

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 2011 À MARS 2012

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 contre les 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 – 4^e TRIMESTRE 2013
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISSN : 1921-9377 (PDF)
ISBN : 978-2-550-69331-4 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2013)

Introduction

La prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) chez les personnes qui utilisent des drogues par injection (UDI) est une préoccupation pour le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS, 2006, 2008, 2009, 2010) ainsi que pour l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1998) et l'Ordre des pharmaciens du Québec (1998). On constate, en effet, au Québec que 15 % des personnes UDI sont infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et 63 % par le virus de l'hépatite C (VHC). Annuellement, c'est 2,6 personnes UDI sur 100 qui s'infectent par le VIH et 24,9 pour le VHC (Leclerc et collab., 2012).

Outre les mesures d'éducation relatives à l'injection à risques réduits¹ (MSSS, 2003), l'accès à des services psychosociaux, l'utilisation du condom, le traitement de substitution aux opioïdes et l'utilisation d'approches par les pairs, l'accès au matériel d'injection stérile constitue une stratégie efficace pour diminuer les pratiques à risque chez les personnes UDI.

Ainsi, le Québec compte, depuis la fin des années 1980, sur un réseau de centres d'accès au matériel d'injection (CAMI), qui permet aux personnes UDI de se procurer gratuitement, ou à peu de frais, le matériel d'injection stérile dont elles ont besoin pour réduire certains risques associés à l'usage de drogues par injection. Elles peuvent également y rapporter des seringues usagées, bénéficier de conseils de prévention, passer des tests de dépistage des ITSS et accéder à d'autres services psychosociaux et de santé. Ce réseau inclut des organismes communautaires, des établissements du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des pharmacies.

Afin de suivre la situation entourant les activités du programme de prévention des ITSS auprès des personnes UDI au Québec, le MSSS recueille chaque année des données sur la mise en circulation du matériel d'injection stérile et sur les services dispensés dans le cadre de ces programmes. Deux types de données sont utilisées dans la production annuelle des statistiques sur les services relatifs à ces programmes de prévention, soit la quantité de matériel d'injection stérile remis par les agences de santé et des services sociaux (ASSS) aux CAMI et les

données de monitoring des services offerts aux personnes UDI par les CAMI.

La **quantité de matériel d'injection stérile remis par les ASSS aux CAMI** est un indicateur pour lequel les données sont compilées par les responsables régionaux des programmes de prévention des ITSS. Ce sont des données de première main qui permettent de mesurer les variations dans les quantités de matériel commandées chaque année par les CAMI en vue de répondre à la demande des personnes UDI. Ces données sont disponibles pour les 16 régions sociosanitaires disposant d'un réseau de CAMI. Par contre, cet indicateur ne tient pas compte de toutes les seringues vendues ou distribuées (principalement en pharmacie) autrement que par le biais des troussees².

Les **données de monitoring sur les services offerts aux personnes UDI dans les CAMI** sont recueillies dans 14 régions. Une fois l'an, ces données sont transmises par les responsables régionaux des programmes de prévention des ITSS auprès des personnes UDI (voir la liste à la fin du rapport) à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) qui les utilisent pour caractériser la situation des services utilisés par les personnes UDI au Québec³. Malgré que les données de monitoring ne soient pas compilées par toutes les régions, elles permettent tout de même de présenter un portrait de la situation pour les programmes de prévention des ITSS auprès des personnes UDI.

Les centres d'accès au matériel d'injection

En 2013, le Québec disposait de 1 204 CAMI, répartis dans 16 régions sociosanitaires (figure 1). Ce sont principalement des pharmacies (64 %), des établissements du réseau de la santé et des services sociaux (30 %) et des organismes communautaires (6 %). Parmi les 360 CAMI du réseau de la santé et des services sociaux, on compte 233 points de services en CLSC, 65 centres hospitaliers et 62 établissements, dont des

¹ Divers organismes ont produit des outils à cet effet. Le MSSS rend disponible le dépliant *Chacun son kit, une idée fixe* à l'intention des personnes UDI ainsi qu'un *guide d'accompagnement* à l'utilisation de ce dépliant <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2003/03-305-02.pdf>.

² Les troussees contiennent 4 seringues, 4 ampoules d'eau, 4 *Stéricups*, 4 tampons d'alcool, des condoms (le nombre est variable selon les régions) 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 dans certaines pharmacies.

³ Les rapports des années précédentes sont disponibles à : www.inspq.qc.ca/publications ou www.msss.gouv.qc.ca/itss, section publications.

cliniques médicales et des centres de réadaptation en dépendance (tableau 1).

Les personnes UDI qui souhaitent connaître où se trouve le CAMI le plus près de chez elles peuvent le faire en téléphonant au 8-1-1 (Info-Santé) ou à Info, Drogues, Aide et Référence (région de Montréal : 514 527-2626; ailleurs : 1 800 265-2626).

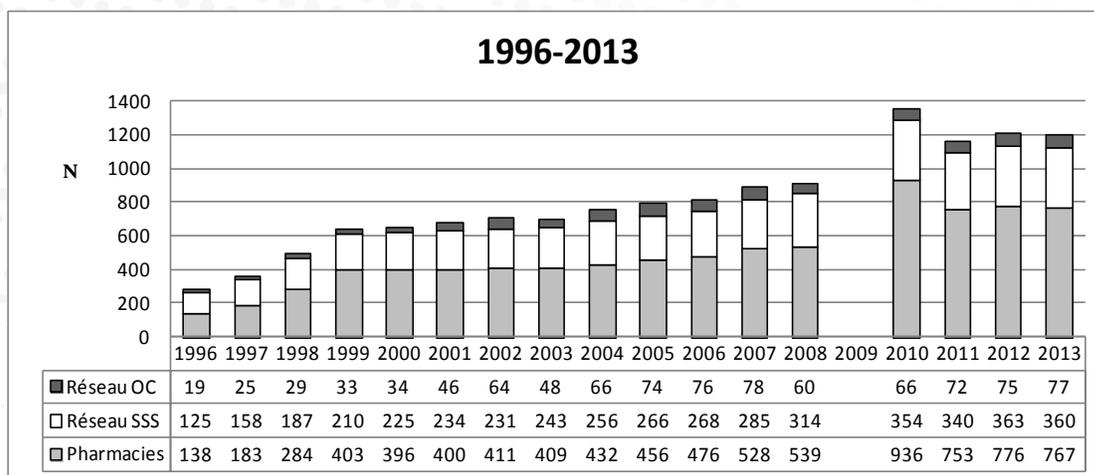


Figure 1 Nombre de centres d'accès au matériel d'injection selon les catégories *organismes communautaires (OC), établissements de santé et de services sociaux (CLSC et CH) et pharmacies* selon l'année

Tableau 1 Nombre de centres d'accès au matériel d'injection au Québec selon le type d'établissements et la région, 2013

Région	CSSS CLSC	CSSS CH	CSSS Autre*	Pharmacie	Organisme communautaire	Total
Bas-Saint-Laurent	16	2	1	48	1	68
Saguenay-Lac-Saint-Jean	8	6	1	24	9	48
Capitale-Nationale	27	7	10	113	6	163
Mauricie et Centre-du-Québec	14	6	7	11	10	48
Estrie	16	5	8	46	3	78
Montréal	13	0	3	221	17	254
Outaouais	16	6	1	24	4	51
Abitibi-Témiscamingue	6	6	12	10	6	40
Côte-Nord	16	7	7	16	1	47
Nord-du-Québec	6	0	1	4	0	11
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	18	2	0	20	0	40
Chaudière-Appalaches	16	5	0	30	0	51
Laval	5	0	2	56	4	67
Lanaudière	7	2	0	44	4	57
Laurentides	12	4	4	22	6	48
Montréal	37	8	4	78	6	133
Total	233	66	61	767	77	1204

* La catégorie CSSS (autre) inclut des cliniques médicales ainsi que des centres de réadaptation en dépendance (CRD). Certains CRD donnent accès à du matériel d'injection à leur clientèle et ne souhaitent pas être identifiés comme CAMI.

Source des données : <http://www.rrw.rtss.qc.ca/repertoire/> 22 avril 2013 /suivi d'une validation auprès des responsables régionaux des programmes de prévention des ITSS auprès des personnes UDI.

Matériel d'injection stérile remis par les ASSS aux CAMI

Les ASSS fournissent les CAMI en seringues, en *Stéricups*⁴, en ampoules d'eau, en tampons d'alcool ainsi qu'en condoms (ces derniers ne sont pas compilés). Le matériel peut être remis individuellement ou sous forme de trousse.

Au cours de l'année 2011-2012, les ASSS de 16 régions sociosanitaires du Québec ont remis aux CAMI :

- **2 176 577 seringues**
- **1 030 651 *Stéricups* et**
- **1 239 349 ampoules d'eau**

(incluant le matériel distribué en trousse)

Malgré une légère baisse du nombre de seringues remises par les ASSS à leurs CAMI observée en 2009-2010, la tendance depuis la période 2005-2006 est généralement à la hausse avec un taux moyen d'accroissement annuel de 6 % (figure 2 et tableau 2). Les quantités de *Stéricups* et d'ampoules remises par les ASSS aux CAMI ont aussi augmenté sur la période 2005-2006 à 2011-2012.

Il est aussi à noter que la quantité de matériel remis sous forme de trousse par les ASSS à leurs CAMI est aussi en augmentation en 2011-2012 (figure 3). Retenons que les trousse sont principalement demandées par les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que par les pharmacies. En 2011-2012, 17 % des seringues remises aux CAMI ont servi à approvisionner les pharmacies qui donnent accès au matériel d'injection stérile aux personnes UDI. Dans les régions situées hors des grands centres urbains, cette proportion dépasse parfois 40 % de l'ensemble des seringues remises aux CAMI par les ASSS.

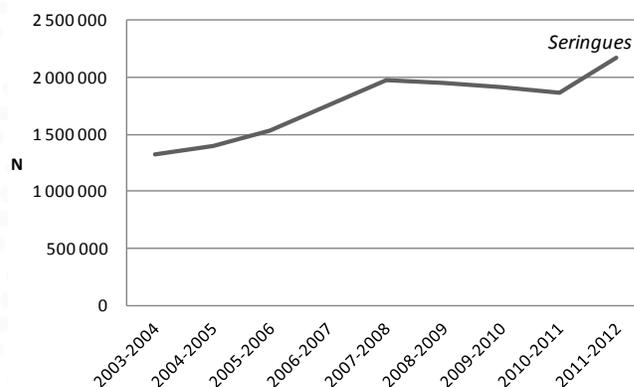


Figure 2 Évolution des quantités de seringues (incluant celles distribuées en trousse), remises par les ASSS aux CAMI selon la période

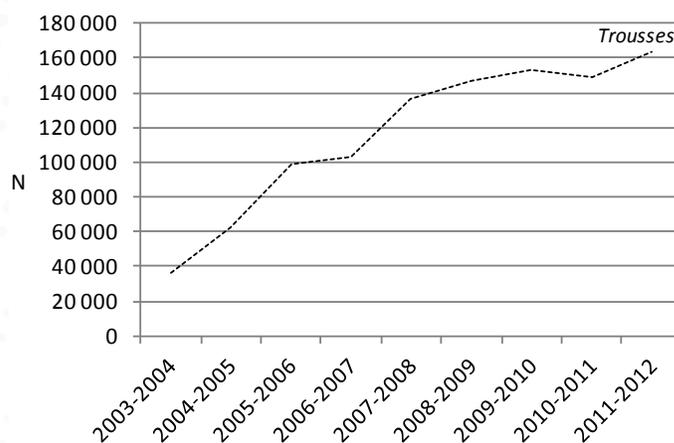


Figure 3 Évolution des quantités de trousse remises par les ASSS aux CAMI selon la période

⁴ Le *Stéricup* contient un contenant de chauffage, un filtre, un tampon d'alcool et un tampon sec.

Tableau 2 Nombre de seringues remises par les agences de santé et des services sociaux aux CAMI, période 2007-2008 à 2011-2012

Région	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Bas-Saint-Laurent	2 180	1 200	3 560	7 380	2 480
Saguenay–Lac-Saint-Jean	36 936	44 930	45 740	34 360	62 860
Capitale-Nationale	395 211	449 131	401 448	375 056	393 679
Mauricie et Centre-du-Québec	128 080	80 484	95 240	120 680	146 704
Estrie	16 136	46 860	44 820	50 700	66 460
Montréal	1 097 740	1 131 340	1 000 340	995 120	1 174 040
Outaouais	7 920	320	9 540	6 160	8 792
Abitibi-Témiscamingue	149 440	107 360	89 520	74 128	87 288
Côte-Nord	nd ^b	2 240	4 872	9 164	8 076
Nord-du-Québec	640	100	480	320	Aucune*
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	160	852	632	776	1 240
Chaudière-Appalaches	7 330	17 460	15 636	20 376	22 000
Laval	5 200	12 500	15 400	8 200	9 300
Lanaudière	54 156	nd	58 800	49 800	41 128
Laurentides	7 587	10 249	21 691	nd	27 674
Montréal	61 080	86 784	109 456	110 216	124 856
TOTAL	1 969 796	1 989 310	1 917 175	1 862 436	2 176 577

^b Non disponible pour cette période.

* Aucun matériel d'injection stérile remis par l'ASSS de la région Nord-du-Québec aux CAMI de son territoire.

Monitorage du matériel d'injection stérile distribué aux personnes UDI par les CAMI

Les données de monitorage sur les services offerts aux personnes UDI dans les CAMI utilisées dans le présent rapport proviennent de 14 des 16 régions sociosanitaires du Québec offrant l'accès au matériel d'injection stérile.

Les données de monitorage sont comptabilisées en utilisant les fiches de visites des personnes UDI dans les CAMI. Chaque visiteur est invité à compléter une fiche contenant des informations minimales sur l'âge, le sexe, le moment de la visite, s'il effectue une première visite au CAMI, sur les quantités de matériel reçu ainsi que sur les services utilisés lors de sa visite.

Les données sur le matériel d'injection stérile soumises à l'analyse proviennent des organismes communautaires (89 %) et des établissements du réseau de la santé et des services sociaux (11 %).

Pour la période allant du 1^{er} avril 2011 au 31 mars 2012, 1 546 418 seringues, 855 478 ampoules d'eau et 649 403 *Stéricups* distribués par les CAMI aux personnes UDI ont fait l'objet d'une compilation statistique pour l'ensemble du Québec (figure 4). On constate d'emblée une différence avec l'indicateur *matériel d'injection stérile remis par les ASSS aux CAMI*. La compilation des informations par les CAMI n'est pas optimale mais elle permet tout de même de voir, comme pour l'autre indicateur, que comparativement à la période précédente, l'année 2011-2012 est caractérisée par une hausse de la quantité de seringues (17 %) de *Stéricups* (16 %) et d'ampoules d'eau (13 %) distribués aux personnes UDI.

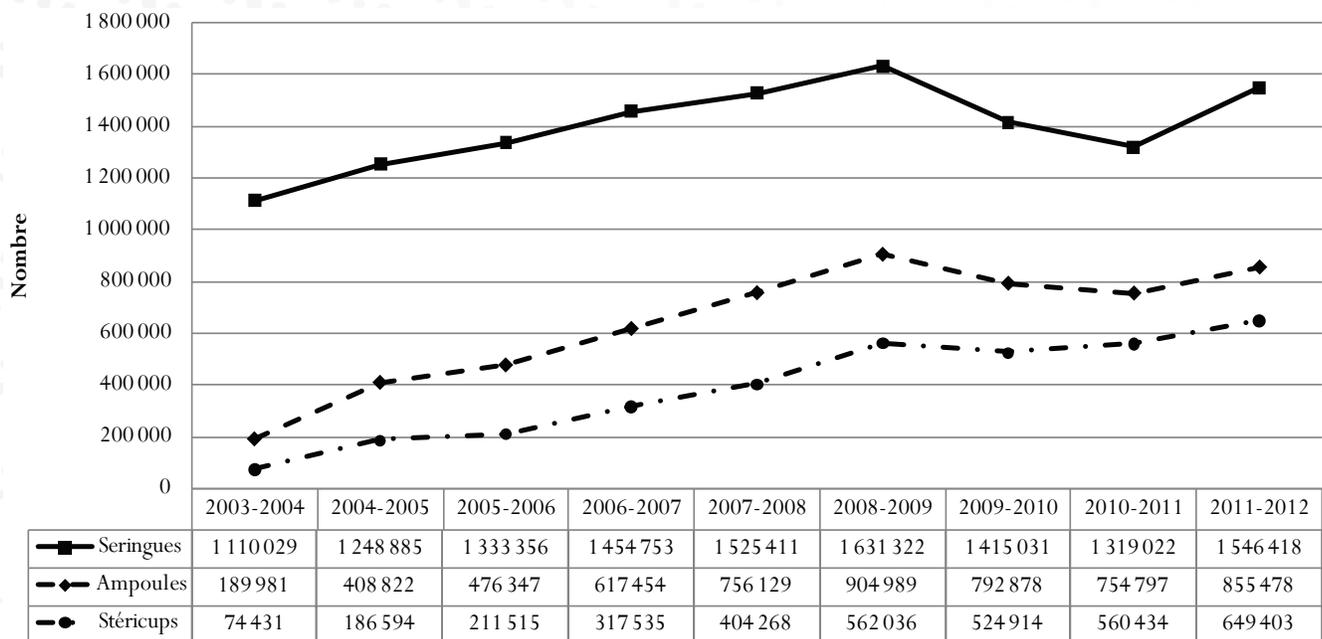


Figure 4 Statistiques sur le matériel d'injection distribué par les CAMI, avril 2009 à mars 2012

L'augmentation de 2011-2012 s'observe dans les OC, mais pas dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux où des baisses de 1 % pour les seringues et de 6 % pour les ampoules d'eau et les *Stéricups* ont été observées. Les baisses observées depuis 2009-2010 dans le réseau de la santé et des services sociaux sont de l'ordre de 2 % pour les seringues, de 12 % pour les ampoules d'eau et de 11 % pour les *Stéricups*. Pour l'ensemble des OC, la hausse observée pour cette même période est de 11 % pour les seringues, de 12 % pour les ampoules d'eau et de 35 % pour les *Stéricups*.

La distribution de matériel d'injection stérile aux personnes UDI par les CAMI « organismes communautaires »

En 2011-2012, les données colligées par les OC indiquent qu'ils ont distribué 1 350 294 seringues, 728 039 ampoules d'eau et 534 304 *Stéricups*. Les services offerts dans ces organismes peuvent être dispensés dans un site fixe (OC site) ou dans les milieux de vie par le travail de proximité ou une unité mobile (OC milieu) (figure 5).

Pour la période 2011-2012, plus de 80 % de l'ensemble de la distribution du matériel d'injection dans les OC s'est fait dans les **sites fixes** (figure 5). Retenons que la majorité des OC qui distribuent du matériel d'injection aux personnes UDI sont situés dans les villes de Montréal et Québec.

Comparativement à l'année 2010-2011, où 984 697 seringues avaient été distribuées dans les sites fixes (Noël et collab., 2012), ce sont 1 166 994 seringues qui ont été distribuées dans ces sites en 2011-2012 (figure 5). Les ampoules d'eau et les *Stéricups* ont aussi été distribués en plus grande quantité qu'à la période précédente.

Les seringues distribuées par le biais des **interventions de milieu** des OC représentent 12 % de la distribution totale en 2011-2012. Comparativement à l'année précédente, on constate une hausse de 35 % de la distribution de seringues par le biais des interventions de milieu (figure 5). Les quantités d'ampoules d'eau et de *Stéricups* distribués en 2011-2012 ont elles aussi connu une hausse dans ce type d'intervention.

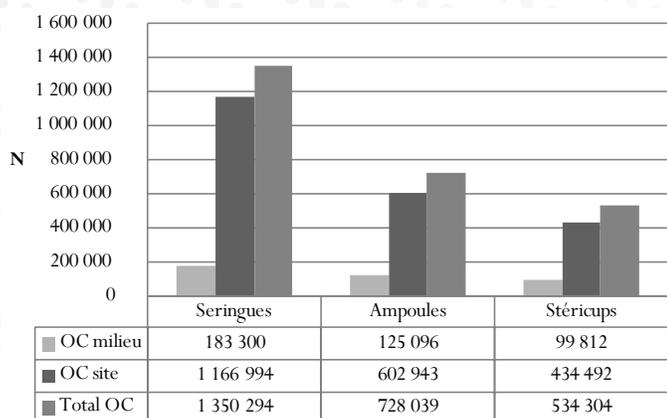


Figure 5 Statistiques sur le matériel d'injection distribué dans les organismes communautaires selon le type d'accès, avril 2011 à mars 2012

La distribution de matériel aux personnes UDI par les CAMI « établissements du réseau de la santé »

Dans le **réseau de la santé et des services sociaux**, ce sont des CLSC, des centres hospitaliers (CH) et parfois des cliniques médicales et des centres de réadaptation en dépendance qui distribuent le matériel d'injection aux personnes UDI. Même si les pharmacies participent peu au monitoring elles sont des partenaires importants pour l'accès à du matériel d'injection. Les données des pharmacies participant au monitoring ont été fusionnées avec celles du réseau de la santé et des services sociaux dans le calcul des statistiques sur les services relatifs au programme de prévention des ITSS auprès des personnes UDI. Notons par ailleurs, que les pharmacies qui colligent des données de monitoring sont toutes situées hors des deux grandes villes de Montréal et Québec.

En incluant les pharmacies, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux participant à la collecte des données ont distribué 196 124 seringues, 127 439 ampoules d'eau et 115 099 *Stéricups* en 2011-2012 (figure 6). La quantité de matériel distribué via les établissements du réseau de la santé et des services sociaux a légèrement diminué par rapport à la période précédente. Il y a près de 60 000 seringues de moins distribuées par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux quand on compare avec 2008-2009. Les informations dont nous disposons ne permettent pas de tirer des conclusions sur la baisse observée au cours des dernières périodes.

En 2011-2012, les CLSC ont colligé des données auprès de 7 640 usagers à qui ils ont distribué 160 638 seringues (figure 6). La quantité de matériel distribué par les CLSC a augmenté par rapport à la période précédente. Dans les CH où l'accès se fait principalement par le biais de leur service d'urgence, des données ont aussi été colligées pour 2 024 usagers. En 2011-2012, les CH ont distribué légèrement moins de matériel d'injection qu'à la période 2010-2011 (Noël et collab., 2012).

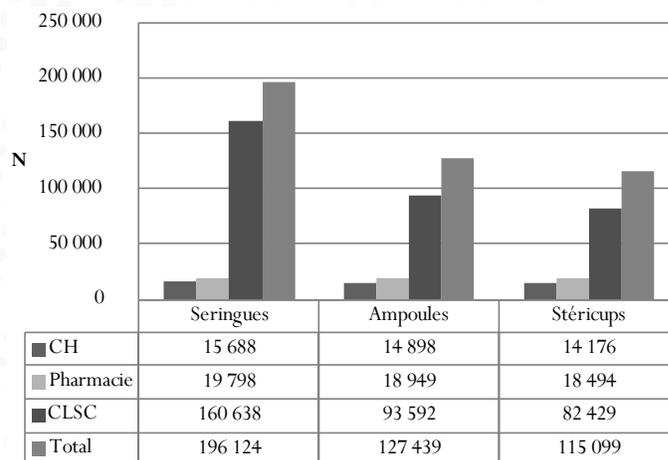


Figure 6 Statistiques sur le matériel d'injection distribué par les établissements du réseau de la santé, avril 2011 à mars 2012

Malgré le fait que les pharmacies représentent environ 17 % de la distribution du matériel aux personnes UDI, elles sont peu nombreuses à colliger des données sur les visites d'usagers. En 2011-2012, les pharmacies ont colligé des données auprès de 2 086 usagers à qui 19 798 seringues ont été distribuées (figure 6), ce qui est inférieur au nombre de seringues distribuées à la période précédente.

Le nombre moyen de seringues distribuées par visite d'utilisateur dans les CAMI

Le nombre moyen de seringues par visite d'utilisateur est passé de 20,7 en 2010-2011 à 25,1 en 2011-2012 (tableau 3). La moyenne de seringues par visite d'utilisateur peut être influencée par la demande de la part des personnes UDI ou par la capacité à distribuer du matériel par les CAMI en raison de contraintes budgétaires. Cet indicateur ne doit donc pas être utilisé comme un indicateur de performance, mais plutôt comme un reflet de la situation dans la région. Des analyses plus fines, à

partir d'informations régionales, sont généralement réalisées par les responsables régionaux afin de suivre la situation. Les données de la banque nationale ne permettent pas ce type d'analyse. Les consignes de distribution du MSSS stipulent qu'un intervenant devrait remettre les quantités de matériel d'injection stérile demandées par la personne UDI, voire même de s'assurer que la personne en demande suffisamment compte tenu de sa consommation projetée. Il est même recommandé d'aider la personne UDI à estimer le nombre de personnes qu'elle pourrait approvisionner avec le matériel qu'elle vient chercher sans être contrainte à partager du matériel déjà utilisé.

Tableau 3 Nombre moyen de seringues distribuées par visite d'usager dans les CAMI selon les régions^a, avril 2009 à mars 2012

<i>Nombre moyen de seringues distribuées par visite d'usager</i>		
<i>Région</i>	<i>2010-2011</i>	<i>2011-2012</i>
Bas-Saint-Laurent	8,4	9,1
Saguenay–Lac-Saint-Jean	11,5	11,0
Capitale-Nationale	16,1	25,6
Mauricie et Centre-du-Québec	35,9	45,2
Montréal	24,5	26,5
Outaouais	5,6	16,2
Abitibi-Témiscamingue	12,2	10,6
Côte-Nord	10,1	7,8
Nord-du-Québec	4,0	NA [§]
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	7,1	5,1
Chaudière-Appalaches	19,3	31,3
Laval	13,3	26,7
Lanaudière	44,2	39,3
Laurentides	ND*	33,7
Moyenne	20,7	25,1

^a Les régions de l'Estrie et de la Montérégie ne produisent pas de données de monitoring.

* Données non disponibles pour cette période.

[§] NA= Non applicable puisqu'il n'y a pas eu de demande de la part de personnes UDI durant cette période.

La distribution du matériel pour fumer du crack

La mise à disposition de ce type de matériel aux usagers des CAMI est recommandée dans le *Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec* (MSSS, 2010). Cette mesure vise à diminuer les risques de transmission du VHC par l'utilisation de matériel à crack ayant déjà été utilisé par d'autres personnes. La

décision de remettre du matériel pour fumer du crack relève de chacune des régions en fonction de la prévalence de ce mode de consommation et les ressources disponibles une fois le matériel d'injection rendu pleinement disponible.

En 2011-2012, les responsables du programme de prévention des ITSS auprès des personnes UDI des régions de Montréal et de l'Outaouais ont transmis des données sur le matériel pour fumer du crack mis à la disposition des usagers de leurs CAMI. Au total, 42 210 tubes de verre, 51 562 tiges de bois, 50 393 embouts de plastique et 327 613 filtres en acier inoxydable ont été distribués par les organismes communautaires soit dans les sites fixes ou par le biais des interventions de milieu (figure 7). De manière générale, pour chaque tube en verre, les usagers utilisent 1,3 tige de bois, 1,2 embout et 7,8 filtres en acier inoxydable.

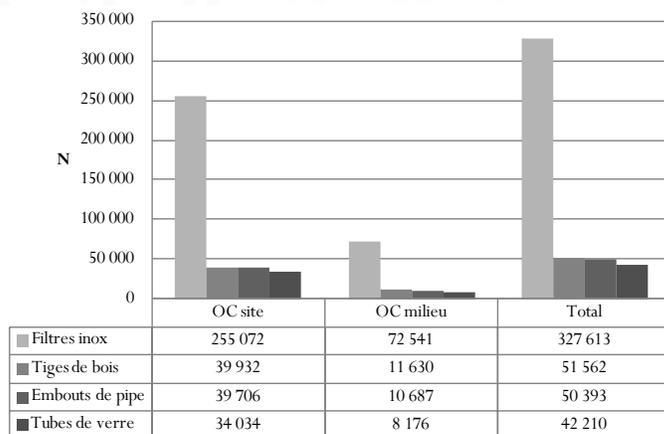


Figure 7 Quantité de matériel pour fumer du crack distribué dans les organismes communautaires des régions de Montréal et de l'Outaouais, avril 2011 à mars 2012

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 2011-2012, des services d'information-éducation (64 %), d'écoute et de soutien psychosocial (31 %), de références vers d'autres services (4 %), ainsi que des services cliniques ou autres sur place (< 1 %). Comparativement à l'année précédente, les services sociaux et de santé offerts dans les CAMI ont connu une hausse générale de 2 %. Toutefois, les services sur place ont diminué de 49 %,

tandis que les références ont augmenté de 26 %. Les services d'information-éducation ont augmenté de 6 % alors que l'écoute et le soutien psychosocial s'est maintenu à un niveau comparable.

En moyenne dans les OC, un service autre que l'accès au matériel d'injection est dispensé pour 93 % des visites d'utilisateurs. Dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, c'est en moyenne 21 % des visites d'utilisateurs pour lesquelles des services autres sont dispensés.

De manière générale, près de 90 % des services dispensés par les OC concernent l'information-éducation et l'écoute et le soutien psychosocial. Par contre, les services de références et les services dispensés sur place sont rapportés dans des proportions généralement inférieures à 10 % (figure 8).

Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux présentent une situation similaire avec des proportions élevées de visites d'utilisateurs pour lesquelles des services d'information-éducation et d'écoute et de soutien psychosocial ont été notés (figure 8). Les pharmacies participant à la collecte de données rapportent des services offerts sur place (24,1 %) dans une proportion plus élevée qu'en CLSC. Dans les pharmacies l'accueil se fait par le pharmacien alors que dans les CLSC les personnes UDI se présentent, le plus souvent à la réception pour recevoir leur matériel d'injection. Il est pertinent de se questionner sur l'effet possible que peut avoir cet aspect sur l'offre de services aux personnes UDI.

Il convient de signaler la diminution de 49 % des services-conseil en ITSS sur place dans les CAMI au cours de la période 2011-2012. La baisse observée de 80 % des soins infirmiers dispensés sur place dans les OC pourrait indiquer une diminution des services offerts aux personnes UDI les plus touchées par l'épidémie du VIH et du VHC. Alors qu'une recherche récente montre que les centres de prévention des ITSS avec une approche de réduction des méfaits peuvent offrir beaucoup plus que de l'accès à du matériel d'injection (Bellot et collab., 2012) il semble que les établissements du réseau de la santé et des services sociaux rapportent peu l'offre de services aux personnes UDI qui fréquentent leurs CAMI.

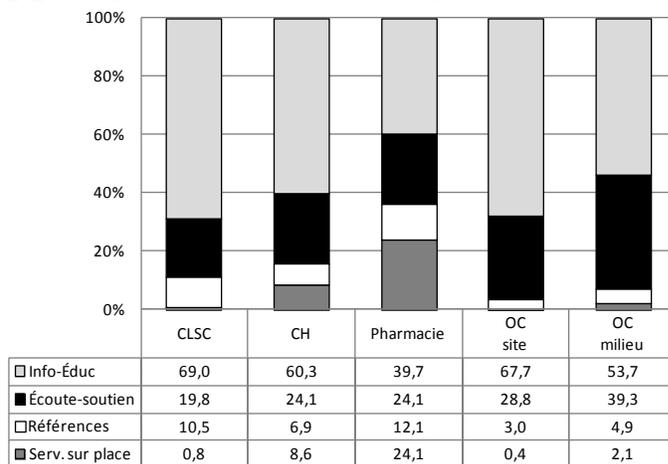


Figure 8 Statistiques sur les services sociaux et de santé offerts dans les CAMI, avril 2011 à mars 2012

L'offre de services aux personnes UDI peut prendre diverses formes telles que des services de dépistage des ITSS, de traitement des infections au VIH et au VHC ou de traitement de la dépendance ou autres problèmes de santé. Les services peuvent être dispensés dans les locaux des OC ou être disponibles sur référence ou en accompagnement. Toutefois, pour que ces services soient accessibles dans les organismes en réduction des méfaits de manière pérenne, il faudra une volonté et un engagement plus formel de la part du réseau de la santé et des services sociaux. Il serait aussi approprié de développer des mécanismes de suivi de la situation afin de mesurer les effets d'une telle mesure sur la santé des personnes UDI.

Caractéristiques des usagers des CAMI

Un total de 109 839 visites d'utilisateurs a été enregistré par les CAMI pour l'année 2011-2012. De ce nombre 10 % sont de nouveaux usagers, ce qui est comparable aux années antérieures. Des données concernant le sexe de la personne rencontrée lors de chacun de ces contacts sont disponibles pour 108 010 entrées. Ces informations permettent de constater que la proportion globale de femmes est de 27 % tandis que celle des hommes est de 73 %. Ce nombre est comparable à ce qui avait été enregistré pour la période 2010-2011. Toutefois, ces proportions varient selon les types de CAMI (figures 9).

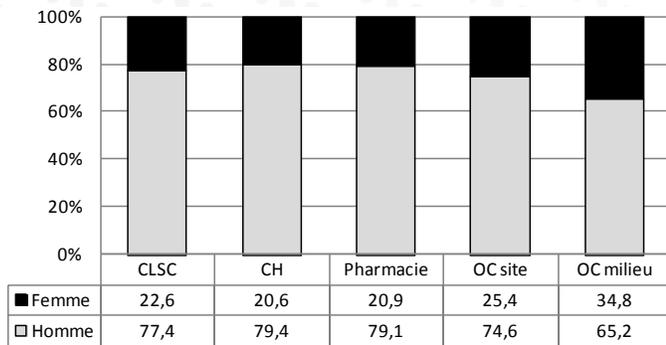


Figure 9 Répartition (%) en fonction du sexe des usagers recevant des services des CAMI, avril 2011 à mars 2012

Dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les proportions hommes/femmes sont semblables pour les CLSC, CH et pharmacies, c'est-à-dire environ 20 % de femmes et 80 % d'hommes (figure 9). Cette proportion est similaire à celle de la période précédente. Dans les sites fixes des OC, 75 % des usagers sont des hommes (figure 9). Par contre dans les interventions de milieu les femmes représentent 35 % des visites d'usagers.

Dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, la proportion des usagers âgés de 40 ans et plus est plus importante dans les CLSC (53 %) (figure 10). Quant à la proportion des 20 à 29 ans, elle est supérieure dans les pharmacies comparativement à celle des autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux (42 %).

Dans les OC, les personnes âgées de 40 ans et plus représentent globalement 44 % des usagers, les personnes de 30 à 39 ans 29 % et celles de 20 à 29 ans 24 %. Pour la période 2011-2012, on note que les usagers âgés de moins de 19 ans comptent pour moins de 2 % de la population rejointe, hormis via le travail de milieu qui a permis de rejoindre près de 8 % d'usagers âgés de moins de 19 ans (figure 10). De ceux-ci, environ 1 % sont âgés de moins de 15 ans.

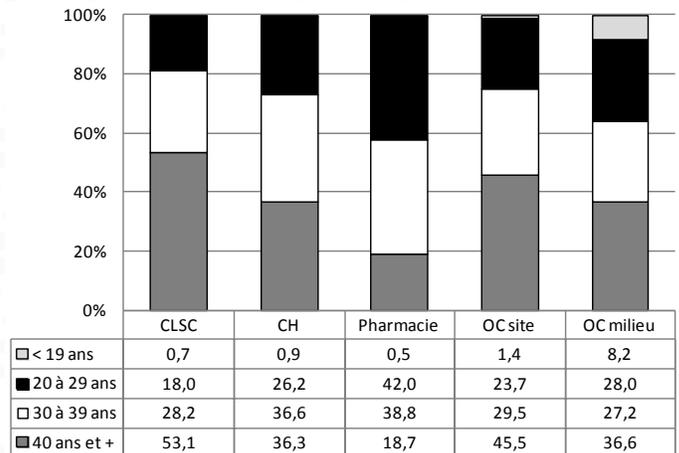


Figure 10 Répartition (%) en fonction des groupes d'âge des usagers recevant des services des CAMI, avril 2011 à mars 2012

Conclusion

Depuis l'année 2009, la mise à jour de la liste des CAMI se fait directement dans le « Répertoire des ressources en santé et de services sociaux » par les répondants de chacune des régions. Cette activité est soutenue par le Répertoire des ressources en santé et de services sociaux (Tremblay, 2011). L'augmentation du nombre de CAMI entre 2011 et 2012 est relativement faible et le nombre de partenaires dans la distribution du matériel d'injection stérile semble stable. Le Québec aurait atteint un plateau dans le nombre de CAMI.

Le matériel d'injection stérile remis par les ASSS aux CAMI

Au cours de l'année 2011-2012, les ASSS de 16 régions sociosanitaires du Québec ont remis aux CAMI **2 176 577 seringues, 1 030 651 Stéricups et 1 239 349 ampoules d'eau**. Ce nouvel indicateur permet de mieux suivre l'évolution de la distribution de matériel tout comme le fait la Colombie-Britannique qui a par ailleurs, de son côté, acheminé près de 7 millions de seringues à ses CAMI en 2012⁵.

Notons tout de même que la quantité de matériel d'injection stérile remis par les ASSS aux CAMI est en progression. Après avoir enregistré une légère baisse du nombre de seringues remises par les ASSS aux CAMI en 2010-2011, une reprise est observée en 2011-2012 avec plus de 2 millions de seringues remises aux CAMI. De plus, la progression soutenue du nombre de trousses remises par les ASSS aux CAMI (65 % entre 2003-2004

⁵ <http://towardtheheart.com/ezone/4/supply-update>.

et 2011-2012) semble indiquer une participation accrue des établissements du réseau de la santé et des services sociaux incluant les pharmacies dans la distribution de matériel aux personnes UDI. Tenant compte du fait que les trousse sont surtout utilisées par les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, il y a lieu de croire que les personnes UDI font de plus en plus de demandes dans ces sites.

Cet indicateur aurait avantage à être complété pour pouvoir décrire les quantités de matériel d'injection remis par type de CAMI. Cela permettrait entre autres de préciser les quantités de seringues distribuées en trousse par les pharmacies et les CSSS qui ne participent pas au monitoring des données de distribution de matériel aux personnes UDI. Par ailleurs, cela ne permettra pas de couvrir les quantités de seringues vendues à l'unité par les pharmacies. Notons que dans le cadre d'une étude d'estimation de la taille de la population UDI de Montréal, les auteurs ont estimé que parmi les seringues vendues en pharmacie 15,8 % étaient vendues à l'unité et non en trousse (Leclerc et collab., 2013).

Le matériel d'injection stérile remis par les CAMI aux UDI

Les données sur la quantité de matériel (seringues, *Stéricups* et ampoules d'eau) distribué par les CAMI aux personnes UDI s'avèrent pertinentes pour établir le portrait des services offerts aux personnes UDI. Le monitoring comporte toutefois des limites puisqu'il n'est pas réalisé par tous les CAMI. Ainsi, alors que 2 176 577 seringues sont remises par les ASSS aux CAMI, il n'y a que 1 546 418 seringues qui sont répertoriées par les CAMI comme remises aux personnes UDI.

En 2011-2012, les quantités de matériel ont augmenté par rapport à la période précédente. Toutefois, depuis la période 2008-2009, année où les CAMI avaient enregistré les plus grandes quantités de seringues distribuées aux personnes UDI, seul le nombre de *Stéricups* a dépassé ce sommet pour la première fois en 2011-2012. Tenant compte du fait que les organismes communautaires des centres urbains sont les plus grands distributeurs de matériel d'injection stérile aux personnes UDI, il convient de noter que les baisses observées dans les CAMI OC en 2009-2010 et 2010-2011 ne se sont pas maintenues en 2011-2012. Par ailleurs, les baisses observées au cours des dernières années dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux se sont poursuivies en 2011-2012. Il sera opportun de suivre la situation dans les années à venir.

Les données sur la distribution du matériel d'injection par le biais des interventions de milieu indiquent une augmentation de l'accès au matériel d'injection par le biais de ces activités en 2011-2012. Il faut rappeler l'importance du travail de proximité à la fois pour joindre les consommateurs qui ne viennent pas dans les CAMI et pour les mobiliser pour la prévention des ITSS (Winkelstein, 2010; Strike et collab., 2006; WHO, 1998). Ces actions, combinées au développement d'interventions réalisées par des pairs, peuvent s'avérer un moteur important pour la prévention des ITSS auprès des personnes UDI (Noël et collab., 2013). À cet égard, la contribution de l'Association québécoise pour la promotion de la santé des usagers de drogues (AQPSUD) peut jouer un rôle important en soutenant la mobilisation des personnes UDI autant au niveau national que régional, en faisant la promotion d'une consommation à moindre risques pour la santé et en participant aux décisions concernant la santé et le bien-être de ces personnes.

Au Québec, l'incidence du VIH et du VHC chez les personnes UDI demeure une préoccupation importante. De plus, malgré la baisse observée dans le partage du matériel d'injection, une étude confirme que la consommation de cocaïne, les pratiques non sécuritaires d'injection et l'instabilité résidentielle sont les principaux moteurs de la transmission du VIH (Bruneau et collab., 2011). Cette même étude indique aussi qu'un accès à des seringues stériles pour toutes ses injections est un facteur de protection.

L'émergence de nouvelles tendances comme l'injection de médicaments opioïdes observée dans plusieurs études québécoises (Leclerc et collab., 2012; Bruneau et collab., 2011; Bruneau et collab., 2012; Roy et collab., 2011; Roy et collab., 2012) laissent entrevoir des risques accrus à la santé pour les personnes UDI. De manière générale, les risques de transmission des infections au VIH et au VHC, les risques de surdoses et les complications de santé liées à l'utilisation de drogues par injection devraient être considérés dans le déploiement de services aux personnes UDI.

En 2012, des actions interministérielles entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de la Sécurité publique ont conduit à l'adoption de politiques plus favorables à la santé des personnes UDI. Le dépôt du rapport de l'INSPQ sur le partenariat entre les programmes d'échange de seringues et les services de police (Noël et collab., 2012) a permis au ministère de la Santé et des Services sociaux et au ministère de la Sécurité publique d'entamer la production d'un guide à l'attention des policiers, des

intervenants des groupes communautaires et des intervenants des établissements de santé et services sociaux en prévention des ITSS (Comité MSSS-MSP santé et sécurité publique à l'égard des programmes de prévention des ITSS chez les personnes qui font usage de drogues par injection. 2013). Le MSSS a aussi publié des balises quant à l'implantation de services d'injection supervisée (MSSS 2013).

Références bibliographiques

- Bruneau, J., Roy, E., Arruda, N. et collab. (2012). The rising prevalence of prescription opioid injection and its association with hepatitis C incidence among street-drug users. *Addiction*, doi : 10.1111/j.1360-0443.2012.03803.x.
- Bruneau, J., Daniel, M., Abrahamowicz, M., et collab., (2011) Trends in human immunodeficiency virus incidence and risk behavior among injection drug users in montreal, Canada: a 16-year longitudinal study. *American journal of epidemiology*, 173(9): p. 1049-58.
- Comité MSSS-MSP santé et sécurité publique à l'égard des programmes de prévention des ITSS chez les personnes qui font usage de drogues par injection (2013) *Vers une meilleure cohérence des interventions auprès des personnes utilisatrices de drogues par injection. Guide à l'attention des policiers, des intervenants des groupes communautaires et des intervenants des établissements de santé et services sociaux en prévention des ITSS*. À paraître.
- Leclerc, P., Fall, A., Morissette, C. (2013). Estimation de la taille et caractérisation de la population utilisatrice de drogues par injection à Montréal. Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal: 46.
- Leclerc, P., Roy, E., Morissette, C. et collab. (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, INSPQ, 91 p.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2003). *Document d'accompagnement à l'utilisation du dépliant Chacun son kit, une idée fixe*.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006). *Unis dans l'action. Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008*. 103 p.
- 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*. Montréal : 62 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (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*. 80 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (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*, Montréal, 2013. 10 p.
- Noël, L., Gagnon D. (2013). Revue systématique d'interventions par des pairs usagers de drogues par injection. *Drogues, Santé et Société*, 12(1) pp (à venir)
- Noël, L. Gagné, D., Gagnon, F. et collab. (2012). *Partenariat entre les services de police et les programmes d'échange de seringues : les enjeux de l'action intersectorielle*. Institut national de santé publique du Québec, rapport de recherche, 124 p.
- Noël, L. Gagnon, D. et Cloutier C. (2012). *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 2010 à mars 2011*. Québec, INSPQ, MSSS, 19 p.
- Ordre des infirmières et infirmiers du QUÉBEC. (1998). *Prise de position, distribution de matériel d'injection à des fins non thérapeutiques*, 10 décembre 1998.
- Ordre des pharmaciens du Québec. (1998). *Position de l'Ordre des pharmaciens du Québec sur la distribution de matériel d'injection (seringues/aiguilles) à des fins non-thérapeutiques (révisée février 1998)*, Informations professionnelles, numéro 94, avril 1998.
- Roy, E., Arruda, N. and Bourgois, P. (2011) The growing popularity of prescription opioid injection in downtown Montreal: new challenges for harm reduction. *Subst Use Misuse*, 46(9), 1142-50.

- Roy, E., Arruda, N., Leclerc, P., et collab. (2012) Injection of drug residue as a potential risk factor for HCV acquisition among Montreal young injection drug users. *Drug Alcohol Depend*, 126(1-2), 246-50.
- Strike, C., Leonard, L., Millson, M. et collab. (2006). *Les programmes d'échange de seringues en Ontario : recommandations de pratiques exemplaires*. Comité ontarien de coordination de l'échange de seringues, Toronto 292 p.
- Tremblay, M. (2011). *Répertoire des ressources en santé et de services sociaux (RRSS), Document d'information – Guide d'utilisation (P700S) Version 2.6*, SOGIQUE, MSSS, 108p.
- Winkelstein, E. (2010). *Guide to developing and managing syringe access programs*. Harm Reduction Coalition: New York. 92 p.
- WHO. (1998). *Basic principles for effective prevention of HIV infection among injecting drug users*. Copenhagen. 15 p.

Responsables régionaux des programmes de prévention des ITSS auprès des personnes UDI

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

Jenny Ingrid Lebounga Vouma, 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 la santé publique de la Côte-Nord

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

Céline Fournier, Centre régional de santé et des services sociaux de la Baie-James, Chibougamau

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

Louise Poulin, Direction de la santé publique de Chaudière-Appalaches, Ste-Marie

Lalie Bélanger-Dion, Direction de la santé publique de Laval, Laval

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

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

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



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



EXPERTISE
CONSEIL



INFORMATION



FORMATION

www.inspq.qc.ca



RECHERCHE
ÉVALUATION
ET INNOVATION



COLLABORATION
INTERNATIONALE



LABORATOIRES
ET DÉPISTAGE

Institut national
de santé publique

Québec

