules d'eau/*Stéricups* distribuées est de quatre/trois/trois en 2009-2010 (figure 10). Dans les CLSC, il se distribue de plus grandes quantités de seringues que tout autre matériel. Il est à propos de souligner que dans les pharmacies, les trousse contiennent 4 seringues, 4 ampoules d'eau et 4 *Stéricups* ce qui uniformise la distribution du matériel.

En 2009-2010, la proportion seringues/ampoules d'eau/*Stéricups* distribuées dans les **organismes communautaires**, est de 5/3/2 pour les CSP et les OCCVM alors qu'elle est de 6/3/1 pour les unités mobiles (figure 11). Entre 2008-2009 et 2009-2010, cette situation est demeurée inchangée.

En moyenne, un seul *Stéricup* est utilisé par les UDI pour 6 nouvelle seringues, alors que l'on compte une ampoule d'eau pour deux seringues. Cette pratique est comparable à celle notée pour les périodes précédentes. Les efforts de sensibilisation pour une plus grande utilisation des *Stéricups* et des ampoules d'eau doivent être maintenus.

2009-2010

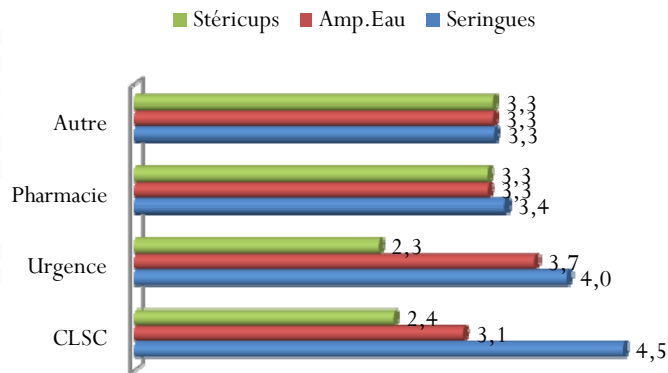


Figure 10 Ventilation par catégorie de matériel d'injection distribué dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, avril 2009 à mars 2010

2009-2010

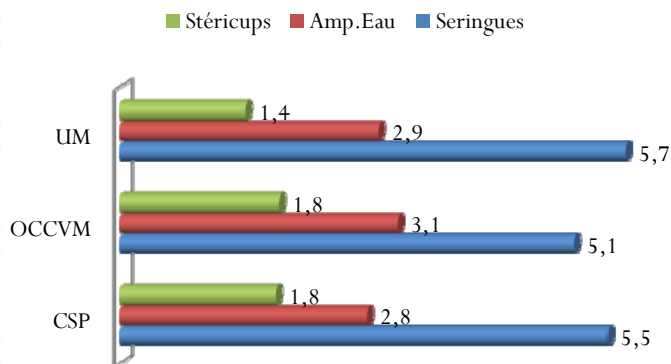


Figure 11 Ventilation par catégorie de matériel d'injection distribué dans les organismes communautaires, avril 2009 à mars 2010

Au cours des dernières années, les centres d'accès au matériel d'injection de la région de Montréal ont mis du matériel pour fumer du crack à la disposition de leurs usagers. Cette mesure vise à diminuer les risques de transmission du VHC par l'utilisation de matériel à crack déjà utilisé par d'autres personnes. Le matériel à crack a été distribué principalement dans les CSP, mais aussi dans les OCCVM et les unités mobiles (figure 12).

En 2009-2010, **28 466** tubes de verre, **32 223** tiges de bois, **34 212** embouts de plastique et **179 276** filtres en acier inoxydable ont été distribués par les organismes communautaires de la région de Montréal. De manière générale, pour chaque tube en verre, les usagers utilisent 1,1 tige de bois, 1,2 embout et 6,3 filtres en acier inoxydable. Dans les OCCVM et les unités mobiles, il se distribue respectivement 13,6 filtres et 3,0 filtres par tube de verre (figure 12).

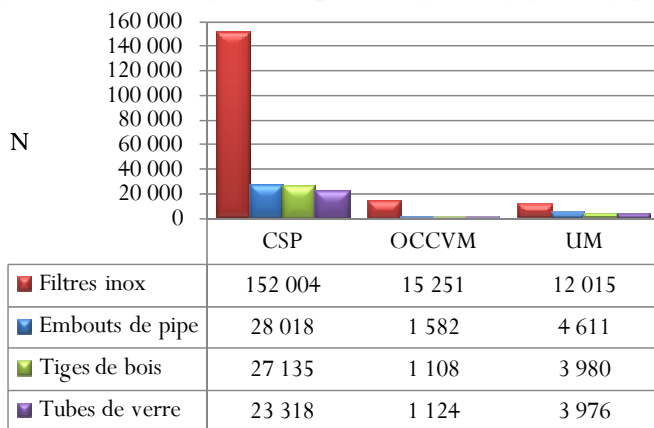


Figure 12 Statistiques sur le matériel pour fumer du crack distribué dans les organismes communautaires de la région de Montréal, avril 2009 à mars 2010

Services sociaux et de santé offerts dans les CAMI

En termes de services autres que celui lié à l'accès au matériel d'injection, les CAMI ont offert en 2008-2009, des services d'information-éducation (52 %), d'écoute et de soutien psychosocial (43 %), de référence vers d'autres services (4 %), ainsi que des services cliniques ou autres sur place (1 %). Comparativement à l'année 2007-2008, les services d'information-éducation ont connu une baisse de 10 %, alors que l'offre d'écoute et de soutien psychosocial a enregistré une hausse de 9 %. Il convient de noter que ces services peuvent être sous-déclarés.

En 2009-2010, les proportions sont similaires, soit information-éducation (67 %), écoute et de soutien psychosocial (30 %), référence (2 %) et services sur place (1 %). En moyenne, dans les OC, un service autre que l'accès au matériel d'injection est dispensé pour 75 % des visites d'usagers, ce qui est inférieur à ce qui avait été enregistré pour les deux périodes précédentes (79 % en 2008-2009 et 93 % en 2007-2008). Dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, c'est en moyenne 25 % des visites d'usagers qui ont reçu au moins un autre service au cours de l'année 2009-2010. Cette moyenne est comparable à celle des deux périodes précédentes.

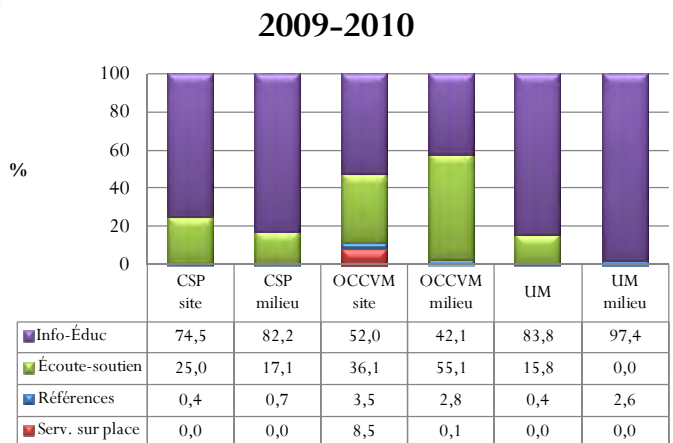


Figure 13 Statistiques sur les services sociaux et de santé offerts dans les organismes communautaires, avril 2009 à mars 2010

Dans les **organismes communautaires**, les services d'information-éducation et d'écoute et de soutien psychosocial occupent plus de 98 % des consultations (figure 13) alors que les services de référence et les services dispensés sur place sont rarement rapportés. Ces données ont peu varié au cours des dernières périodes et 2009-2010 sert de référence pour l'analyse selon les types de sites.

Il semble que les sites fixes des OCCVM soient les seuls lieux où les services dispensés sur place sont notés dans les statistiques sur les CAMI. Même s'il n'y a pas de service noté, cela n'indique pas nécessairement que ces services ne sont pas dispensés. Les OCCVM sont ceux qui notent davantage des services d'écoute et de soutien psychosocial et plus particulièrement par le biais du travail de milieu.

Les **établissements du réseau de la santé et des services sociaux** offrent principalement des services d'information-éducation et d'écoute et de soutien psychosocial. Notons que les pharmacies et les hôpitaux qui participent à la collecte de données rapportent des services offerts sur place dans une proportion plus élevée qu'en CLSC (figure 14). Il est possible qu'en CLSC, la déclaration de l'utilisation de ces services se fasse dans un répertoire différent. En 2009-2010, la catégorie « autre » est un centre de santé qui a enregistré principalement des services de santé sur place.

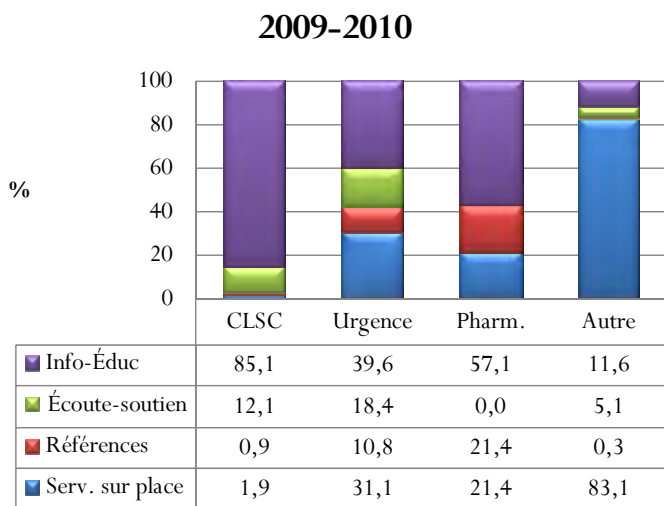


Figure 14 Statistiques sur les services sociaux et de santé offerts dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, avril 2009 à mars 2010

Caractéristiques des usagers des CAMI

Pour les deux dernières périodes 2008-2009 et 2009-2010, la proportion globale de femmes est de 30 % tandis que celle des hommes est de 70 %. Ces proportions varient selon les types de CAMI. Par exemple, dans le réseau de la santé et des services sociaux on compte 23 % de femmes et 77 % d'hommes.

Pour les **organismes communautaires**, entre 27 % et 56 % des usagers sont des femmes avec des proportions supérieures enregistrées pour les activités de milieu des CSP (45 %) et des unités mobiles (56 %) (figure 15).

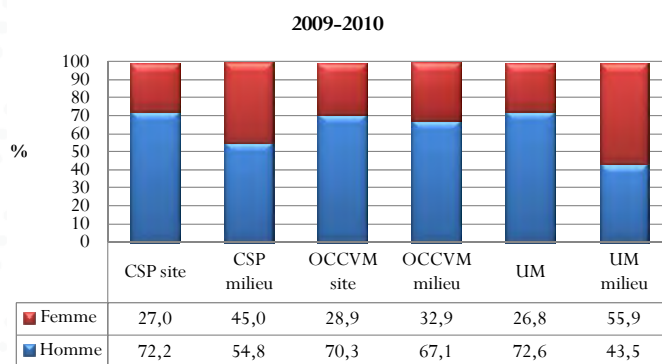


Figure 15 Statistiques sur le sexe des usagers selon le type d'organisme communautaire, avril 2009 à mars 2010

Dans les **établissements du réseau de la santé et des services sociaux**, les pharmacies ont reçu principalement la visite d'hommes (82 %) (figure 16). Cette proportion est supérieure à celle de la période 2008-2009 (72 %).

Dans les **organismes communautaires**, les personnes de 40 ans et plus représentent globalement 37 % des usagers, les 30 à 39 ans 30 % et les 20 à 29 ans 29 %. Les OCCVM rejoignent plus de personnes de 40 ans et plus que les CSP et les unités mobiles (figure 17). Pour la période à l'étude, on note très peu d'usagers de moins de 19 ans, soit moins de 0,2 % pour la majorité des OC. Les usagers de moins de 19 ans sont davantage rejoints par les unités mobiles (25 %). De ceux-ci, moins de 2 % sont âgés de moins de 15 ans, un taux comparable à celui pour la période 2007-2008.

Dans les **établissements du réseau de la santé et des services sociaux**, la proportion des usagers de 40 ans et plus est plus importante dans les CLSC (39 %) et les hôpitaux (41 %) que dans les pharmacies (29 %) (figure 18). Quant à la proportion des 20 à 29 ans, elle est supérieure dans les pharmacies comparée à celle des autres établissements du réseau de la santé et de services sociaux. La variabilité du profil des usagers dans les différents sites réitère l'importance de ces portes d'entrée à l'accès au matériel d'injection.

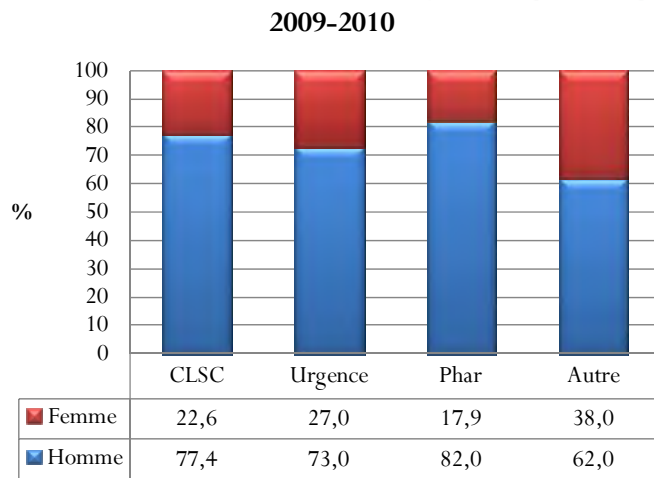


Figure 16 Statistiques sur le sexe des usagers selon le type d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux, avril 2009 à mars 2010

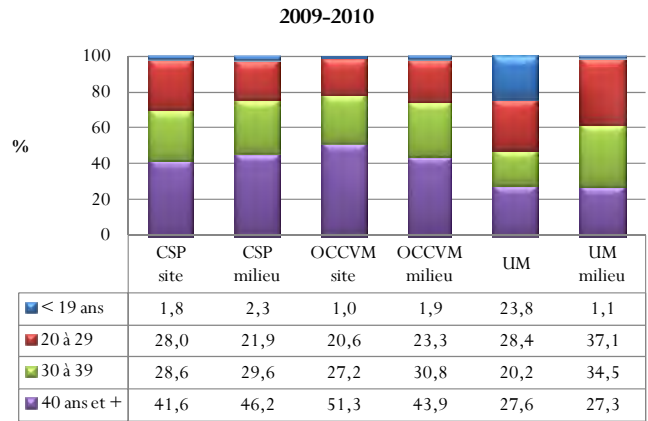


Figure 17 Statistiques sur les groupes d'âge des usagers selon le type d'organisme communautaire, avril 2009 à mars 2010

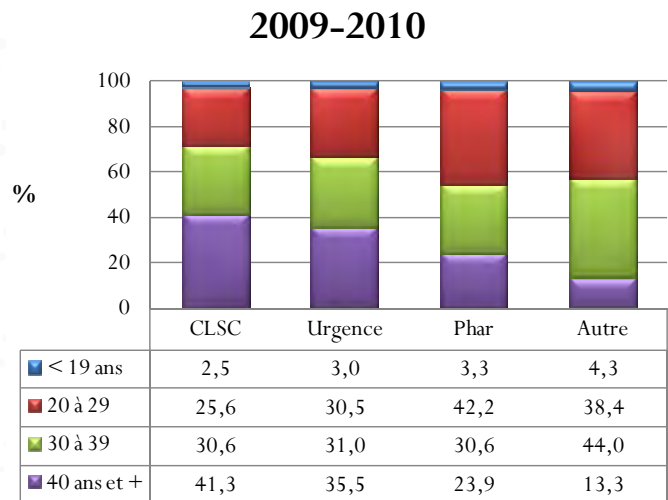


Figure 18 Statistiques sur les groupes d'âge des usagers selon le type d'établissement du réseau de la santé et des services sociaux, avril 2009 à mars 2010

La livraison du matériel dans les CAMI

Au cours de l'année 2008-2009, 1 988 010 seringues, 1 155 472 ampoules d'eau et 990 717 *Stéricups* ont été expédiés aux CAMI par les directions de santé publique pour distribuer à leurs usagers. Comparativement à l'année précédente cela représente une augmentation de 1 % pour les seringues et de 10 % pour *Stéricup* alors que la quantité d'ampoules d'eau a diminué de 5 %. La quantité de troussees mises à la disposition des CAMI n'a pas connu d'augmentation significative (1 %). Il est à propos de souligner que, pour la période 2008-2009, les données provenant de trois régions n'ont pu être

intégrées à l'analyse (tableau 5), ce qui pourrait expliquer la faible augmentation de la demande de matériel d'injection par les CAMI. Cependant, les données de ces trois régions manquantes ne représentaient que 3 % de l'ensemble des données nationales à la période 2007-2008. Il convient donc de suivre l'évolution de la demande de matériel avant de conclure à un plafonnement de la livraison du matériel dans les CAMI.

Par ailleurs, les données colligées en 2009-2010 indiquent elles aussi une légère diminution du nombre de seringues (7 %) (tableau 5), de *Stéricups* (2 %) et une faible augmentation du nombre d'ampoules d'eau (1 %) mis à la disposition des CAMI par rapport à la période précédente.

Tableau 5 Évolution de la livraison des seringues par les directions de santé publique dans les CAMI du Québec, selon les régions, période 2005-2006 à 2009-2010

Région	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Bas-Saint-Laurent	2 475	4 880	2 180	---	3 560
Saguenay–Lac-Saint-Jean	7 743	12 791	36 936	44 930	---
Québec	339 343	357 109	395 211	449 131	401 448
Mauricie et Centre-du-Québec	99 640	88 820	128 080	80 484	95 240
Estrie	20 260	6 700	16 136	46 860	44 820
Montréal	1 084 680	1 074 340	1 097 740	1 131 340	1 000 340
Outaouais	5 080	5 476	7 920	320	9 540
Abitibi-Témiscamingue	99 096	88 540	149 440	107 360	89 520
Côte-Nord	2 240	2 800	---	2 240	4 872
Nord-du-Québec	960	960	640	---	---
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	172	492	160	852	632
Chaudière-Appalaches	1 470	7 280	7 410	14 960	15 636
Laval	12 300	13 800	5 200	12 500	---
Lanaudière	2 320	12 688	54 156	---	58 800
Laurentides	37 644	9 323	7 587	10 249	21 691
Montérégie	93 360	65 823	61 080	86 784	109 456
TOTAL	1 715 423	1 750 862	1 969 876	1 988 010	1 855 555

Conclusion

L'accès à du matériel d'injection stérile pour limiter la transmission du VIH est une mesure reconnue par l'Organisation mondiale de la Santé (Wodak et collab., 2004). Les programmes développés dans de nombreux pays au cours des 20 dernières années n'ont pas entraîné de conséquences négatives en termes d'augmentation du nombre de consommateurs qui s'initient à l'injection ou d'accroissement de la fréquence de l'injection de drogues illicites. Ces programmes sont efficaces pour réduire les comportements à risque chez les personnes qui font usage de drogues par injection et lorsqu'ils sont jumelés à d'autres services comme le dépistage des ITSS, la vaccination contre les hépatites et les traitements de substitution, ils favorisent l'entrée en traitement de la dépendance et l'accès à des services de santé (Jones et collab., 2008). Le National Institut of Health and Clinical Excellence d'Angleterre (NIHCE, 2009) recommande qu'une meilleure évaluation des besoins en matériel d'injection pour les personnes UDI soit faite par les intervenants, que l'accès à du matériel d'injection stérile soit disponible dans des sites diversifiés et avec des mesures efficaces de récupération du matériel souillé. Le NIHCE recommande aussi une meilleure coordination des services offerts aux personnes UDI (ITSS, dépendance et services de santé) et une offre améliorée de services de santé pour ces personnes.

Au Québec, le quatrième rapport du Directeur national de santé publique (MSSS, 2010), réaffirme la nécessité de consolider l'accès au matériel d'injection et d'inhalation et de reconnaître les centres d'accès au matériel d'injection comme des ressources pour la communauté ayant un rôle positif auprès des personnes utilisatrices de drogues par injection. Ces organismes jouent un rôle important dans l'offre de services tel que recommandé par le NIHCE.

Le réseau québécois des CAMI offre des services d'information, d'éducation ainsi que de l'accompagnement et du soutien psychosocial aux personnes exposées aux risques d'infection au VIH et au VHC. Les centres qui rejoignent le plus grand nombre de

personnes UDI sont souvent des portes d'entrée pour le dépistage des ITSS et la vaccination contre les hépatites A et B. Dans l'esprit d'un continuum de services tel qu'énoncé dans le document sur les « Actions proposées pour la prévention du VIH-sida et de l'hépatite C chez les personnes utilisatrices de drogues » (Gilbert et collab., 2010), les CAMI sont aussi un premier accès pour la référence vers les services de traitement de la dépendance. Il convient donc de consolider les centres d'accès au matériel d'injection (CAMI) de même que leur rôle de distribution de matériel d'injection et d'inhalation de drogues. À cela s'ajoute le réseau SIRSAU assurant la récupération de seringues et d'objets tranchants dans l'ensemble du Québec.

Par contre, l'offre de services de santé de base dans des centres dédiés aux personnes UDI demeure sous-développée comparativement à des programmes similaires ailleurs dans le monde. L'amélioration de l'accès aux services de santé de base, près des milieux de vie des personnes UDI, tarde à se consolider, et ce, malgré les efforts des organismes communautaires pour se rapprocher du réseau de la santé.

Sur le plan du matériel mis à la disposition des personnes UDI il faut rappeler que la cocaïne a longtemps été la drogue injectée par plus de 80 % des usagers des PES au Québec. Au cours des dernières années, cette proportion a diminué au profit de la consommation d'opioïde (Parent et collab., 2008). Aussi, les baisses observées dans la distribution du matériel par les CAMI devront faire l'objet d'un suivi. Des observations sur le terrain, sur les modes de consommation, les habitudes des consommateurs ou les actions policières qui tendraient à repousser les usagers des PES doivent être colligées et analysées. Par ailleurs, le nombre d'usagers qui fréquentent les CAMI ne diminue pas globalement et cette situation s'explique principalement par les CAMI de la région de Montréal. La distribution de matériel pour fumer du crack est une nouvelle réalité qui a le potentiel d'attirer des usagers qui ne fréquentaient pas les PES. Par ailleurs, il sera important de documenter ce phénomène dans les régions du Québec en raison des risques que comporte ce mode de consommation pour la transmission du VHC.

Références bibliographiques

Jones L., et collab. (2008) A review of the effectiveness and cost-effectiveness of needle and syringe programmes for injecting drugs users. Liverpool, Centre for Public Health: 180.

MSSS (2010). Actions proposées pour la prévention du VIH-sida et de l'hépatite C chez les personnes utilisatrices de drogues. Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux: 62 p.

MSSS (2010). L'épidémie silencieuse - Les infections transmissibles sexuellement et par le sang - Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, 73 p.

MSSS (2008) *Programme national de santé publique 2003-2012 mise à jour 2008*. INSPQ, MSSS, 103 p.

NIHCE (2009) *Needle and syringe programmes: providing people who inject drugs with injecting equipment*. London, National Institute for Health and Clinical Excellence: 49 p.

Noël L., et collab. (2009) *Statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention du VIH et des hépatites B et C offerts aux utilisateurs de drogues par injection du Québec, avril 2007 à mars 2008*. Québec, INSPQ, MSSS, 14 p.

Parent R., et collab. (2008) *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection - Épidémiologie du VIH de 1995 à 2007 - Épidémiologie du VHC de 2003 à 2007*. Québec, INSPQ, 71 p.

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

Responsables régionaux des programmes d'échange de seringues au Québec

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

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

Alain Paré, Direction de santé publique de la Capitale-Nationale, Québec

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

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

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

Carole Morissette, Direction de santé publique de Montréal, Montréal

Pascale Leclerc, Direction de santé publique de Montréal, Montréal

Julie Levesque, Direction de santé publique de l'Outaouais, Gatineau

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

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

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

Danielle Haché, Direction de santé publique de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, Gaspé

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

Sarah Raymond, Direction de santé publique de Laval, Laval

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

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

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



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



EXPERTISE
CONSEIL



INFORMATION



FORMATION

www.inspq.qc.ca



RECHERCHE
ÉVALUATION
ET INNOVATION



COLLABORATION
INTERNATIONALE



LABORATOIRES
ET DÉPISTAGE

Institut national
de santé publique

Québec

