



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

**RAPPORT DU COMITÉ CONSEIL
SUR LA PRÉVENTION DU VIH ET DU VHC
CHEZ LES PERSONNES UTILISATRICES DE DROGUES**

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

**RAPPORT DU COMITÉ CONSEIL
SUR LA PRÉVENTION DU VIH ET DU VHC
CHEZ LES PERSONNES UTILISATRICES DE DROGUES**

Ce document a été élaboré à la demande du D^r Horacio Arruda, directeur de la protection de la santé publique au ministère de la Santé et des Services sociaux, et de M^{me} Lise Guérard, chef du Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang. Il a été réalisé grâce à la collaboration d'un comité conseil formé des personnes suivantes :

M ^{me} Pauline Clermont	Direction de la santé publique de l'Abitibi-Témiscaminque
M. Richard Cloutier	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M. Mario Gagnon	Point de Repères, Québec
M ^{me} Hélène Gilbert	Ministère de la Santé et des Services sociaux
M ^{me} Véronique Houle	Cactus Montréal
M ^{me} Anne Maheu	Direction de santé publique de la Capitale-Nationale
D ^{re} Carole Morissette	Direction de santé publique de Montréal
M ^{me} Lina Noël	Institut national de santé publique du Québec
M ^{me} Andrée Perreault	Direction de santé publique de la Montérégie
M. Louis Rousseau	Direction de santé publique des Laurentides
M. Denis St-Amand	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

Coordination

M. Richard Cloutier Ministère de la Santé et des Services sociaux

Rédaction

M^{me} Hélène Gilbert Ministère de la Santé et des Services sociaux

Secrétariat

M^{me} Danielle Comtois Ministère de la Santé et des Services sociaux

Consultations

Plusieurs personnes représentant des organismes dont les membres sont concernés à un titre ou à un autre par ces questions ont aussi été consultées. La liste de ces personnes se trouve à l'annexe 1.

AVIS

Le présent rapport ne constitue pas les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux ou les positions des organismes consultés. Il représente l'opinion des membres du Comité conseil sur la prévention du VIH et du VHC chez les personnes qui font usage de drogues. Son contenu n'engage que ses auteurs.

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009

Bibliothèque et Archives Canada, 2009

ISBN : 978-2-550-56015-9 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-56016-6 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2009

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES SIGLES	V
PRÉAMBULE	VI
INTRODUCTION	1
1. LE VIH-SIDA ET L'HÉPATITE C	3
2. LES CONSOMMATEURS ET LA CONSOMMATION DE DROGUES	5
2.1 Les personnes utilisatrices de drogues par injection et par inhalation.....	5
2.2 Les substances qu'elles consomment	6
2.3 Leur état de santé	6
2.4 Les conduites à risque	7
2.5 Des facteurs aggravants	7
2.6 Des connaissances à améliorer	8
3. LES FONDEMENTS DES ACTIONS PROPOSÉES.....	9
4. LES PRINCIPES QUI SOUS-TENDENT LES ACTIONS PROPOSÉES	11
5. POUR LA PRÉVENTION DU VIH-SIDA, DE L'HÉPATITE C ET DES AUTRES PROBLÈMES LIÉS À L'USAGE DE DROGUES	13
5.1 Les centres d'accès au matériel d'injection	13
5.2 Les services d'injection supervisée.....	16
5.3 Les activités d'éducation sur l'injection et l'inhalation à risques réduits et la prévention du passage à l'injection	19
6. POUR UN RÉSEAU INTÉGRÉ DE SOINS ET SERVICES	21
6.1 L'organisation des soins de santé et des services sociaux	21
6.2 Le dépistage et le traitement du VIH et du VHC	23
6.3 Le traitement de la dépendance et l'insertion sociale	25
7. POUR L'INCLUSION DES PERSONNES UTILISATRICES DE DROGUES	27
7.1 La participation des personnes utilisatrices de drogues	27
7.2 Les règlements municipaux et les pratiques policières.....	29
7.3 Les tribunaux et le milieu carcéral	31
7.4 La lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.....	32
CONCLUSION.....	35
Annexe 1 Liste des personnes consultées	37
Annexe 2 Politiques, orientations et programmes ayant des incidences sur les services aux personnes utilisatrices de drogues	39

Annexe 3	Indicateurs recommandés pour le suivi des personnes faisant usage de drogues, en lien avec les ITSS.....	41
Annexe 4	Exemple d'indicateurs et d'actions à réaliser selon les différents domaines en matière de santé et de services sociaux pour les personnes qui font usage de drogues par injection.....	43
Annexe 5	Liste des actions proposées pour la prévention du VIH, du VHC et des autres problèmes liés à l'usage de drogues	45
BIBLIOGRAPHIE	51
NOTES	59

LISTE DES SIGLES

CAMI	Centre d'accès au matériel d'injection
CLSC	Centre local de services communautaires
CRD	Centre de réadaptation en dépendance
CRPAT	Centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, maintenant centre de réadaptation en dépendance
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSP	Direction de santé publique
IPPAP	Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires
ITS	Infection transmissible sexuellement
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LCDAS	Loi canadienne réglementant certaines drogues et autres substances
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NAOMI	North American Opiate Medication Initiative (projet de prescription d'héroïne)
PES	Programme d'échange de seringues
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
PVVHC	Personne vivant avec le VHC
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (bactérie)
SIDEP	Service intégré de dépistage et de prévention (des ITSS)
SIRSAU	Système intégré de récupération des seringues et des aiguilles usagées
UD	Utilisateur ou utilisatrice de drogues
UDI	Utilisateur ou utilisatrice de drogues par injection
UHRESS	Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

PRÉAMBULE

Il y a 20 ans déjà, une équipe de recherche de Montréal constatait que la prévalence du VIH était plus élevée chez des femmes d'un centre de détention de Montréal qui s'étaient injecté des drogues que chez celles qui ne s'étaient pas injecté. Lorsque l'équipe du D^{re} Catherine Hankins a demandé aux femmes qui s'injectaient pourquoi elles partageaient leurs seringues, elles lui ont répondu qu'elles n'avaient pas vraiment accès à des seringues propres. C'est sur cette base qu'a été mis sur pied le premier programme d'échange de seringues au Québec, *CACTUS-Montréal* qui a rapidement été suivi par *Point de Repères* à Québec, par *Pic-Atouts* et *Spectre de rue* à Montréal. En parallèle, la région de la Montérégie a alors développé un modèle d'échange de seringues impliquant les services de santé des CLSC, les urgences de centres hospitaliers et les pharmacies.

Les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), publiées en 1994, ont ensuite permis de spécifier qu'un accès aux seringues soit présent non seulement dans des groupes communautaires, mais aussi dans les CLSC, les pharmacies et les urgences d'hôpitaux et ce, dans un contexte d'une offre de services de santé intégrés. Plusieurs régions urbaines et semi-urbaines ont ensuite implanté ce modèle qui demeure encore unique en Amérique du Nord. L'Ordre des pharmaciens du Québec et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, qui ont donné un appui officiel à l'accès aux seringues pour les personnes qui font usage de drogues par injection (UDI) en 1998, y a certainement contribué.

Ce programme de prévention de la transmission du VIH et des virus de l'hépatite C (VHC), s'est particulièrement bien développé alors qu'il y a actuellement au Québec 914 centres d'accès au matériel d'injection. Les données recueillies montrent que près des trois quarts des UDI qui se procurent du matériel d'injection dans ces centres ne partagent pas leurs seringues pendant les derniers six mois avant l'enquête. Les programmes de prévention sont donc efficaces pour modifier les habitudes d'injection. Il demeure qu'une proportion encore importante d'UDI continuent de partager leur matériel et s'infectent rapidement, particulièrement par le VHC. Aussi, malgré ces efforts, on est encore loin de l'objectif d'une seringue neuve par injection. Il nous reste donc de grands défis à accomplir, notamment en termes d'accès au matériel d'injection, si l'on se compare avec d'autres provinces.

La problématique des infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les UDI s'est complexifiée depuis 1994. Il s'avérait donc judicieux de faire le point sur les actions préventives les plus pertinentes à mettre en place et de leur donner un nouvel élan alors qu'une importante épidémie de VHC fait rage. Le rapport du Comité conseil sur la prévention du VIH et du VHC chez les personnes utilisatrices de drogues est le fruit d'importants travaux qui ont permis d'énoncer 45 recommandations visant à permettre non seulement aux acteurs en santé publique, mais à plusieurs autres qui ont un rôle à jouer avec cette problématique, de discuter des principaux obstacles à l'intervention auprès des UDI et de tenter d'identifier les solutions possibles (voir à l'annexe 5).

La mise en œuvre et le suivi des recommandations du Comité conseil sur la prévention du VIH et du VHC chez les personnes qui font usage de drogues relève de différents paliers (local, régional et national), de différents domaines d'intervention et de plusieurs organismes. Certaines sont déjà en vigueur, d'autres sont à être envisagées. Certaines

sont de la responsabilité de la santé publique mais d'autres, qui débordent de son champ d'action, nécessitera la collaboration de plusieurs partenaires.

Tel que le mentionnait D^{re} Shirley Roy, du département de sociologie de l'Université du Québec à Montréal, au sujet de l'action intersectorielle auprès des populations vulnérabilisées et socialement « dérangeantes », il faut : « un repositionnement stratégique des acteurs, une réflexion sur les limites effectives des mandats pour arriver à les dépasser, un renforcement des collaborations avec tous les acteurs possibles [...]. Un leadership clair doit être affirmé ».

Il est souhaité que ce rapport serve à tous ceux et celles qui peuvent soutenir la lutte contre la transmission du VIH et du VHC auprès des personnes qui consomment des drogues par injection. Il permettra notamment de fournir des pistes de solution et servira au directeur national de santé publique à prendre position dans ce domaine.

INTRODUCTION

Les épidémies de VIH-sida et d'hépatite C chez les personnes UDI sont de graves problèmes de santé publique. La consommation de certaines drogues par inhalation présente aussi des risques de transmission de ces infections. De nombreux autres méfaits, tant pour les personnes elles-mêmes que pour la collectivité, sont liés à la consommation de drogues. À défaut d'éliminer ces méfaits, on peut les réduire.

Bien que l'on puisse en rêver, la société sans drogue n'existe pas. Nous pouvons cependant réduire la consommation inappropriée de drogues et favoriser chez les personnes utilisatrices de drogues des comportements qui amoindrissent les risques de transmission du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC), qui contribuent à protéger leur santé ainsi que celle des autres et qui préviennent plusieurs problèmes sociaux.

Le présent document, qui découle du *Programme national de santé publique*¹, propose des actions dont l'efficacité a été démontrée afin de prévenir la transmission du VIH et du VHC chez les personnes utilisatrices de drogues. Toutefois, pour atteindre leurs objectifs, ces actions doivent s'inscrire dans un ensemble d'interventions dont certaines dépassent largement le champ d'action de la santé publique et des organismes communautaires œuvrant auprès des personnes utilisatrices de drogues.

Ces interventions doivent faire partie d'un continuum de services sociosanitaires et s'inscrire dans une politique de santé globale (l'annexe 2 présente à cet effet les différentes orientations ministérielles pouvant y contribuer, allant de la prévention en toxicomanie aux services à donner aux personnes dépendantes ou aux prises avec des problèmes de santé mentale). Ainsi, le dépistage du VIH et du VHC n'aura l'effet souhaité que si les personnes trouvées séropositives ont accès aux traitements. Les traitements eux-mêmes, contre des infections qui demeureront asymptomatiques durant des décennies, paraîtront dérisoires si la personne qui les reçoit risque de mourir prématurément à la suite d'une surdose ou par suicide. De même, il serait illogique de soigner l'infection par le VIH ou le VHC sans favoriser le traitement de la dépendance qui enferme la personne dans des conduites à risque de se réinfecter. Ainsi, la société n'a rien à gagner lorsque des mesures destinées à assurer la sécurité publique neutralisent les interventions de protection de la santé publique. Voilà pourquoi le présent document présente des orientations devant être adoptées par plusieurs instances, tant dans le réseau de la santé et des services sociaux que dans d'autres secteurs de la société.

Nous ne partons pas de zéro. Nous avons des acquis, mais la situation actuelle pose encore de nombreux défis. Par exemple, les programmes d'échange de seringues (PES) instaurés depuis le début des années 90 ont permis de limiter la progression du VIH, mais l'épidémie de VHC demeure non contrôlée à ce jour. Les activités d'éducation associées aux PES ont réduit le partage du matériel d'injection, principal facteur de risque de transmission du VIH et du VHC, mais cette pratique n'est pas complètement éradiquée. La situation évolue avec l'apparition de nouvelles drogues et de nouveaux modes de consommation (par exemple l'inhalation de crack) qui exigent des mesures de prévention additionnelles. Comparativement à la situation qui existe dans les autres provinces canadiennes et ailleurs dans le monde, les problèmes que connaît le Québec sont amplifiés par l'usage répandu de cocaïne, une drogue dont la courte demi-vie entraîne de fréquentes injections. Cela multiplie les occasions de partage de matériel

d'injection et, par conséquent, les risques de transmission du VIH et du VHC, sans compter les conséquences d'actions illicites posées pour se procurer cette drogue. La solution de tous ces problèmes exige une collaboration accrue, à tous les niveaux, à l'intérieur même du réseau de la santé et des services sociaux, mais également entre ce réseau et les organismes responsables de différents volets de notre vie collective.

Après avoir tracé un bref portrait des consommateurs et de la consommation de drogues, le document propose des actions relevant du domaine de la prévention des infections par le VIH et le VHC, puis des actions plus générales visant la protection et l'amélioration de la santé des personnes utilisatrices de drogues et, finalement, des actions plus larges qui sont du ressort des autres instances responsables de l'élaboration et de l'application des politiques publiques, notamment pour réduire la pauvreté et les inégalités. Le tout s'appuie sur les expériences et les recherches réalisées au Québec, mais également ailleurs au Canada et dans le monde. Au Canada, la Colombie-Britannique fait figure de proue dans son offre de services en réduction des méfaits de laquelle pourrait certainement s'inspirer le Québec^{2,3}.

1. LE VIH-SIDA ET L'HÉPATITE C

L'incidence de l'infection par le VIH et, encore davantage, celle de l'infection par le VHC chez les personnes utilisatrices de drogues sont alarmantes. Ces infections se transmettent principalement par le partage de matériel d'injection. Elles se répandent aussi, dans une moindre mesure, chez les utilisateurs de drogues par inhalation, notamment les consommateurs de crack. Le fait que les infections par le VIH et par le VHC peuvent demeurer asymptomatiques pendant plusieurs années et que des traitements efficaces existent incite certaines personnes à en sous-estimer la gravité.

Il faut savoir que, même si les médicaments antirétroviraux permettent aux personnes atteintes de survivre en conservant une bonne qualité de vie, une fois contractée, l'infection par le VIH persiste toute la vie. Plusieurs années peuvent s'écouler entre le moment où l'infection est contractée et l'apparition des conditions indicatrices du sida. Les médicaments peuvent empêcher ou retarder l'apparition du sida, mais le traitement est exigeant et s'accompagne souvent d'effets secondaires très éprouvants. Il n'existe toujours pas de vaccin contre le VIH. L'infection peut cependant être évitée par la prévention.

L'hépatite C est une grave infection du foie qui peut demeurer asymptomatique durant de nombreuses années. Elle est chronique dans 85 % des cas. On estime qu'en 20 ans, 20 % des porteurs chroniques du VHC développeront une cirrhose. En cas de cirrhose, il y a risque de cancer du foie, ce qui demeure une maladie mortelle, à moins que la personne puisse bénéficier d'une greffe. L'hépatite C peut être guérie dans 50 % des cas, voire dans 80 % des cas selon les génotypes du virus. Mais c'est au prix d'un traitement prolongé (24 ou 48 semaines et parfois davantage) dont les effets secondaires sont importants. Il n'existe pas de vaccin contre le VHC et, après une guérison, la réinfection est possible si la personne est de nouveau exposée au virus. L'hépatite C peut être évitée par la prévention.

L'infection par le VIH et l'infection par le VHC sont lourdes de conséquences pour les personnes atteintes et pour leur entourage : souffrances liées à la maladie et aux traitements, projets de vie brisés, discrimination subie, etc. Elles représentent également des coûts importants pour le système de santé. Par exemple, en 2005, le coût moyen du traitement du VIH était de 11 000 \$ par année. En 2008, le coût des médicaments contre l'hépatite C s'élevait à au moins 22 000 \$ par année. À cela s'ajoutent les coûts des soins médicaux, des soins infirmiers et du soutien psychosocial requis. Autant de raisons de déployer tous les efforts nécessaires pour prévenir ces infections.

2. LES CONSOMMATEURS ET LA CONSOMMATION DE DROGUES

Quel est le nombre de personnes utilisatrices de drogues au Québec ? Qui sont-elles ? Que consomment-elles ? Quel est leur état de santé ? Quelles sont les conduites à risque ? Quels sont les facteurs susceptibles d'aggraver la situation ? Voilà quelques-unes des questions auxquelles il convient de répondre avant de proposer des actions pour remédier aux problèmes.

Le secteur des toxicomanies et dépendances du MSSS s'occupe de l'ensemble des questions liées à la consommation de psychotropes, y compris la prévention des diverses formes de toxicomanie. Le présent document ne s'attarde qu'aux types de consommation particulièrement susceptibles de favoriser la transmission du VIH et du VHC, en l'absence de mesures de protection appropriées.

2.1 Les personnes utilisatrices de drogues par injection et par inhalation

Une étude réalisée en 1996⁴ estimait à 23 000 le nombre de personnes UDI au Québec. Selon les données de juin 2007 du réseau SurvUDIⁱ, les trois quarts des personnes UDI sont des hommes dont l'âge moyen est de 34 ans⁵. Chez les femmes, l'âge moyen est de 29 ans. En grande majorité, ces personnes sont peu scolarisées : seulement une sur quatre a terminé des études secondaires, comparativement à trois sur quatre dans la population en général⁶. La consommation de drogues touche non seulement les milieux urbains, mais toutes les régions du Québec.

La consommation de drogues par injection est très répandue chez les jeunes de la rue. Une étude réalisée à Montréal⁷, de 2001 à 2004, auprès de 860 jeunes de la rue de 14 à 23 ans, a démontré que près de la moitié d'entre eux (46,4 %) s'étaient injecté au moins une fois des drogues avant leur entrée dans l'étude et que 30 % s'en injectaient activement au moment de l'étude. L'âge moyen de la première injection était de 16,8 ans. Certains s'étaient injecté des drogues dès l'âge de 11 ans.

Quant aux personnes qui recourent à des modes de consommation de drogues autres que l'injection, il n'existe pas de source directe qui en indiquerait le nombre et les caractéristiques sociodémographiques. Les seules données disponibles sont colligées dans le cadre des enquêtes de SurvUDI et portent sur les « drogues consommées autrement que par injection » par des personnes UDI.

i. Une étude menée sur une base continue auprès des personnes UDI dans diverses régions du Québec, surtout celles qui fréquentent les programmes d'échange de seringues.

2.2 Les substances qu'elles consomment

Les substances consommées et les habitudes de consommation changent suivant l'évolution du « marché » (disponibilité, coût, mode, répression, etc.) Selon les données recueillies par SurvUDI au cours de la période 2003-2007⁸, parmi les drogues injectées, la cocaïne était la plus répandue dans toutes les régions : 85 % des répondants s'en étaient injecté au cours des six mois précédant l'entrevue. Pour 66 % d'entre eux, il s'agissait de la drogue injectée le plus souvent. Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, en Abitibi-Témiscamingue et dans la région de Québec, 32 % des répondants, disaient s'être injecté de la dilaudide (un analgésique opioïde) et ce type de consommation est à la hausse à Montréal et dans les milieux semi-urbains. L'injection d'héroïne était pratiquée par 29 % des répondants, surtout à Montréal, et par 40,6 % des consommateurs de 24 ans et moins. Dans l'ensemble du Québec, 12 % des répondants ont dit s'injecter du crack, cette proportion s'élevant à 27,3 % dans l'Outaouais.

Parmi les drogues non injectées, 67 % des répondants UDI disaient avoir fumé du crack ou de la *freebase* au cours des six derniers mois précédant l'entrevue. Pour 26 % des participants à l'enquête, il s'agissait de la drogue non injectée la plus fréquemment utilisée. Nous observons une tendance à la hausse de ce type de consommation dans toutes les régions du Québec. Par ailleurs, 48 % des répondants disaient avoir inhalé de la cocaïne au cours de la même période.

2.3 Leur état de santé

L'infection par le VIH touche 15 % des personnes UDI⁹ au Québec contre 0,2 % de la population en général¹⁰. Chez les personnes UDI de 40 ans et plus, une sur quatre est déjà infectée. Chaque année, environ 3,1 % des personnes UDI non infectées contractent le VIH¹¹.

Pour ce qui est du VHC, les données sont encore plus inquiétantes : 62 % des personnes UDI sont infectées par le VHC¹² contre 1 % de la population en général¹³. Chez les personnes UDI de 40 ans et plus, quatre sur cinq sont déjà infectées. Chaque année, un peu plus du quart, soit 26,8 %, des personnes UDI non infectées contractent le VHC¹⁴.

La co-infection par le VIH et le VHC (qui représente des défis additionnels en matière de traitements) est aussi très élevée. Ainsi, parmi les personnes trouvées infectées par le VIH, dans le cadre des enquêtes de SurvUDI, 87 % étaient aussi infectées par le VHC. À l'inverse, 22 % des personnes trouvées infectées par le VHC l'étaient aussi par le VIH¹⁵.

À leur entrée dans l'étude d'Élise Roy et autres¹⁶, 1 % des jeunes de la rue étaient infectés par le VIH et 14 % par le VHC. Parmi ceux qui n'étaient pas infectés, mais qui ont fait usage de drogues par injection, 1 % par année a contracté le VIH et 22 % ont contracté le VHC.

Outre le VIH et le VHC, les personnes utilisatrices de drogues souffrent souvent d'autres problèmes de santé : surdoses, abcès, cellulites, hépatite B, SARM communautaire, tuberculose, infections transmissibles sexuellement (ITS), troubles cardiaques,

complications pulmonaires, maladie mentale, risques suicidaires, etc. Par exemple, chez les jeunes de la rue de Montréal qui ont participé à l'étude d'Élise Roy et autres¹⁷, quatre sur dix avaient connu des problèmes de surdose. Plus du tiers (38,3 %) avaient déjà fait une tentative de suicide.

À cela s'ajoutent les problèmes sociaux : dégradation des liens familiaux et sociaux, isolement, rupture avec la société, manque de logement adéquat, abandon des études, difficulté à trouver ou à conserver un emploi, etc.

Le tout accroît la pression sur le réseau de la santé et des services sociaux et contribue à l'augmentation des coûts d'un système qui, néanmoins, est loin de répondre à tous les besoins.

2.4 Les conduites à risque

Chez les personnes utilisatrices de drogues, l'emprunt de seringues usagées (une personne sur quatre le fait) constitue le principal facteur de risque de contracter le VIH ou le VHC¹⁸. Le partage de matériel d'inhalation pourrait aussi contribuer à la transmission du VIH et du VHC, les utilisateurs étant susceptibles d'entrer en contact avec du sang contaminé, en raison des brûlures et des plaies aux lèvres et à la bouche qui sont fréquentes chez ces personnes^{19,20,21}.

Le risque de partager du matériel d'injection est accentué par différents facteurs, à commencer par la consommation de cocaïne. Très répandue au Québec, celle-ci suppose de fréquentes injections (parfois jusqu'à 20 ou 30 injections par jour, comparativement à 2 ou 3 injections par jour chez les consommateurs d'héroïne) et la consommation se fait souvent en groupe. Les conditions dans lesquelles les personnes s'injectent des drogues (par exemple, une personne sur deux, soit 54,3 %, s'injecte dans un lieu public, le plus souvent dans la rue²²) créent aussi des conditions favorables au partage de matériel d'injection et, par conséquent, à la transmission d'infections.

L'injection dans de telles conditions entraîne d'autres problèmes tels que les surdoses, les accidents vasculaires et les abcès, pour n'en nommer que quelques-uns. Les relations homosexuelles et le travail du sexe (activités sexuelles en échange d'argent, de drogues ou d'autres biens et services) non protégées, lorsqu'elles s'ajoutent à la consommation de drogues par inhalation ou par injection, contribuent également à la propagation du VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

2.5 Des facteurs aggravants

D'autres facteurs contribuent au piètre état de santé des personnes utilisatrices de drogues, soit en rendant les problèmes plus complexes, soit en nuisant aux efforts de prévention, soit en réduisant l'accès des personnes UD aux soins de santé, au traitement du VIH-sida et de l'hépatite C ou aux services en dépendances.

Les conditions de vie (pauvreté, itinérance, violence, incarcération) influencent la capacité des personnes d'adopter des comportements sécuritaires ou de recourir à des

traitements. Les problèmes de santé mentale peuvent aussi rendre difficile l'adoption de comportements sécuritaires et compromettre la fidélité au traitement.

Le caractère illicite de la possession et du commerce de drogues et la répression qui s'ensuit favorisent la consommation de drogues dans des conditions inappropriées, la peur de demander de l'aide (par exemple en cas de surdose), la réprobation de la population, la marginalisation, la stigmatisation et la judiciarisation des personnes UD.

2.6 Des connaissances à améliorer

Une meilleure connaissance de la situation des personnes UDI (leur nombre, leurs conditions de vie, leurs habitudes de consommation, leur état de santé, les services qu'elles reçoivent, leurs besoins, etc.) est nécessaire pour adapter les services de santé et les services sociaux aux besoins qui évoluent. Nous trouverons à l'annexe 3 une liste d'indicateurs recommandés pour le suivi des personnes faisant usage de drogues en lien avec les infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS). Certains de ces indicateurs sont déjà utilisés, notamment par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) pour les enquêtes SurvUDI, mais d'autres, provenant de diverses banques de données, devraient être réunis et exploités au cours des années à venir.

3. LES FONDEMENTS DES ACTIONS PROPOSÉES

Des lois définissent les droits des individus et de la population ainsi que les responsabilités des différentes instances du réseau de la santé et des services sociaux. Notamment :

- la Charte des droits et libertés de la personne stipule que « Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne (art. 1) » et que « Tout être humain dont la vie est en péril a droit au secours » (art. 2) ;
- la Loi sur les services de santé et les services sociaux spécifie que « Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire (art. 5) » ;
- la Loi sur la santé publique édicte des mesures qui « visent à prévenir les maladies, les traumatismes et les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et à influencer de façon positive les principaux facteurs déterminants de la santé, notamment par une action intersectorielle concertée (art. 3) ».

Ces lois, de même que le *Programme national de santé publique 2003-2012* et la *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmises sexuellement : Orientations 2003-2009* constituent les fondements du présent document.

D'autres politiques, orientations et programmes ministériels existants touchent un ou plusieurs problèmes pouvant affecter les personnes utilisatrices de droguesⁱⁱ. Ils constituent autant d'éléments du continuum de servicesⁱⁱⁱ dont les personnes utilisatrices de drogues devraient pouvoir bénéficier.

Enfin, les actions proposées s'inscrivent dans la réforme des services de santé et des services sociaux de 2003 qui établit la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services.

ii. On trouvera à l'annexe 2 une liste de ces politiques, orientations et programmes.

iii. On trouvera à l'annexe 4 un exemple de liste de services pouvant constituer un tel continuum de services.

4. LES PRINCIPES QUI SOUS-TENDENT LES ACTIONS PROPOSÉES

Les actions proposées dans le présent document reposent sur les principes suivants :

- Les personnes utilisatrices de drogues sont des citoyens et des citoyennes à part entière qui ont droit à des services complets de prévention et de traitement, sans discrimination et dans le respect de leur dignité.
- La consommation inappropriée de drogues, ce qui inclut la dépendance, est parfois une stratégie complexe d'adaptation à des problèmes personnels, familiaux, sociaux et économiques ; elle peut aussi être la cause de tels problèmes ou encore les accentuer.
- La toxicomanie est un problème de santé avant d'être un problème de sécurité publique. Il faut protéger et promouvoir la santé des personnes qui consomment des drogues, ce qui requiert une diversité de moyens et d'approches dont l'efficacité a été démontrée.
- Les besoins varient selon les personnes et selon les moments de leur vie. Les services de santé et les services sociaux doivent être adaptés à ces besoins et accessibles au moment opportun.
- Les personnes utilisatrices de drogues doivent être associées de façon significative et soutenue dans l'établissement de politiques et de programmes qui les concernent et dans la planification, l'organisation et l'évaluation des services qui leur sont destinés
- Les organismes communautaires qui œuvrent en prévention des ITSS auprès des populations vulnérables ont aussi une expertise dans le domaine de la dépendance aux psychotropes qui doit être reconnue.
- La réduction des méfaits est une approche essentielle dans le domaine de l'usage de drogues qui a avantage à être intégrée à l'ensemble des interventions en toxicomanie.

L'approche de la réduction des méfaits

La réduction des méfaits liés aux drogues est une approche axée sur le pragmatisme et l'humanisme. D'une part, le pragmatisme permet de ne pas viser essentiellement l'absence de consommation de substances pour intervenir auprès des personnes qui en font usage. D'autre part, l'humanisme permet de tenir compte davantage de la qualité de vie des personnes plutôt que de la consommation de substances comme telle²³.

- La recherche de solutions exige la concertation et l'engagement de tous les secteurs concernés, tant à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux – pour assurer la continuité des services – qu'entre ce réseau et les partenaires extérieurs, pour créer des environnements favorables à la prévention du VIH et du VHC et à l'amélioration des conditions de vie des populations les plus vulnérables.

5. POUR LA PRÉVENTION DU VIH-SIDA, DE L'HÉPATITE C ET DES AUTRES PROBLÈMES LIÉS À L'USAGE DE DROGUES

Diverses mesures ont été implantées au Québec, au Canada et ailleurs dans le monde pour prévenir la transmission du VIH et du VHC ainsi que pour réduire les méfaits associés à la consommation de drogues. Ces mesures ont été évaluées et elles ont fait la preuve de leur efficacité. Certaines d'entre elles sont présentées ici, accompagnées de propositions d'actions.

5.1 Les centres d'accès au matériel d'injection

Parmi les mesures visant la réduction des méfaits associés à la consommation de drogues, la plus connue est sans doute ce que l'on désigne encore sous le nom de « Programme d'échange de seringues » (PES), même si cette appellation ne correspond plus exactement à la réalité ou, du moins, ne la reflète pas toujours entièrement.

En 1989, le premier PES a été instauré au Québec par l'organisme communautaire Cactus-Montréal dans le but de « réduire la transmission du VIH occasionnée par le partage de matériel d'injection usagé et les activités sexuelles non protégées chez les UDI de Montréal²⁴ ». En 1994, l'organisme offrait les services suivants : information sur le VIH et les moyens de le prévenir, échange de seringues, éducation, counseling, tests de détection anti-VIH, orientation vers des services sociosanitaires et vers des services de réadaptation et de désintoxication²⁵. Il a été suivi de la création d'autres organismes communautaires spécialisés : *Point de Repères*, à Québec, ainsi que *Pic-Atouts* et *Spectre de rue* à Montréal, ayant une même mission de base, la prévention des ITSS chez les personnes UDI. La publication, en 1994, du cadre de référence *L'usage de drogues et l'épidémie du VIH*, a favorisé l'implantation, dans l'ensemble du Québec – dans les organismes communautaires, les CLSC, les hôpitaux et les pharmacies – de services de distribution de seringues stériles aux personnes utilisatrices de drogues et de récupération des seringues usagées.

Avec le temps, l'action des PES s'est élargie. Il est maintenant plus approprié de les désigner sous l'appellation « centres d'accès au matériel d'injection » (CAMI). En effet, le matériel fourni ne se limite plus aux seringues, mais comprend souvent un ensemble d'objets utilisés pour la préparation et la consommation de drogues par injection. Certains distribuent aussi du matériel pour la consommation de drogues par inhalation. De plus, bon nombre de CAMI ne font pas que distribuer du matériel d'injection et d'inhalation de drogues. Ils peuvent aussi offrir des services d'information-éducation, d'écoute-soutien, d'accompagnement, d'insertion sociale, de vaccination, de dépistage des ITSS, de référence en ITSS et en toxicomanie ou de référence à d'autres services.

En 2008-2009, le Québec comptait 914 CAMI :

- 4 centres spécialisés de prévention des ITSS auprès des UDI (*Point de Repères*, *Cactus-Montréal*, *Spectre de rue* et *Dopamine*), qui offrent de nombreux services au moyen de sites fixes, d'unités mobiles, par l'entremise de travailleurs de rue, etc. ;

- 54 organismes communautaires à clientèles et vocations multiples ;
- 49 hôpitaux, surtout par le biais des urgences ;
- 259 points de service CLSC (sur 325) ;
- 540 pharmacies communautaires (sur 1 640) ;
- 4 cliniques médicales ;
- 4 autres centres²⁶.

De nombreuses études²⁷ ont démontré que les programmes d'échange de seringues (PES) sont efficaces pour la réduction de la transmission du VIH, le développement de comportements plus sécuritaires et l'accès des personnes UDI aux soins et traitements. Par ailleurs, l'accès au matériel d'injection stérile, conjugué à d'autres interventions préventives, n'encourage pas la consommation de drogues ni la criminalité. Au niveau international, les PES sont appuyés notamment par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)²⁸.

Une étude réalisée en 2001 a démontré que la population québécoise était favorable, dans une proportion de 74,2 % aux programmes d'échange de seringues, définis comme des « endroits pour obtenir des seringues propres en échange de seringues souillées »²⁹. Cette étude a été renouvelée en 2009 et révèle que l'appui demeure toujours élevé avec un appui favorable de 70 %³⁰.

Ici, dès 1989, l'Ordre des pharmaciens du Québec a publié une position reconnaissant que « le pharmacien distribuant des seringues pose un acte compatible avec son rôle de professionnel de la santé ». En 1998, l'Ordre était encore plus explicite en encourageant les pharmaciens à mettre sur pied des programmes de distribution de seringues et aiguilles dans leurs milieux de pratique³¹. La même année, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec prenait position « en faveur de la participation active des infirmières aux programmes de prévention qui s'adressent aux personnes UDI ». Les infirmières étaient alors « invitées à participer aux efforts collectifs de prévention : en effectuant les interventions préventives nécessaires, tels l'écoute, le soutien et l'information, notamment sur les techniques d'injection à risques réduits, sur la prévention des surdoses et sur le choix des sites d'injection ; en dirigeant les toxicomanes vers les ressources appropriées ; en distribuant des seringues et en récupérant les seringues souillées³² ».

En 2006-2007 au Québec, les CAMI, qui fournissent des statistiques sur leurs activités, ont reçu 111 205 visites d'usagers et ont distribué 1 454 055 seringues, 617 454 ampoules d'eau stérile et 317 571 contenants de dissolution et de chauffage (*Stericups*)³³. La grande majorité des seringues distribuées, soit 80,3 %, le sont par les organismes communautaires. La quantité de seringues distribuées est très inférieure au nombre nécessaire pour enrayer la propagation du VIH et du VHC et pour atteindre l'objectif « d'une injection, une seringue »^{iv}. Cet objectif, en plus d'exclure le partage de

iv. Selon une étude réalisée par la Direction de la santé publique de Montréal, le matériel d'injection présentement distribué aux personnes UDI représenterait moins de 10 % de leurs besoins estimés.

seringues, est un moyen de réduire les abcès, les cellulites et divers autres problèmes liés à la réutilisation de seringues usagées.

Au Québec, les modalités d'accès au matériel d'injection sont encore limitées. Il y a lieu de les diversifier, en termes de lieux et d'horaires, afin de répondre aux besoins des diverses clientèles et en tenant compte des caractéristiques du milieu^{34, 35}. L'exigence de rapporter un nombre équivalent de seringues usagées pour obtenir des seringues neuves peut favoriser le partage de seringues lorsque certaines personnes les ont perdues, oubliées ou jetées de façon non sécuritaire. Cette exigence, qui était courante au début des PES, a été progressivement abandonnée et ne saurait être recommandée. En revanche, la présence de seringues à des endroits inappropriés est l'un des principaux arguments utilisés par les opposants aux PES. La récupération sécuritaire des seringues usagées doit donc être encouragée^v, mais sans limiter l'accès des personnes utilisatrices de drogues au nombre de seringues stériles nécessaire pour répondre à leurs besoins.

La consommation de crack étant à la hausse, on note une augmentation de la demande de matériel d'inhalation. Celui-ci permet de prévenir les brûlures et les blessures causées par les instruments de fortune, qui peuvent favoriser la transmission d'infections lorsque du matériel d'inhalation est partagé³⁶.

v. Le Système intégré de récupération des seringues et des aiguilles usagées (SIRSAU) permet aux pharmacies, aux CLSC et aux organismes communautaires d'obtenir des contenants sécuritaires gratuits pour les personnes qui fréquentent leurs services. Les pharmacies et les organismes communautaires peuvent éliminer sans frais les seringues récupérées en les apportant à l'endroit désigné par le CSSS de leur territoire.

ACTIONS PROPOSÉES^{vi}

1. 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 ainsi que leurs services d'information-éducation, d'écoute-soutien, d'accompagnement, d'insertion sociale, de vaccination, de dépistage des ITSS, de référence en ITSS et en toxicomanie ou à d'autres services.
2. Selon les réalités des régions, augmenter l'accessibilité du matériel d'injection stérile (ex. : viser une disponibilité 24/24) là où c'est nécessaire.
3. Augmenter le nombre de centres d'accès au matériel d'injection stérile. Idéalement, en plus des organismes communautaires, toutes les pharmacies et tous les CLSC devraient offrir ce service et récupérer les seringues usagées.
4. Diversifier les modes de distribution de matériel d'injection selon les besoins de la population locale : par des travailleurs de rue, par des pairs, etc. et favoriser la distribution secondaire (seringues données à un utilisateur qui les redistribue à d'autres) dans les milieux de consommation.
5. Encourager les personnes UDI à rapporter leurs seringues usagées, sans limiter le nombre de seringues données lors d'une visite afin de permettre aux clients d'atteindre l'objectif d'utiliser une seringue neuve pour chaque injection.
6. Distribuer du matériel d'inhalation (tubes, filtres et embouts) propre et inciter les utilisateurs à ne pas partager ce matériel.

5.2 Les services d'injection supervisée

Lorsque l'on remet du matériel d'injection stérile à quelqu'un, mais en lui refusant la possibilité de s'injecter sur place, la prévention des infections et des autres méfaits liés à la consommation de drogues demeure limitée. Le quart des personnes qui fréquentent les CAMI indiquent s'être injecté dans des lieux publics, dont 12 % d'entre elles indiquent la rue comme lieu d'injection³⁷. Elles le font de façon précipitée et dans des conditions où l'hygiène est déficiente, dans la crainte d'être interceptées par la police ou de subir l'opprobre des citoyens qui en seraient témoins. Cela augmente les risques de surdoses, d'accidents vasculaires, d'abcès, etc.

Les services d'injection supervisée sont un moyen complémentaire pour réduire les méfaits liés à la consommation de drogues. Depuis 1984, plusieurs pays (Suisse, Allemagne, Espagne, Australie, Pays-Bas, Norvège et Luxembourg) ont implanté des sites d'injection supervisée. Au Canada, on trouve un seul site de ce genre : *Insite*, à Vancouver, qui existe depuis 2003.

vi. On trouvera à l'annexe 5 la liste complète des actions proposées.

Les services d'injection supervisée sont des espaces sécuritaires où les personnes utilisatrices de drogues peuvent faire leurs injections avec du matériel stérile, dans le calme, en ayant la possibilité de recevoir au besoin des soins offerts par des professionnels de la santé ou d'être dirigés vers des traitements de la dépendance. Les intervenants de ces lieux ne fournissent pas de drogue aux clients et ne les aident pas à s'en administrer. Leurs services aident plutôt les clients à éviter des conséquences négatives de l'injection.

Les services d'injection supervisée ont fait l'objet de nombreuses études et évaluations. L'INSPQ a réalisé une revue de la littérature portant sur les effets associés à cette mesure³⁸. On y note que les services d'injection supervisée :

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

L'étude de 2001 sur les perceptions de la population indiquait que les Québécois étaient favorables, dans une proportion de 54,2 % à ce que soient offerts « aux toxicomanes des endroits supervisés pour qu'ils puissent s'injecter leur drogue en toute sécurité³⁹ ». On constate en 2009 que l'opinion des québécois et québécoises est davantage favorable avec un appui de 63,3 %⁴⁰.

L'ouverture du site d'injection supervisée de Vancouver a été rendue possible grâce à une exemption à la Loi canadienne réglementant certaines drogues et autres substances (LCDAS)⁴¹, accordée à l'Agence régionale de santé de Vancouver. Cette exemption prenait fin en juin 2008. Des actions légales ont été engagées devant la Cour suprême de la Colombie-Britannique pour empêcher la fermeture d'*Insite* malgré le non-renouvellement de son exemption. Le 26 mai 2008, la Cour a donné raison aux plaignants qui soutenaient que les sections 4(1) et 5(1) de la LCDAS sont inconstitutionnelles puisqu'elles empêchent des personnes dépendantes d'une ou plusieurs substances illégales d'avoir accès aux soins de santé offerts à *Insite*, violant ainsi les droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne et le droit de ne pas en être privé sauf, conformément aux principes de la justice fondamentale, les droits protégés par l'article 7 de la Charte des droits et libertés. Le juge a établi que la dépendance est une maladie et que les services offerts par *Insite* sont des services de santé. Il a déclaré les sections 4(1) et 5(1) de la LCDAS incompatibles avec l'article 7

de la Charte des droits et libertés et sans force ni effet jusqu'au 30 juin 2009. Il a demandé au gouvernement fédéral de reformuler les sections en cause. Ce dernier a décidé d'interjeter appel de ce jugement. L'issue de cette cause indiquera au Québec quelles embûches seront à surmonter pour implanter des services d'injection supervisée.

En 2008, la question des services d'injection supervisée, dont il est fait mention dans le *Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008*, s'est trouvée dans l'actualité au Québec également. Divers organismes dont les membres travaillent quotidiennement auprès de personnes UDI ont pris position en faveur de l'implantation de tels services. Par exemple, dans un avis daté du 2 octobre 2008, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec a demandé « l'instauration de centres d'injection supervisée comme outils faisant partie d'une gamme complète de services de santé à offrir aux personnes toxicomanes, y compris les plus marginalisées, qui sont difficiles à rejoindre mais qui requièrent néanmoins des soins et des traitements⁴² ». L'Association des intervenants en toxicomanie du Québec (AITQ) a également exprimé son appui, « dans un continuum de services, (à) la mise en place de services d'injection supervisée pour les personnes UDI afin de favoriser leur rétablissement⁴³ ».

De son côté, l'Association médicale canadienne « soutient les efforts de réduction des préjudices, comme les centres d'injection, qui sont déployés dans le cadre d'une approche intégrée de prévention, de traitement et de réadaptation en matière de toxicomanie⁴⁴ ». L'Association canadienne pour l'étude du foie, pour sa part, a publié des lignes directrices de consensus selon lesquelles « il faut prendre des mesures pour réduire les cas d'infection par le virus du VHC chez les UDI et les utilisateurs de cocaïne sous forme de crack. Ces mesures peuvent comprendre l'augmentation du nombre de sites d'injection supervisés [...]»⁴⁵.

Ajouter des services d'injection supervisée aux services déjà offerts dans certains CAMI ne pourrait être que bénéfique, particulièrement pour les personnes UDI les plus vulnérables. Ces services pourraient être intégrés physiquement, par exemple, au réseau des organismes communautaires qui œuvrent déjà dans le domaine de la réduction des méfaits. La présence de professionnels de la santé formés pour enseigner les méthodes d'injection à risques réduits, traiter adéquatement les situations de surdose et diriger les usagers vers les services appropriés (soins de santé physique ou mentale, désintoxication, traitements de substitution, etc.) contribuerait à l'amélioration de l'état de santé des personnes utilisatrices de drogues et sauverait des vies.

ACTION PROPOSÉE

7. Ajouter aux services actuels des centres d'accès au matériel d'injection situés dans les organismes communautaires des services d'injection supervisée, selon un modèle adapté à la réalité du Québec et des communautés locales, et en assurant une étroite collaboration entre ces services, les centres de désintoxication et de réadaptation ainsi que les CSSS.

5.3 Les activités d'éducation sur l'injection et l'inhalation à risques réduits et la prévention du passage à l'injection

Auprès des personnes qui utilisent déjà des drogues par injection, l'approche de la réduction des méfaits se traduit par la distribution de matériel d'injection stérile et par diverses activités d'éducation sur l'injection à risques réduits⁴⁶. On incitera par exemple les personnes UDI à ne jamais partager leur matériel d'injection, à ne pas s'injecter seules, à utiliser une nouvelle seringue pour chaque injection. On leur apprendra comment prévenir et comment reconnaître une surdose et comment réagir en pareilles circonstances. Toujours dans une perspective de réduction des méfaits, des conseils de prévention appropriés seront donnés aux personnes qui utilisent des drogues par inhalation. On insistera notamment sur l'importance de ne pas partager le matériel d'inhalation.

Ces activités peuvent être réalisées par les ressources des CAMI et par les pairs aidants^{vii}. La participation de personnes utilisatrices de drogues à l'élaboration des activités d'éducation et des messages de prévention pourrait contribuer à les adapter encore mieux aux publics visés.

On peut aussi agir en amont de ces problèmes en prévenant si possible le recours à l'injection. L'usage de drogues par injection commence parfois très tôt, particulièrement chez les jeunes en difficulté. Par exemple, à Montréal, sur un groupe de 100 jeunes de la rue, 6 % commencent à s'injecter des drogues⁴⁷. Cette pratique présente des risques importants pour leur santé, voire pour leur vie. C'est dans ce contexte que, depuis 2006 plusieurs régions du Québec ont participé à des activités dont le but était de prévenir le passage à l'injection de drogues chez les jeunes en difficulté, en renforçant les résistances déjà présentes chez cette population. Ce type d'action est à poursuivre.

ACTIONS PROPOSÉES

8. Poursuivre l'éducation sur l'injection à risques réduits, par exemple ne jamais partager le matériel d'injection, ne pas s'injecter seul et utiliser une nouvelle seringue pour chaque injection.
9. Poursuivre les actions de prévention du passage à l'injection auprès des jeunes en difficulté.
10. Inciter les personnes qui consomment des drogues par inhalation à ne jamais partager leur matériel d'inhalation.
11. Associer des personnes utilisatrices de drogues à l'élaboration des activités et des messages de prévention de l'usage inapproprié de drogues et du passage à l'injection.

vii. Personnes qui ont fait l'expérience de la consommation de drogue, qui sont formées, encadrées et rémunérées pour en aider d'autres qui vivent encore dans ce milieu.

6. POUR UN RÉSEAU INTÉGRÉ DE SOINS ET SERVICES

Jusqu'à maintenant, les actions de prévention relatives au VIH et au VHC auprès des personnes utilisatrices de drogues ont été mises en place par des acteurs de la santé publique et réalisées en très grande partie par les organismes communautaires. Les autres services de santé et services sociaux (traitement du VIH et du VHC, soins de santé, traitement de la dépendance, soutien psychosocial, etc.) sont offerts par des établissements relevant de différents secteurs, sans que le tout soit parfaitement harmonisé.

Actuellement, le continuum de services présente des failles :

- Nous parvenons difficilement à rejoindre les personnes les plus vulnérables, qui sont peu portées à fréquenter les services de santé institutionnels ;
- Après un test de dépistage positif, les traitements, particulièrement dans le cas du VHC, sont très peu disponibles ;
- Les services de santé physique et mentale en général sont peu accessibles pour les personnes utilisatrices de drogues ;
- Les traitements de la dépendance sont difficiles d'accès (thérapie, désintoxication, traitements de substitution aux opioïdes, insertion sociale), sinon inexistantes (répit, dégrisement, hébergement) ;
- Nous manquons de ressources pour l'insertion sociale.

Dans une perspective de cohérence, les actions proposées devraient s'inscrire dans un continuum de services allant de la promotion de la santé jusqu'au traitement de la dépendance et des ITSS, en passant par la prévention de la consommation inappropriée de drogues, la réduction des méfaits chez les personnes UD et l'adaptation des services de santé et des services sociaux aux besoins des populations les plus vulnérables aux ITSS.

6.1 L'organisation des soins de santé et des services sociaux

Des personnes utilisatrices de drogues sont (ou perçoivent qu'elles sont) mal accueillies dans le réseau de la santé et des services sociaux. S'ajoutant à la faible estime que ces personnes ont d'elles-mêmes, cela constitue une barrière importante à la consultation des services de santé en temps opportun. On consulte souvent trop tardivement, ce qui entraîne une utilisation inappropriée des urgences et exige souvent des hospitalisations, contribuant ainsi à l'augmentation des coûts.

En raison de leur vulnérabilité, de leur marginalité et de leur désorganisation, certaines personnes UD présentent des situations complexes qui exigent l'intervention de plusieurs professionnels de la santé et des services sociaux⁴⁸. Le système de santé et de services sociaux est souvent exigeant, les procédures compliquées, les horaires contraignants et les délais d'attente trop longs pour ces personnes. De plus, les soins sont souvent morcelés ou cloisonnés.

Par méconnaissance ou par manque d'intérêt, par manque de ressources également, le réseau de la santé et des services sociaux, par l'entremise des projets cliniques, n'accorde pas toujours l'importance nécessaire aux problèmes de santé des personnes UD. Il arrive que les différents services (santé physique, santé mentale, dépendance) se renvoient la balle lorsqu'il s'agit de déterminer qui prendra en charge une personne qui requiert des services relevant de tous ces secteurs. L'instauration du « guichet d'accès en santé mentale pour la clientèle adulte des CSSS », qui a pour but de garantir l'accès et la continuité des soins et services en santé mentale le plus près possible du milieu de vie des usagers⁴⁹, laisse entrevoir une amélioration de ce côté.

D'une façon générale, il faudrait accroître l'offre de services aux populations vulnérables en se rappelant que la toxicomanie, l'infection par le VIH, le VHC et les maladies mentales se traitent et sont souvent interreliés. Il faudrait aussi développer des approches de proximité. Des modes de collaboration devraient être établis entre les services de santé, les services sociaux et les organismes communautaires pour offrir des services à bas seuil d'accessibilité dans les domaines des dépendances, de la prévention des ITSS et de la santé mentale.

Il faut tirer profit d'expériences positives réalisées qui permettent aux personnes utilisatrices de drogues de recevoir en un même lieu, en plus du matériel d'injection et du counseling, des services aussi diversifiés que le dépistage des ITSS, le traitement des abcès et autres problèmes de santé, le suivi des traitements contre le VIH ou le VHC, l'accompagnement pour les traitements, les traitements de substitution et le soutien psychosocial pour la réduction ou l'abandon de la consommation de drogues.

ACTIONS PROPOSÉES

12. Élaborer des modèles thérapeutiques qui, dans une perspective de réduction des méfaits, tiennent compte de la globalité de l'individu (et non pas uniquement du fait qu'il est un toxicomane) qui a droit à des services médicaux et sociaux adaptés à sa situation, en faisant appel à une approche interdisciplinaire.
13. Développer des services intégrés, accueillants et à bas seuil d'accessibilité, incluant soins médicaux et infirmiers ainsi que soutien psychosocial, dans une perspective de réduction des méfaits associés à la consommation de drogues.
14. Aux niveaux régional et local, établir une coordination ou une mise en commun de ressources humaines et financières provenant de différents secteurs pour donner dans un même lieu, facile d'accès pour les personnes vulnérables, des services tels que conseils de prévention, dépistage des ITSS, vaccination contre les hépatites A et B, suivi de traitement contre le VIH et le VHC, traitement des abcès et autres problèmes de santé physique, soins en santé mentale, traitement de substitution aux opioïdes et autres traitements de la dépendance, correspondant à l'ensemble des besoins de la personne.

15. Favoriser le travail de proximité, c'est-à-dire les interventions dans le milieu de vie des personnes les plus vulnérables, tant pour la prévention des ITSS que pour les soins de santé et le suivi psychosocial.
16. Aux niveaux national, régional et local, revoir le mode d'organisation afin d'harmoniser les politiques des différentes directions concernées par la consommation de drogues ainsi que les problèmes de santé et les problèmes sociaux qui en découlent.

6.2 Le dépistage et le traitement du VIH et du VHC

Des traitements efficaces existent pour guérir le VHC et pour améliorer les conditions de santé des personnes atteintes du VIH. Les traitements eux-mêmes constituent une mesure de prévention du VHC : en réduisant le bassin de personnes infectées, on diminue le risque de propagation du virus. Encore faut-il que les personnes infectées connaissent leur état sérologique et qu'elles aient accès aux traitements.

Des lacunes importantes sont observées à ce chapitre. Les résultats les plus récents de SurvUDI (juin 2008)⁵⁰ indiquent que, parmi les personnes UDI infectées soit par le VIH, soit par le VHC, soit par les deux virus, environ une sur quatre ignore son infection ou au moins une de ses infections et risque de la ou les transmettre à d'autres sans le savoir. Lorsque le dépistage est réalisé et que des personnes sont trouvées séropositives à l'égard du VIH ou du VHC, ces dernières n'ont pas toujours accès au traitement, particulièrement dans le cas de l'hépatite C. Ainsi, parmi les personnes UDI qui ont participé à l'enquête SurvUDI et qui étaient infectées, seulement par le VHC, 72 % se savaient infectées par le virus. De ce nombre, 44 % étaient suivies par un médecin et seulement 2 % prenaient des médicaments pour cette infection⁵¹.

Les unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS) traitent les personnes atteintes du VIH ainsi que les personnes co-infectées par le VIH et le VHC. Cependant, pour les personnes atteintes du VHC seulement, l'accès aux soins médicaux est limité. Peu de médecins de première ligne offrent l'évaluation et le suivi du traitement des personnes infectées par le VHC et l'on exige encore souvent l'abstinence complète de consommation d'alcool et de drogues ou l'engagement dans un traitement contre la dépendance comme condition d'accès au traitement. Or, des lignes directrices de consensus canadien⁵² indiquaient en 2007 que « Compte tenu de la prévalence élevée de l'infection par le VHC chez les UDI et de la contribution majeure de cette population à l'épidémie de VHC qui sévit actuellement, il n'est pas justifié d'exclure systématiquement les UDI infectés par le VHC des traitements antiviraux. »

Le traitement contre le VHC est plus efficace lorsque le virus est détecté de façon précoce et lorsque le traitement est amorcé sans tarder^{41,48}. Tout comme le VIH, qui est davantage infectieux en phase de primo-infection⁵³, le dépistage régulier des personnes à risque doit être privilégié, accompagné du counseling adéquat. De plus, le fait de connaître leur statut sérologique amène des personnes à modifier certains de leurs comportements à risque au plan sexuel^{54,51} et au plan du partage de matériel d'injection^{55,56}. Pour mettre le plus de chances possible de leur côté, les personnes UD

devraient se soumettre à des tests de dépistage à tous les trois à six mois. Par contre, comme ces deux infections évoluent lentement et que les traitements sont longs et difficiles, il faut attendre le moment propice (domicile fixe, stabilisation psychosociale) avant de les amorcer. Les personnes qui suivent l'un de ces traitements – particulièrement si elles ont d'autres problèmes de santé physique ou mentale et vivent dans des conditions précaires – ont besoin d'un suivi psychosocial professionnel et d'un soutien dans la communauté. L'aide de leurs pairs peut être d'un grand secours.

Enfin, il faudrait envisager d'offrir, lorsque pertinent et avec l'accompagnement nécessaire, des mesures de prophylaxie post-exposition au VIH aux personnes UD comme aux autres qui subissent une exposition accidentelle, professionnelle ou non.

ACTIONS PROPOSÉES

17. Dans les plans locaux de santé publique, faire la promotion du dépistage régulier du VIH et du VHC et en faciliter l'accès (lieux et horaires) aux personnes utilisatrices de drogues, par exemple services sans rendez-vous dans les locaux des sites fixes ou les unités mobiles des organismes communautaires qui offrent l'accès au matériel d'injection stérile.
18. Offrir le plus tôt possible le traitement contre le VHC sans exiger l'abstinence totale de toute consommation de drogues.
19. Faire en sorte que la prise en charge des personnes atteintes du VHC puisse être assumée par les médecins de 1^{ère} ligne, en collaboration étroite avec les médecins de 2^e et de 3^e ligne et avec l'appui d'une équipe multidisciplinaire, en offrant aux médecins et au personnel soignant la formation appropriée.
20. Assurer aux patients un suivi dans la communauté et un soutien psychosocial (par exemple, accès au logement) pour favoriser leur maintien en traitement.

6.3 Le traitement de la dépendance et l'insertion sociale

L'offre de service 2007-2012 du Programme-services Dépendances⁵⁷ recommande l'harmonisation des services du programme Dépendances avec ceux des autres programmes-services à l'intérieur des CSSS, notamment les services en santé mentale et les activités accomplies dans le contexte du *Programme national de santé publique* notamment en ce qui a trait aux ITSS.

Selon l'approche populationnelle, les services de première ligne des CSSS ont la responsabilité de détecter les problèmes liés à la consommation de psychotropes et d'orienter les personnes présentant un profil de consommation à risque vers les services du CSSS (suivi psychosocial et intervention précoce en dépendance) et celles qui présentent un problème d'abus ou de dépendance vers les services spécialisés de deuxième ligne.

Les services offerts aux personnes aux prises avec un problème d'abus ou de dépendance sont notamment la désintoxication interne ou externe, le suivi psychosocial, la réadaptation, les traitements de substitution et la réinsertion sociale. Or, les délais d'attente pour bénéficier de ces services sont souvent trop longs et les exigences posées, inadaptées pour les personnes UD. Pour faciliter l'accès à ces services, il serait souhaitable que les exigences soient réduites, par exemple, ne pas refuser une personne UD parce qu'elle n'a pas de logement stable, ne pas exclure un client en raison d'une rechute ou de l'omission de se présenter à un rendez-vous.

Les traitements contre la dépendance aux opioïdes tels que la prescription de méthadone, d'héroïne⁵⁸, de buprénorphine/naloxone ou de dilaudide ont un impact positif sur la prévention des ITSS chez les personnes souffrant de ce type de dépendance : ils réduisent ou éliminent l'injection, améliorent la santé et les conditions sociales de l'individu et réduisent la criminalité⁵⁹. Or, l'accès à ces services est également difficile. Et nous sommes encore à la recherche d'un traitement contre la dépendance à la cocaïne.

« Des études ont montré que plus s'allongeait le délai séparant la prise de contact initiale avec des services de traitement de la dépendance et l'obtention d'un rendez-vous, moins les personnes s'y rendaient. Un temps d'attente aussi court que 24 heures s'avérerait déjà excessif pour ces personnes qui semblent plus disposées à agir le jour même⁶⁰. »

Nous constatons également des lacunes en matière de continuité des services entre les établissements et organismes qui offrent les services en réduction des méfaits et ceux qui offrent les services de désintoxication, de réadaptation et d'insertion sociale.

Diverses mesures sont en voie de réalisation dans le domaine du traitement des dépendances : mise en place du programme régional d'évaluation spécialisé ; implantation dans les urgences hospitalières d'équipes de liaison formées de personnel des centres de réadaptation en dépendance (CRD) ; formation destinée aux intervenants de première ligne et au personnel des hôpitaux ; promotion de meilleures pratiques concernant l'accessibilité, l'évaluation, le traitement et la continuité de services entre les organismes communautaires, les CSSS, les hôpitaux et les CRD ; bonification de l'offre de services de désintoxication dans l'ensemble des régions du Québec et

recherche de moyens pour favoriser une meilleure accessibilité des traitements de substitution aux opioïdes⁶¹. Le tout devrait permettre d'améliorer l'accès aux services.

Étant donné la vulnérabilité aux ITSS que présentent les personnes utilisatrices de drogues par injection ou par inhalation, il y aurait lieu d'offrir aux intervenants des services en dépendance des CSSS et à ceux des CRD une formation de base en ITSS et en réduction des méfaits.

Par ailleurs, on déplore l'absence de lieux de dégrisement, de répit et d'hébergement. Les personnes qui ont besoin de ces services sont trop souvent dirigées vers les deux seuls lieux où elles sont « acceptées », soit l'urgence de l'hôpital ou le poste de police.

Enfin, l'expérience des organismes communautaires qui offrent, dans une perspective de réduction des méfaits, des services en insertion sociale est peu reconnue et ces activités ne bénéficient pas d'un financement stable.

ACTIONS PROPOSÉES

21. Établir ou consolider des corridors de services entre les organismes communautaires, les services de première ligne des CSSS et les services de désintoxication, de réadaptation et de réinsertion sociale.
22. Dans le cadre de l'offre de services en dépendance dans les CSSS, tenir compte de la vulnérabilité des personnes UD aux ITSS afin de leur offrir les services appropriés (dépistage des ITSS, accès au matériel d'injection ou d'inhalation, vaccination contre les hépatites A et B, counseling ou orientation vers le centre de réadaptation en dépendance).
23. Offrir aux intervenants des services en dépendance des CSSS et à ceux des centres de réadaptation en dépendance une formation de base en ITSS et en réduction des méfaits.
24. Rendre accessible dans les centres de réadaptation en dépendance – en réduisant les exigences – le traitement de la dépendance aux drogues au moment où les personnes en ont besoin, incluant la prescription de méthadone, d'héroïne, de buprénorphine/naloxone et de dilaudide, accompagné des services psychosociaux spécialisés appropriés.
25. Poursuivre la recherche en vue de trouver un traitement de substitution à la cocaïne.
26. Mieux soutenir les activités d'insertion sociale offertes par les organismes communautaires.

7. POUR L'INCLUSION DES PERSONNES UTILISATRICES DE DROGUES

L'opinion selon laquelle les personnes qui font usage de drogues de façon inappropriée ont nécessairement choisi ce mode de vie, selon laquelle c'est par manque de volonté que plusieurs sont en situation d'itinérance, s'adonnent au travail du sexe ou versent dans la criminalité, a peu à voir avec la réalité. Personne ne naît avec le désir de devenir toxicomane ou de vivre dans la rue. Ces situations sont le résultat de plusieurs facteurs personnels, familiaux, sociaux et économiques qui contribuent peu à peu à exclure de la vie citoyenne les plus vulnérables de notre société. Et le regard que l'on porte sur eux – quand on ne détourne pas le regard – contribue à renforcer chez eux l'idée qu'ils n'ont aucun avenir et, face aux ITSS, qu'ils « ne valent pas la peine de se protéger », comme le disait une récente campagne de communication du MSSS.

Notre monde du travail axé sur la performance laisse peu de place à ceux et celles qui ont une fragilité sur le plan de la santé physique ou mentale ou encore qui s'adaptent difficilement à la rigidité de l'organisation du travail. Dans le milieu scolaire, diverses pratiques de sélection, contraires au principe de l'égalité des chances, peuvent favoriser le décrochage et l'exclusion, ce qui n'est sans doute pas étranger au faible niveau de scolarisation des personnes UD. Notre société de consommation à outrance crée des attentes qui ne peuvent être satisfaites chez les personnes peu instruites, sans emploi ou occupant des emplois peu valorisants et mal rémunérés, des personnes qui n'ont jamais voix au chapitre là où se prennent les décisions qui influencent leurs conditions de vie. L'écart se creuse entre riches et pauvres. Pas surprenant que certains décrochent, expriment leur frustration et refusent les règles du jeu d'un monde où ils sont toujours perdants.

La réduction des méfaits liés à la consommation de drogues implique que l'on traite les personnes utilisatrices de drogues pour ce qu'elles sont, c'est-à-dire des citoyens et des citoyennes à part entière. L'inclusion, c'est le contraire de l'exclusion. C'est éviter que des politiques publiques marginalisent et stigmatisent les plus vulnérables de notre société, par exemple en les chassant des lieux publics, en faisant d'eux des criminels, puis en les privant de droits comme le droit à la santé lorsqu'ils se retrouvent en prison et lorsqu'ils en sortent. Plus largement, il faut agir en amont des problèmes, dès l'enfance, en favorisant la réussite scolaire de tous les élèves, en facilitant l'accès au loisir, en développant le logement social, en offrant des conditions de travail décentes et en luttant contre la pauvreté.

7.1 La participation des personnes utilisatrices de drogues

Marginalisées à cause de leurs pratiques considérées comme criminelles ou en raison d'autres facteurs tels que situation d'itinérance ou problèmes de santé mentale, les personnes qui utilisent des drogues sont rarement impliquées dans les discussions sur les enjeux qui touchent leur vie. Or, du fait qu'elles connaissent le milieu et y ont facilement accès, ces personnes sont les mieux placées pour faire la promotion de la santé auprès de leurs pairs. Elles peuvent, par exemple, contribuer à la réalisation

d'activités d'éducation et d'outils d'information adaptés à la réalité des personnes utilisatrices de drogues.

La formule des pairs aidants est à encourager. Il s'agit de personnes qui ont l'expérience du milieu de la consommation de drogues, qui reçoivent une formation, qui sont encadrées par un organisme communautaire pour intervenir auprès des personnes utilisatrices de drogues dans leur milieu de vie et qui reçoivent une rémunération pour ce travail. Elles peuvent contribuer à la prévention des ITSS en distribuant du matériel d'injection ou d'inhalation, intervenir adéquatement dans les cas de surdose, donner des premiers soins, etc. Ce travail est des plus bénéfiques tant pour le pair aidant lui-même (qui sort de la marginalité, retrouve l'estime de soi et joue un rôle utile dans la collectivité) que pour les personnes aidées (qui se sentent mieux comprises et sont, par conséquent, plus réceptives aux messages qui leurs sont transmis).

La participation des personnes utilisatrices de drogues, par le biais d'associations qui les représentent, peut accroître la portée et l'efficacité des services de prévention et de réduction des méfaits. Ces personnes sont en mesure d'établir le contact avec ceux et celles qui sont le plus à risque, de leur offrir des mesures de soutien et de plaider pour le respect de leurs droits et la reconnaissance de leur dignité. Elles peuvent aussi contribuer à l'établissement de politiques et de programmes qui les concernent ainsi qu'à la planification, à l'organisation et à l'évaluation des services qui leur sont destinés, notamment en prévention des ITSS, en réduction des méfaits et en traitement de la dépendance.

Ce sont là des moyens permettant aux personnes utilisatrices de drogues de se réapproprier ou d'augmenter leur pouvoir d'agir, de développer un sentiment d'appartenance à un groupe social et de faire l'apprentissage de la citoyenneté. À l'instar de la communauté gaie, qui s'est mobilisée pour répondre à l'épidémie de VIH, les personnes utilisatrices de drogues peuvent prendre en charge leur développement et agir de façon responsable dans la collectivité si nous leur fournissons des moyens. C'est précisément ce que propose le Manifeste de l'Association pour la défense des droits et l'inclusion des personnes qui consomment des drogues du Québec (ADDICQ)⁶², une association qui a vu le jour officiellement en novembre 2007.

ACTIONS PROPOSÉES

27. Soutenir la mise en place d'associations réunissant les personnes utilisatrices de drogues pour la défense de leurs droits, l'amélioration de leurs conditions de vie et la lutte contre la discrimination dont elles font l'objet de la part du système de santé, des services policiers et du système juridique, de même que dans les domaines de l'éducation, de l'emploi, du logement ou autres.
28. Associer de façon significative et soutenue les associations représentant les personnes utilisatrices de drogues dans l'établissement de politiques et de programmes qui les concernent et dans la planification, l'organisation et l'évaluation des services qui leur sont destinés.

29. Développer des actions qui visent le renforcement des capacités des personnes utilisatrices de drogues en leur permettant de développer diverses habiletés telles que :
 - formation sur les premiers soins à donner dans diverses situations (surdose, engelures, plaies, etc.) ;
 - connaissance de pratiques sécuritaires de consommation de drogues et de toute autre activité (ex. : tatouage, perçage) considérée à risque pour la transmission du VIH et du VHC ;
 - compétences pour l'animation et la participation à des activités d'éducation auprès de leurs pairs ou de consultation par ou au sein de divers organismes.
30. Élaborer un programme de formation adapté par et pour les pairs aidants.
31. Appuyer des projets favorisant l'augmentation du pouvoir d'agir et la participation civique des personnes UD. Exemples : Toxiconet (corvées de nettoyage et d'embellissement de l'arrondissement), de Cactus Montréal, TAPAJ (banque d'emploi pour personnes vivant dans une grande précarité) et Spectre de rue.

7.2 Les règlements municipaux et les pratiques policières

Les pressions publiques en faveur de mesures perçues comme favorisant la sécurité et l'ordre amènent les élus municipaux à édicter des règlements puis, les services policiers à adopter des pratiques qui nuisent à la réduction des méfaits associés à la consommation de drogues.

C'est le cas de certains règlements relatifs à l'occupation de l'espace public qui ont pour effet d'exclure les personnes considérées comme marginales. Ces règlements, tout comme la surveillance par caméras vidéo et le « nettoyage » avant la saison touristique, par exemple, déplacent les activités liées à la drogue vers d'autres secteurs, éloignent les personnes utilisatrices de drogues des centres d'accès au matériel stérile, favorisent le partage de matériel d'injection et d'inhalation et réduisent les possibilités des intervenants, tels que les travailleurs de proximité, de rejoindre leurs clients habituels. Le tout a un impact négatif sur les interventions en matière de réduction des méfaits liés à la consommation de drogues dont les programmes de prévention des ITSS.

Certaines interventions policières (ex. : contraventions pour flânerie ou pour diverses « incivilités »), conduisent à la judiciarisation et à l'incarcération des personnes utilisatrices de drogues. La crainte d'arrestation ou de fouille entraîne l'injection à la hâte, dans de mauvaises conditions ; elle favorise le partage de matériel d'injection ; elle augmente les risques de surdoses, d'accidents vasculaires et d'abcès ; elle incite les personnes UD à se débarrasser de leurs seringues usagées de façon inappropriée. Des personnes utilisatrices de drogues craignent de s'adresser à la police pour obtenir de l'aide ou des services d'urgence de peur d'être arrêtées plutôt qu'aidées.

« Sans réorienter de fond en comble les politiques canadiennes en matière de drogue, beaucoup de choses peuvent être faites pour rendre les pratiques policières plus conviviales à la réduction des méfaits », affirme le Réseau juridique canadien VIH-sida⁶³. Il recommande notamment les actions suivantes :

- ne pas arrêter ou accoster des personnes sur les lieux d'une surdose ;
- ne pas procéder à des arrestations, des fouilles ou des perquisitions dans les lieux et au moment où des personnes sont en train de s'injecter de la drogue ;
- ne jamais confisquer de matériel d'injection ou d'inhalation ni demander aux personnes qui utilisent de la drogue de détruire leurs seringues ou autres instruments servant à l'injection ou à l'inhalation de drogues.

Au Québec, les autorités de santé publique pourraient établir avec les services policiers un protocole d'intervention qui contribuerait aux efforts de protection de la santé des personnes utilisatrices de drogues et à la prévention du VIH et du VHC. Aux trois actions mentionnées, on pourrait ajouter :

- ne jamais considérer la possession ou la présence d'un contenant pour déchets biomédicaux piquants et tranchants comme la preuve d'activités illicites ;
- éviter une présence régulière de la police à proximité des centres d'accès au matériel d'injection ;
- permettre à la personne qui est en état d'arrestation de poursuivre un traitement de substitution ou un traitement contre le VIH ou le VHC.

Les policiers ne sont pas des professionnels de la santé et des services sociaux. Ils devraient cependant avoir une connaissance de base en réduction des méfaits, en ITSS, en premiers soins, notamment pour les situations d'urgence telles qu'une surdose. Des formules devraient être explorées pour obtenir la présence d'intervenants de proximité, pour permettre à la personne qui est en état d'arrestation de poursuivre un traitement de substitution ou un traitement contre le VIH ou le VHC. Ces intervenants pourraient aussi agir comme médiateurs et éviter, dans certains cas, la judiciarisation de la personne interceptée.

Il importe de développer une meilleure compréhension des rôles respectifs des intervenants en santé publique et des responsables de la sécurité publique. Il y a lieu de favoriser également les initiatives qui amènent les personnes UD à reconnaître les préoccupations des citoyens et permettent à ces derniers de mieux connaître et mieux accepter les personnes qui ont un mode de vie parfois différent du leur.

ACTIONS PROPOSÉES

32. Tout en reconnaissant la nécessité que la sécurité publique soit assurée, informer la population, les élus municipaux et les corps policiers sur les effets qu'ont les pratiques de répression et d'exclusion sur les interventions visant à réduire les méfaits sur la santé associés à la consommation de drogues.

33. Inviter les municipalités à élaborer des politiques favorisant la cohabitation harmonieuse entre citoyens aux styles de vie diversifiés, résidants, commerçants, organismes communautaires et services policiers.
34. Élaborer avec les services policiers un protocole d'intervention qui contribuerait aux efforts de protection de la santé des personnes utilisatrices de drogues et notamment à la prévention du VIH et du VHC.
35. Inciter les membres des services policiers à acquérir une formation dans le domaine de la réduction des méfaits liés à l'usage de drogues.
36. Favoriser des expériences d'action conjointe entre les intervenants de la santé et ceux de la sécurité publique pour éviter la judiciarisation inutile de personnes utilisatrices de drogues.

7.3 Les tribunaux et le milieu carcéral

Les personnes utilisatrices de drogues condamnées pour différentes infractions liées à leur mode de vie se voient parfois imposer des conditions de libération qui les empêchent d'avoir accès à des services de réduction des méfaits. Pour éviter de nuire aux activités de prévention, il serait souhaitable que les tribunaux n'imposent jamais de restrictions au fait d'avoir sur soi des instruments pour l'usage de drogues et ne désignent jamais comme « zone interdite » des secteurs où des services de réduction des méfaits sont offerts.

Selon une étude menée dans sept établissements de détention sous juridiction québécoise, en 2003⁶⁴, 4,4 % des hommes et 0,8 % des femmes se seraient déjà injecté des drogues en prison. Pour ce faire, 63 % des hommes et 50 % des femmes ont partagé des seringues. Selon la même étude, 18,5 % des personnes incarcérées étaient atteintes du VHC et 3,4 % étaient infectées par le VIH. Chez les personnes UDI incarcérées qui disent s'être également injecté des drogues en prison, les taux d'infection atteignent 18,3 pour le VIH et 80 % pour le VHC. Le tatouage et le perçage sont également populaires dans les centres de détention. Les risques de transmission du VIH et du VHC y sont donc éminemment présents. L'accès à du matériel d'injection, de tatouage et de perçage stérile est nécessaire pour éviter la propagation de ces infections.

En 2009, la population québécoise semble davantage favorable aux programmes d'échange de seringues en prison avec un appui de 54 % comparativement à 34 % en 2001⁶⁵.

Lorsque la judiciarisation survient, l'incarcération peut être l'occasion d'entrer en contact avec des personnes vulnérables et difficiles à joindre, d'offrir des services de prévention des ITSS et d'entreprendre des traitements, s'il y a lieu, alors que plusieurs des personnes détenues sont soustraites au mode de vie désorganisé qui est souvent le leur. En raison de la philosophie et des règles du système carcéral, la prévention du VIH et du VHC, de même que les traitements de ces infections et de la toxicomanie pendant

l'incarcération, présentent des difficultés. Le contexte de transfert de la responsabilité des services de santé de la sécurité publique au réseau de la santé pourrait permettre de combler les lacunes⁶⁶.

Les efforts qu'une personne détenue a déployés durant son incarcération pour adopter des comportements sécuritaires face au VIH et au VHC, de même que les traitements qu'elle a reçus, peuvent être neutralisés au moment de sa remise en liberté, en l'absence d'un suivi médical et psychosocial approprié. Les services de santé des centres de détention devraient entreprendre les démarches nécessaires auprès des services de santé et des services sociaux afin que soit assurée la continuité des soins dans la communauté.

Les efforts consentis durant l'incarcération peuvent aussi être anéantis si la personne retrouve les mêmes conditions de vie, dans le même milieu qu'auparavant. Les maisons de transition sont des ressources mises en place justement pour faciliter la réinsertion sociale. Ce sont des partenaires avec lesquels les CSSS et les organismes communautaires peuvent collaborer au moment où une personne est remise en liberté.

ACTIONS PROPOSÉES

37. Favoriser l'accès aux programmes de désintoxication, au traitement de substitution aux opioïdes, aux traitements contre le VIH et le VHC et aux services psychosociaux pendant l'incarcération et après la sortie du centre de détention.
38. Sensibiliser la population en milieu carcéral aux risques de transmission d'ITSS, notamment du VIH et du VHC, en lien avec les comportements sexuels, l'usage de drogues, le tatouage et le perçage. À cette fin, maintenir ou accentuer le travail de milieu et l'éducation entre pairs.
39. Assurer l'accès de façon volontaire et confidentielle à des services de consultation, de dépistage des ITSS et de vaccination de type SIDEPE.
40. Rendre les condoms accessibles dans les centres de détention.
41. Rendre disponibles dans les centres de détention du matériel d'injection, de tatouage et de perçage stérile et, faute de mieux, de l'eau de Javel.

7.4 La lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale

Toxicomanie, itinérance et maladie mentale s'incarnent souvent chez les mêmes personnes. Ces situations, qui confinent les plus vulnérables à la marginalité et parfois à la criminalité, ont des causes beaucoup plus globales, notamment la pauvreté. Elles sont aussi le résultat de la discrimination qui s'exerce plus ou moins subtilement dans différents domaines.

La solution à ces problèmes exige la concertation de nombreuses instances du secteur de la santé et des services sociaux, des organismes communautaires œuvrant dans ces différentes missions, mais également d'autres acteurs tels que les milieux de l'éducation, les autorités politiques municipales et autres, les services de police, etc. La lutte contre la pauvreté devrait les rallier tous, comme les y invitent le *Programme national de santé publique 2003-2012* et le *Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale 2004-2009*.

De même, le droit à la santé, mais également le droit à l'éducation, au logement, au travail, à un revenu décent, en somme, le droit à la dignité, devraient être reconnus pour tous et toutes. La réduction des méfaits liés à la consommation de drogues, dont les épidémies de VIH et du VHC serait d'autant facilitée et son efficacité, accrue.

ACTIONS PROPOSÉES

42. Développer l'action intersectorielle pour lutter contre la pauvreté, réduire les inégalités et favoriser l'accès pour tous, sans discrimination, à la santé, à l'éducation, à la justice, au logement, au travail, à un revenu décent, au loisir et à la culture.
43. Dans le soutien au développement des communautés, aux paliers national, régional et local, accorder une attention spéciale aux populations vulnérables aux ITSS.
44. Organiser des campagnes de sensibilisation du public pour favoriser l'acceptation et le respect des personnes utilisatrices de drogues et des services qui leur sont offerts en matière de réduction des méfaits.
45. Approfondir les connaissances sur les dynamiques sociales dans lesquelles s'inscrivent les interventions dans le domaine de la prévention des ITSS chez les personnes UD, en favorisant le dialogue entre les acteurs, dans une perspective d'apprentissage, de développement des capacités et de valorisation des connaissances.

CONCLUSION

Les programmes de réduction des méfaits ont démontré leur efficacité pour limiter le partage de matériel d'injection et, par le fait même, la transmission du VIH chez les personnes utilisatrices de drogues par injection et par inhalation, mais cette épidémie continue néanmoins sa progression. Quant à l'épidémie de VHC, elle demeure fulgurante chez ces populations.

La situation actuelle présente encore de nombreux défis et elle requiert de nouvelles façons de lutter contre ces infections. Elle exige une action concertée, énergique et soutenue. Une action qui dépasse largement le champ d'action de la santé publique et des organismes communautaires.

Les personnes utilisatrices de drogues sont des citoyens et des citoyennes à part entière. Elles ont droit notamment à des programmes de prévention, à des services de santé physique et mentale, à des traitements de la dépendance et à des services sociaux adaptés à leur condition. Elles doivent être impliquées de façon significative dans l'élaboration et la réalisation de programmes et d'actions qui leur sont destinés.

Les obstacles doivent être levés pour permettre la mise en œuvre de mesures qui ont fait la preuve de leur efficacité notamment pour prévenir les méfaits associés à la consommation de drogues, dont les infections et les surdoses, et pour améliorer la santé et les conditions de vie des personnes les plus marginalisées.

Dans l'élaboration des différentes politiques publiques, dont celles visant à assurer la sécurité publique, il faudrait prendre en compte les actions de santé publique visant la prévention des ITSS et faire en sorte de les appuyer.

Enfin, la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale est essentielle pour la prévention de l'utilisation inappropriée de drogues et de ses conséquences pour les personnes UD elles-mêmes, mais également pour l'ensemble de la société.

Annexe 1

Liste des personnes consultées

M. Pierre-Raymond Allard	Institut national de santé publique du Québec – Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels, Unité ITSS
Mme Marie-Annick Barbier	Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec
M. Philippe-Alexandre Bourgoin	Association pour la défense des droits et l'inclusion des personnes qui consomment des drogues du Québec
M. Pierre Desrosiers	Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec
M. Daniel Ducharme	Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse
M. Pascal Dufour	Ministère de la Sécurité publique – Direction générale des affaires policières
M. Riyas Fadel	Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida
Mme Danielle Gélinas	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
M. Jean-François Guévin	Ordre des pharmaciens du Québec
M. Claude Leblond	Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec
Mme Martine Maillé	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
Mme Nicole McNeil	Réseau solidarité itinérance du Québec
M. Éric Michaud	Ministère de la Sécurité publique – Secteur correctionnel
Mme Caroline Depokomandy-Morin	Ministère de la Santé et des Services sociaux – Direction de la prévention des maladies chroniques et des traumatismes
Mme Lyse Pinault	Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida
M. Paul Roberge	Ministère de la Santé et des Services sociaux – Service des toxicomanies et dépendances

Mme Sophie Sénécal	Association pour la défense des droits et l'inclusion des personnes qui consomment des drogues du Québec
Dre Cécile Tremblay	Association des médecins microbiologistes et infectiologues du Québec
Mme Carmen Trottier	Association des intervenants en toxicomanie du Québec
Dre Sylvie Vézina	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
Dr Bernard Willems	Association des gastro-entérologues du Québec

Annexe 2

Politiques, orientations et programmes ayant des incidences sur les services aux personnes utilisatrices de drogues

- Le *Programme national de santé publique 2003-2012 (mise à jour 2008)* privilégie cinq stratégies d'intervention sur les facteurs susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être de la population :

- renforcer le potentiel des personnes ;
- soutenir le développement des communautés ;
- participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être ;
- soutenir les groupes vulnérables ;
- encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces.

Il définit des fonctions de soutien :

- la réglementation, la législation et les politiques publiques ayant des effets sur la santé ;
- la recherche et l'innovation ;
- le maintien et le développement des compétences en santé publique.

Il propose trois axes d'intervention pour réduire les ITSS :

- l'offre de services aux populations à risque de contracter ces infections ;
- l'organisation d'activités dans les milieux de vie des populations vulnérables socialement ;
- la création d'environnements favorables à la prévention de ces infections.

- La *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmises sexuellement : Orientations 2003-2009* considère comme groupes vulnérables notamment les personnes UDI, les personnes incarcérées, les jeunes en difficulté – dont les jeunes de la rue, les travailleurs et travailleuses du sexe et les jeunes toxicomanes – et les Autochtones.

- La réforme des services de santé et des services sociaux de 2003 établit :

- ***la responsabilité populationnelle***

Les différents intervenants offrant des services à la population d'un territoire local sont amenés à partager collectivement une responsabilité envers cette population en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux, tout en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population ;

– **la hiérarchisation des services**

Celle-ci vise une meilleure complémentarité des services en facilitant le cheminement de l'utilisateur entre les services de première, de deuxième et de troisième ligne suivant des mécanismes de référence entre dispensateurs de services. Une meilleure accessibilité aux services est assurée par des ententes ou des corridors établis entre ces derniers.

Autres politiques, orientations et programmes ministériels existants touchant un ou plusieurs problèmes pouvant affecter les personnes utilisatrices de drogues :

- *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie : Orientations, axes d'intervention, actions* (MSSS, 2001)^{viii} ;
- *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*. Document préparé par le Comité consultatif FPT sur la santé de la population et autres pour la rencontre des ministres de la Santé tenue à St-John's, Terre-Neuve, en septembre 2001 ;
- le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens* (MSSS) ;
- le *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011* (MSSS) ;
- le Cadre de référence et guide de bonnes pratiques intitulé *Le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution* (MSSS, 2006) ;
- l'*Offre de service 2007-2012 du Programme-services dépendances* intitulé *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience* (MSSS, 2007) ;
- le cadre de référence *L'itinérance au Québec* (MSSS, 2008) ;
- le *Guichet d'accès en santé mentale pour la clientèle adulte des CSSS : Balises de la Direction de la santé mentale* (MSSS, 2008).

viii. Les références complètes de tous ces documents sont indiquées dans la bibliographie qui se trouve à la fin du présent document.

Annexe 3

Indicateurs recommandés pour le suivi des personnes faisant usage de drogues, en lien avec les ITSS

Pratiques liées à la consommation de drogues et à la sexualité

- Principales drogues injectées et inhalées
- Partage du matériel d'injection et d'inhalation
- Utilisation des condoms

Infections transmissibles sexuellement et par le sang

- Infection par le VIH et le VHC chez les personnes UD

Prévalence d'autres problèmes de santé liés à l'usage de drogues

- Endocardites et abcès cutanés
- SARM communautaire
- Nombre surdoses létales (analyse exploratoire)
- Nombre surdoses non létales (analyse exploratoire)

Traitement de la toxicomanie

- Prescription de méthadone (analyse exploratoire)
- Personnes UDI en traitement par la méthadone (analyse exploratoire)
- Personnes UDI en traitement de réadaptation

Programmes d'accès au matériel d'injection et d'inhalation pour les personnes UD

- Accès au matériel d'injection et d'inhalation pour les personnes UD
- Quantité de seringues et d'autre matériel distribués dans les centres d'accès au matériel d'injection
- Quantité de seringues et d'autre matériel distribués dans les pharmacies (analyse exploratoire)
- Nombre de visites dans les centres d'accès au matériel d'injection

Dépistage et traitement

- Proportion de personnes qui ont subi un test de dépistage pour le VIH ou le VHC et délai depuis le dernier test de dépistage
- Proportion des personnes UD qui savent qu'elles sont infectées par le VIH ou le VHC
- Proportion de personnes UD qui sont suivies par un médecin pour leur infection par le VIH ou par le VHC et proportion de celles qui sont actuellement sous traitement pour le VIH ou le VHC

Attitudes de la population à l'égard des programmes de réduction des méfaits liés à la consommation de drogues

Annexe 4

Exemple d'indicateurs et d'actions à réaliser selon les différents domaines en matière de santé et de services sociaux pour les personnes qui font usage de drogues par injection*

<i>Surveillance</i>	<i>Promotion de la santé</i>	<i>Prévention / protection Intervention précoce</i>	<i>Traitement et soutien</i>	<i>Développement des compétences</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usage de drogues selon mode de consommation ▪ Nombre de personnes UDI ▪ Taux de partage du matériel d'injection ▪ Nombre de cas de VIH chez les UDI ▪ Nombre de cas de VHC chez les UDI ▪ Nombre de surdoses létales/non létales ▪ Nombre d'endocardites/d'abcès ▪ Nombre de SARM communautaire chez des UDI ▪ Taux d'offenses criminelles ▪ Proportion de crimes liés aux drogues ▪ Nombre d'UDI en traitement de réadaptation ▪ Nombre de médecins prescripteurs de méthadone ▪ Nombre d'UDI en traitement à la méthadone ▪ Nombre de CAMI/visites et matériel distribué ▪ Incidence prévalence VIH et VHC 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Campagnes de communication ▪ Éducation à la santé ▪ Récupération de seringues ▪ Rencontre avec des citoyens ▪ Liens avec les services de police ▪ Défense des droits ▪ Pairs aidants ▪ Actions prises en vue de promouvoir des environnements favorables pour la prévention (municipal, régional, local, etc.) ▪ Alternative à la judiciarisation ▪ Mobilisation des usagers 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévention de l'usage inapproprié ▪ Prévention du passage à l'injection ▪ Repérage et détection des personnes avec problème de consommation ▪ Programme d'interventions brèves (Alcochoix+) ▪ Approche motivationnelle ou entretien motivationnel avec le client ▪ Intervention précoce et suivi psychosocial ▪ Intervenant pivot ▪ Vaccination hépatites A et B ▪ Accès au matériel d'injection, d'inhalation ▪ Information injection ou inhalation à risques réduits, etc. ▪ Prévention des surdoses, des mélanges, des infections aux tissus mous ▪ Approches (populationnelle, résolution de problèmes, motivationnelle, <i>mapping</i>, etc.) ▪ Philosophie d'intervention (abstinence, réduction des méfaits, etc.) ▪ Accès au matériel d'injection en milieu carcéral ▪ Pratiques cliniques préventives en ITSS (IPPAP, dépistage) ▪ Travail de proximité ▪ Services à bas seuil d'accessibilité ▪ Service d'injection supervisée 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accompagnement psychosocial ▪ Services de désintoxication CRPAT et hôpitaux ▪ Services de réadaptation CRPAT ▪ Aide et soutien / organismes avec hébergement en toxicomanie ▪ Programme de traitement de la dépendance aux opiacés (méthadone, buprénorphine et héroïne prescrite - projet NAOMI) ▪ Traitement des ITS ▪ Services de traitement prophylactique post-exposition aux liquides biologiques ▪ Traitement du VIH ▪ Traitement du VHC ▪ Groupes de soutien aux PVVIH et PVVHC et personnes dépendantes ▪ Communautés thérapeutiques ▪ Programme d'insertion sociale (fiducie, hébergement...) ▪ Services aux personnes avec comorbidité (santé mentale/toxicomanie) ▪ Services de répit, dégrisement ▪ Aide aux personnes incarcérées et judiciarisées UDI ▪ Mobilisation des usagers 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation des intervenants de première ligne et intervenants de centres de réadaptation ▪ Intervenants communautaires ▪ Autres partenaires à l'extérieur du réseau de la santé

* Document de travail utilisé à la Rencontre nationale des répondants régionaux en toxicomanie et en infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)-UDI, le 27 mai 2008, en vue de jeter les bases d'un travail intersectoriel pour améliorer la qualité, l'accessibilité et la continuité des services de santé et des services sociaux pour les personnes qui font usage de drogues par injection.

Annexe 5

LISTE DES ACTIONS PROPOSÉES POUR LA PRÉVENTION DU VIH, DU VHC ET DES AUTRES PROBLÈMES LIÉS À L'USAGE DE DROGUES

L'accès au matériel d'injection et d'inhalation

1. 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 ainsi que leurs services d'information-éducation, d'écoute-soutien, d'accompagnement, d'insertion sociale, de vaccination, de dépistage des ITSS, de référence en ITSS et en toxicomanie ou à d'autres services.
2. Selon les réalités des régions, augmenter l'accessibilité du matériel d'injection stérile (ex. : viser une disponibilité 24/24) là où c'est nécessaire.
3. Augmenter le nombre de centres d'accès au matériel d'injection stérile. Idéalement, en plus des organismes communautaires, toutes les pharmacies et tous les CLSC devraient offrir ce service et récupérer les seringues usagées.
4. Diversifier les modes de distribution de matériel d'injection selon les besoins de la population locale : par des travailleurs de rue, par des pairs, etc. et favoriser la distribution secondaire (seringues données à un utilisateur qui les redistribue à d'autres) dans les milieux de consommation.
5. Encourager les personnes UDI à rapporter leurs seringues usagées, sans limiter le nombre de seringues données lors d'une visite afin de permettre aux clients d'atteindre l'objectif d'utiliser une seringue neuve pour chaque injection.
6. Distribuer du matériel d'inhalation (tubes, filtres et embouts) propre et inciter les utilisateurs à ne pas partager ce matériel.

Les services d'injection supervisée

7. Ajouter aux services actuels des centres d'accès au matériel d'injection situés dans les organismes communautaires des services d'injection supervisée, selon un modèle adapté à la réalité du Québec et des communautés locales, et en assurant une étroite collaboration entre ces services, les centres de désintoxication et de réadaptation ainsi que les CSSS.

Les activités d'éducation sur l'injection et l'inhalation à risques réduits et la prévention du passage à l'injection

8. Poursuivre l'éducation sur l'injection à risques réduits, par exemple ne jamais partager le matériel d'injection, ne pas s'injecter seul et utiliser une nouvelle seringue pour chaque injection.
9. Poursuivre les actions de prévention du passage à l'injection auprès des jeunes en difficulté.

10. Inciter les personnes qui consomment des drogues par inhalation à ne jamais partager leur matériel d'inhalation.
11. Associer des personnes utilisatrices de drogues à l'élaboration des activités et des messages de prévention de l'usage inapproprié de drogues et du passage à l'injection.

L'organisation des soins de santé et des services sociaux

12. Élaborer des modèles thérapeutiques qui, dans une perspective de réduction des méfaits, tiennent compte de la globalité de l'individu (et non pas uniquement du fait qu'il est un toxicomane) qui a droit à des services médicaux et sociaux adaptés à sa situation et faisant appel à une approche interdisciplinaire.
13. Développer des services intégrés, accueillants et à bas seuil d'accessibilité, incluant soins médicaux et infirmiers ainsi que soutien psychosocial, dans une perspective de réduction des méfaits associés à la consommation de drogues.
14. Aux niveaux régional et local, établir une coordination ou une mise en commun de ressources humaines et financières provenant de différents secteurs pour donner dans un même lieu, facile d'accès pour les personnes vulnérables, des services tels que conseils de prévention, dépistage des ITSS, vaccination contre les hépatites A et B, suivi de traitement contre le VIH et le VHC, traitement des abcès et autres problèmes de santé physique, soins en santé mentale, traitements de substitution aux opioïdes et autres traitements de la dépendance, correspondant à l'ensemble des besoins de la personne.
15. Favoriser le travail de proximité, c'est-à-dire les interventions dans le milieu de vie des personnes les plus vulnérables, tant pour la prévention des ITSS que pour les soins de santé et le suivi psychosocial.
16. Aux niveaux national, régional et local, revoir le mode d'organisation afin d'harmoniser les politiques des différentes directions concernées par la consommation de drogues ainsi que les problèmes de santé et les problèmes sociaux qui en découlent.

Le dépistage et le traitement du VIH et du VHC

17. Dans les plans locaux de santé publique, faire la promotion du dépistage régulier du VIH et du VHC et en faciliter l'accès (lieux et horaires) aux personnes utilisatrices de drogues, par exemple services sans rendez-vous dans les locaux des sites fixes ou dans les unités mobiles des organismes communautaires qui offrent l'accès au matériel d'injection stérile.
18. Offrir le plus tôt possible le traitement contre le VHC sans exiger l'abstinence totale de toute consommation de drogues.
19. Faire en sorte que la prise en charge des personnes atteintes du VHC puisse être assumée par les médecins de 1^{ère} ligne, en collaboration étroite avec les médecins de 2^e et de 3^e ligne, avec l'appui d'une équipe multidisciplinaire, en offrant aux médecins et au personnel soignant la formation appropriée.

20. Assurer aux patients un suivi dans la communauté et un soutien psychosocial (par exemple, accès au logement) pour favoriser leur maintien en traitement.

Le traitement de la dépendance et l'insertion sociale

21. Établir ou consolider des corridors de services entre les organismes communautaires, les services de première ligne des CSSS et les services de désintoxication, de réadaptation et de réinsertion sociale.
22. Dans le cadre de l'offre de services en dépendance dans les CSSS, tenir compte de la vulnérabilité des personnes UD aux ITSS afin de leur offrir les services appropriés (dépistage des ITSS, accès au matériel d'injection ou d'inhalation, vaccination contre les hépatites A et B, counseling ou orientation vers le centre de réadaptation en dépendance).
23. Offrir aux intervenants des services en dépendance des CSSS et à ceux des centres de réadaptation en dépendance une formation de base en ITSS et en réduction des méfaits.
24. Rendre accessible dans les centres de réadaptation en dépendance – en réduisant les exigences – le traitement de la dépendance aux drogues au moment où les personnes en ont besoin, incluant la prescription de méthadone, d'héroïne, de buprénorphine/naloxone et de dilaudide, accompagné des services psychosociaux spécialisés appropriés.
25. Poursuivre la recherche en vue de trouver un traitement de substitution à la cocaïne.
26. Mieux soutenir les activités d'insertion sociale offertes par les organismes communautaires.

La participation des personnes utilisatrices de drogues

27. Soutenir la mise en place d'associations réunissant les personnes utilisatrices de drogues pour la défense de leurs droits, l'amélioration de leurs conditions de vie et la lutte contre la discrimination dont elles font l'objet de la part du système de santé, des services policiers et du système juridique, de même que dans les domaines de l'éducation, de l'emploi, du logement ou autres.
28. Associer de façon significative et soutenue les associations représentant les personnes utilisatrices de drogues dans l'établissement de politiques et de programmes qui les concernent et dans la planification, l'organisation et l'évaluation des services qui leur sont destinés.
29. Développer des actions qui visent le renforcement des capacités des personnes utilisatrices de drogues en leur permettant de développer diverses habiletés telles que :
 - formation sur les premiers soins à donner dans diverses situations (surdose, engelures, plaies, etc.) ;

- connaissance de pratiques sécuritaires de consommation de drogues et de toute autre activité (ex. : tatouage, perçage) considérée à risque pour la transmission du VIH et du VHC ;
 - compétences pour l'animation et la participation à des activités d'éducation auprès de leurs pairs ou de consultation par ou au sein de divers organismes.
30. Élaborer un programme de formation adapté par et pour les pairs aidants.
 31. Appuyer des projets favorisant l'augmentation du pouvoir d'agir et la participation civique des personnes UD. Exemples : Toxiconet (corvées de nettoyage et d'embellissement de l'arrondissement), Cactus Montréal, TAPAJ (banque d'emploi pour personnes vivant dans une grande précarité) et Spectre de rue.

Les règlements municipaux et les pratiques policières

32. Tout en reconnaissant la nécessité que la sécurité publique soit assurée, informer la population, les élus municipaux et les corps policiers sur les effets qu'ont les pratiques de répression et d'exclusion sur les interventions visant à réduire les méfaits sur la santé associés à la consommation de drogues.
33. Inviter les municipalités à élaborer des politiques favorisant la cohabitation harmonieuse entre citoyens aux styles de vie diversifiés, résidents, commerçants, organismes communautaires et services policiers.
34. Élaborer avec les services policiers un protocole d'intervention qui contribuerait aux efforts de protection de la santé des personnes utilisatrices de drogues et notamment à la prévention du VIH et de du VHC.
35. Inciter les membres des services policiers à acquérir une formation dans le domaine de la réduction des méfaits liés à l'usage de drogues.
36. Favoriser des expériences d'action conjointe entre les intervenants de la santé et ceux de la sécurité publique pour éviter la judiciarisation inutile de personnes utilisatrices de drogues.

Les tribunaux et le milieu carcéral

37. Favoriser l'accès aux programmes de désintoxication, au traitement de substitution aux opioïdes, aux traitements contre le VIH et le VHC et aux services psychosociaux pendant l'incarcération et après la sortie du centre de détention.
38. Sensibiliser la population en milieu carcéral aux risques de transmission d'ITSS, notamment du VIH et du VHC, en lien avec les comportements sexuels, l'usage de drogues, le tatouage et le perçage. À cette fin, maintenir ou accentuer le travail de milieu et l'éducation entre pairs.
39. Assurer l'accès de façon volontaire et confidentielle à des services de consultation, de dépistage des ITSS et de vaccination de type SIDEP.
40. Rendre les condoms accessibles dans les centres de détention.

41. Rendre disponibles dans les centres de détention du matériel d'injection, de tatouage et de perçage stérile et, faute de mieux, de l'eau de Javel.

La lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale

42. Développer l'action intersectorielle pour lutter contre la pauvreté, réduire les inégalités et favoriser l'accès pour tous, sans discrimination, à la santé, à l'éducation, à la justice, au logement, au travail, à un revenu décent, au loisir et à la culture.
43. Dans le soutien au développement des communautés, aux paliers national, régional et local, accorder une attention spéciale aux populations vulnérables aux ITSS.
44. Organiser des campagnes de sensibilisation du public pour favoriser l'acceptation et le respect des personnes utilisatrices de drogues et des services qui leur sont offerts en matière de réduction des méfaits.
45. Approfondir les connaissances sur les dynamiques sociales dans lesquelles s'inscrivent les interventions dans le domaine de la prévention des ITSS chez les personnes UD, en favorisant le dialogue entre les acteurs, dans une perspective d'apprentissage, de développement des capacités et de valorisation des connaissances.

Bibliographie

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Au croisement des secteurs – Expériences en action intersectorielle, en politique publique et en santé*. 2007, 52 p.

ALARY, Michel, C. MORISSETTE, et al. *Le réseau SurvUDI - Épidémiologie des infections par le virus de l'immunodéficience humaine chez les utilisateurs de drogues par injection - Rapport de surveillance*. Québec, URSP-CHA et Université Laval, 2003, 39 p.

ALARY, Michel, Gaston GODIN et Gilles LAMBERT, *Étude de la prévalence du VIH et de l'hépatite C chez les personnes incarcérées au Québec et pistes pour l'intervention*. Rapport de recherche, 2005, 70 p.

ALLARD, Pier-Raymond, et Raymond PARENT, *Facteurs de risque pour l'hépatite C : analyse des enquêtes épidémiologiques faites lors de la déclaration des cas d'infection par le VHC au Québec, avril 2002 à mars 2004*, Institut national de santé publique du Québec, 2002, 73 p.

ALLARD, Pierre-Raymond, et Lina NOËL. *Portrait de situation de l'hépatite C au Québec 1990-2004 : Analyse de la demande de services par les personnes atteintes du virus de l'hépatite C*, Institut national de santé publique du Québec, 2006, 93 p.

ASSOCIATION DES INTERVENANTS EN TOXICOMANIE DU QUÉBEC INC. *La réduction des méfaits liés à l'usage de drogues au Québec*. Longueuil (Québec), s. d., 12 p.

ASSOCIATION DES INTERVENANTS EN TOXICOMANIE DU QUÉBEC INC. *Prise de position de l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec concernant les services d'injection supervisée*, [en ligne]. [<http://www.aitq.com>] (21 janvier 2009)

ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE. *Les médecins appuient fortement les efforts de réduction des préjudices et les centres d'injection supervisés pour les toxicomanes*, 12 novembre 2008, [en ligne]. [<http://www.cma.ca>] (13 janvier 2009)

BC HARM REDUCTION STRATEGIES AND SERVICES. *Best Practices for British Columbia's Harm Reduction Supply Distribution Program*. BC's Regional Health Authorities, BC Center for Disease Control and Provincial Health Services Authority, BC Ministry of Health Living and Sport, First Nations and Inuit Health, September 2008, 17 p. [www.bccdc.org] (7 avril 2009)

BC CENTER FOR DISEASE CONTROL. *BC Harm Reduction Strategies and Services Policy and Guidelines*. Communicable Disease Control BC Harm Reduction Strategies and Services Policy and Guidelines. February 2009, 6 p. [www.bccdc.org] (7 avril 2009)

BEG, Monica et autres. « Evidence for Action : A critical tool for guiding policies and programmes for HIV prevention, treatment and care among injecting drug users », *The International Journal of Drug Policy*, 16S, 2005, p. S1-S6.

BELLOT, Céline, et autres. *Judiciarisation et criminalisation des populations itinérantes à Montréal*, rapport de recherche pour le Secrétariat national des sans-abri, octobre 2005, 150 p.

BETTERIDGE, Glenn., et Giselle DIAS. *Temps dur : programmes de prévention du VIH et de l'hépatite C pour les détenus au Canada*, Toronto, Réseau juridique canadien VIH/sida et Réseau d'action et de soutien pour les prisonniers et prisonnières vivant avec le VIH-sida (PASAN), 2007, 148 p.

BITERA, Raphaël, et autres. *Programme de surveillance de l'infection (PSI) par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : Cas cumulatifs 2002-2006*, Institut national de santé publique du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007, 74 p.

BITERA, Raphaël, et autres. *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : Cas déclarés de janvier à juin 2007 et cas cumulatifs d'avril 2002 à juin 2007*, Institut national de santé publique du Québec, 2007, 77 p.

BLUMA G BRENNER et autres. *High Rates of Forward Transmission Events after Acute/Early HIV-1 Infection*. *Journal of Infectious Diseases*, 2007; 195:951–9.

BUREAU DE SURVEILLANCE ET DE VIGIE et SLITSS. *Bulletin de surveillance et de vigie des ITSS au Québec*, ministère de la Santé et des Services sociaux vol. 2, n° 1, février 2008, 9 p.

CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DES MALADIES INFECTIEUSES. *Les programmes à l'intention des utilisateurs de drogues injectables – l'approche de réduction des méfaits*, Winnipeg, Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses, mars 2008, 4 p.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX D'AHUNTSIC ET MONTRÉAL-NORD. *Équipe spécialisée en infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) en milieu carcéral, 2007*, s. p.

CENTRE QUÉBÉCOIS DE LUTTE AUX DÉPENDANCES. *Drogues : savoir plus, risquer moins*, Montréal, Centre québécois de lutte aux dépendances, 2006, 205 p.

COMITÉ CONSULTATIF FPT SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION et autres. *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*. Pour la rencontre des ministres de la Santé, St-John's, Terre-Neuve, septembre 2001, Santé Canada, 59 p.

COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE. *Développer la concertation en toxicomanie : Guide pour les intervenants et les gestionnaires*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 22 p.

COMMONWEALTH DEPARTMENT OF HEALTH AND AGEING. *Return on Investment in Needle and Syringe Programs in Australia. Summary Report*, Australie, Commonwealth Department of Health and Ageing, 2002, 24 p.

CSETE, Joanne. *Interdiction d'accès : les pratiques policières et le risque de VIH pour les personnes qui utilisent des drogues*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2007, 23 p.

ELLIOT, Richard, Ian MALKIN et Jennifer GOLD. *Créer des lieux sécuritaires pour l'injection au Canada : questions juridiques et éthiques*. Réseau juridique canadien VIH/sida., 2002, 76 p.

GIBSON, David R., Neil M. FLYNN et Daniel PERALES. « Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users », *AIDS*, vol. 15, n° 11, 2001, p. 1329-1341.

HAMEL, Denis, Richard CLOUTIER et Paul ROBERGE. *Perceptions de la population québécoise en lien avec les programmes de prévention de la toxicomanie et du VIH*, Institut national de santé publique du Québec, 2001, 129 p.

JÜRGENS, Ralf. « Rien à notre sujet sans nous » : *L'implication accrue et significative des personnes qui utilisent des drogues illégales : un impératif sanitaire, éthique et des droits humains*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2005, 60 p.

KAIROUZ, S., R. BOYER, L. NADEAU, M. PERREAULT et J. FISET-LANIEL (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 67 p.

KLEIN, Alana. *Points de friction : obstacles à l'accès aux programmes de seringues au Canada*, Réseau juridique canadien VIH/sida, Toronto, 2007, 47 p.

KWIATKOWSKI CF, CORSI KF, BOOTH RE. « *The association between knowledge of hepatitis C virus status and risk behaviors in injection drug users* ». *Addiction*, 2002, Vol. 97, No. 10, p. 1289-1294.

LAMBERT, Gilles, Louise RINGUETTE et Sylfreed MINZUNZA. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec année 2007 (et projections 2008)*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, 82 p.

LAMBERT, Gilles, France MARKOWSKI et Claude TREMBLAY. *Pertinence d'intervenir auprès des personnes vulnérables aux ITSS : des chiffres à l'appui*. TCNMI, présentation révisée septembre 2007, Institut national de santé publique du Québec, 49 p.

LECLERC, Pascale, Claude TREMBLAY et Carole MORISSETTE. *Situation épidémiologique des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) pour la région de Montréal – 2006*, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2007, pag. variée.

LECLERC, Pascale, Carole MORISSETTE ET Claude TREMBLAY. *Le matériel stérile d'injection : combien faut-il en distribuer pour répondre aux besoins des UDI de Montréal ?* Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2006, 14 p.

LEONARD, Lynne et autres. « I inject less as I have easier access to pipes », *The International Journal of Drug Policy*, 2007, 10 p.

LINES, Rick, et autres. *L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales*. Réseau juridique canadien VIH/sida, 2004, 97 p.

LYLES, Cynthia M., et autres. « Best-Evidence Interventions : Findings From a systematic Review of HIV Behavioral Interventions for US Populations at High Risk, 2000-2004 », *American Journal of Public Health*, vol. 97, n° 1, janvier 2007, p. 133-143.

MACIAS J, RB PALACIOS, E CLARO, et al. *High prevalence of hepatitis C virus infection among non injecting drug users : association with sharing the inhalation implements of Crack*. *Liver Int* 2008; 28 (6): 781-6.

Marlatt, G. A. et autres, cité dans Côté, Françoise et autres, « Au-delà du soin à l'urgence, l'accompagnement des utilisateurs de drogue par injection dans une démarche de santé », *Info Urgence*, vol. XIX, no 3, automne 2005, p. 18.

MARKS Gary et autres. *Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA*. *AIDS*, 2006, 20:1447–1450.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'usage de drogues et l'épidémie du VIH : Cadre de référence pour la prévention*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1994, 43 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie : Orientations, axes d'intervention, actions*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 58 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Document d'accompagnement à l'utilisation du dépliant Chacun son kit, une idée fixe sur l'injection de drogues à risques réduits*, ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 2003, 27 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmises sexuellement : Orientations 2003-2009*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 56 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'intégration des services de santé et des services sociaux : Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 26 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, document principal*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 75 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 96 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et autres. *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 80 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 80 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *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, 2006, 79 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience : Programme-services Dépendances, Offre de service 2007-2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007, 56 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Offre de service 2007-2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007, 56 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Balises élaborées par le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), applicables aux services de santé en milieu carcéral*, avril 2008, 19 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'itinérance au Québec. Cadre de référence*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 2008, 48 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guichet d'accès en santé mentale pour la clientèle adulte des CSSS. Balises de la Direction de la santé mentale*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 2008, 14 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012, Mise à jour 2008*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, 103 p.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE ET DE LA FAMILLE. *Concilier liberté et justice sociale : un défi pour l'avenir : Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, Gouvernement du Québec, 2004, 79 p.

NOËL, Lina, Julie LAFOREST et Pier-Raymond ALLARD. *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*, Institut national de santé publique du Québec, 2007, 151 p.

NAOMI, *Reaching the Hardest to Reach – Treating the Hardest-to-Treat : Summary of the Primary Outcomes of the North American Opiate Medication Initiative (NAOMI)*, 17 octobre 2008, 18 p.,[en ligne]. [<http://www.naomistudy.ca/pdfs/NAOMI.Summary.pdf>] (10 janvier 2009)

NOËL, Lina, Julie LAFOREST et Pier-Raymond ALLARD. *L'accès au suivi et au traitement pour les personnes atteintes de l'hépatite C au Québec : Analyse de l'offre de services*, Institut national de santé publique du Québec, 2007, 110 p.

NOËL, Lina, Richard CLOUTIER. *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 2006 à mars 2007*, Institut national de santé publique du Québec, 2008, 12 p.

NOËL, Lina, Pier-Raymond ALLARD et Richard CLOUTIER. *Liste officielle des centres d'accès au matériel d'injection au Québec (distribution et vente) 2008-2009*, Institut national de santé publique du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux, 84 p. Document disponible en version électronique à l'adresse www.msss.gouv.qc.ca à la section Documentation, rubrique Publications.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. *Prise de position de l'OIIQ sur les centres d'injection supervisée*, 2 octobre 2008, 1 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Effectiveness of Sterile Needle and Syringe Programming in Reducing HIV/AIDS among Injecting Drug Users : Evidence for action technical papers*. Genève, 2004, 54 p.

PARENT, Raymond, et autres. *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*, Institut national de santé publique du Québec, 2008, 71 p.

REMIS, Robert S., Pascale LECLERC et Alain. C. VANDAL. *La situation du sida et de l'infection au VIH au Québec, 1996*, Direction de santé publique de Montréal-Centre pour le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1999, 61p. et annexes.

RENÉ, Marie-Claude. *Gestion de l'accès au matériel d'injection et de récupération des seringues sur les plans canadien et international*, Institut national de santé publique du Québec, 2001, 59 p.

RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA ET RÉSEAU D'ACTION ET DE SOUTIEN POUR LES PRISONNIERS ET PRISONNIÈRES VIVANT AVEC LE VIH-SIDA (PASAN). *Programmes de prévention du VIH et de l'hépatite C pour les détenus au Canada*, 2007, 4 p.

RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA. *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques*, Santé Canada, 1999, 132 p.

RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA. *Ottawa opte pour la « guerre aux drogues » à l'états-unienne, qui ne fonctionne pas*, communiqué de presse, 1^{er} octobre 2007, 2 p.

RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, *Interdiction d'accès : les pratiques policières et le risque de VIH pour les personnes qui utilisent des drogues*, Toronto, 2007, 23 p.

RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA. *La distribution de troussees pour un usage plus sécuritaire de crack, au Canada*, septembre 2008, 10 p.

ROY, Élise, et autres. *L'hépatite C et les facteurs psychosociaux associés au passage à l'injection chez les jeunes de la rue : rapport d'étape numéro 4*. Direction de santé publique de Montréal, 2005, 36 p.

ROY, Shirley, Michel PERREAULT, et autres. *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, avril 2005, 106 p.

ROY, Shirley, Michel PERREAULT, Ghyslaine THOMAS et autres. *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 de Sherbrooke*, rapport de recherche, mars 2006, 78 p.

SHERMAN, Morris, et autres. *Prise en charge de l'hépatite C chronique : lignes directrices de consensus*, Association canadienne pour l'étude du foie, 33 p., [en ligne]. [<http://www.hepatology.ca>] (21 janvier 2009)

SOM. *Enquête par sondage téléphonique relative à différentes questions de santé publique présenté à la Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux*, avril 2009.

STRIKE, Carol et autres. *Les programmes d'échange de seringues en Ontario : recommandations de pratiques exemplaires*, Toronto, Comité ontarien de coordination de l'échange de seringues, 2006, 292 p.

TORTU S, MCMAHON JM, POUGET ER, HAMID R. *Sharing of noninjection drug-use implements as a risk factor for hepatitis C*. *Subst. Use Misuse* 2004; 39 (2) : 211-24.

UNIVERSITÉ DE CALIFORNIE. « VIH/SIDA: les programmes d'échange de seringues usagées sont efficaces », *AIDS*, vol. 15, n° 11, 2001, p. 1329.

WODAK, Alex, et Annie COONEY. « Do Needle Syringe Programs Reduce HIV Infection Among Injecting Drug users: A Comprehensive Review of the International Evidence », *Substance Use & Misuse*, vol. 41, Sidney, Australie, 2006, p. 777-813.

WODAK, Alex, et Annie COONEY. « Effectiveness of sterile needle and syringe programme », *The International Journal of Drug Policy*, 16S, 2005, p. S31-S44.

Notes

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012, Mise à jour 2008*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 133 p.
2. BC HARM REDUCTION STRATEGIES AND SERVICES. *Best Practices for British Columbia's Harm Reduction Supply Distribution Program*. BC's Regional Health Authorities, BC Center for Disease Control and Provincial Health Services Authority, BC Ministry of Health Living and Sport, First Nations and Inuit Health, September 2008, 17 p. (www.bccdc.org).
3. BC CENTER FOR DISEASE CONTROL. *BC Harm Reduction Strategies and Services Policy and Guidelines*. Communicable Disease Control BC Harm Reduction Strategies and Services Policy and Guidelines. February 2009, 6 p.
4. Robert S. REMIS, Pascale LECLERC et Alain. C. VANDAL et, *La situation du sida et de l'infection au VIH au Québec, 1996*, Direction de santé publique de Montréal pour le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1999, p. A3-5.
5. Raymond PARENT et autres. *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*, Institut national de santé publique du Québec, 2008, 67 p.
6. D'après Statistique Canada, *Profils des communautés de 2006, scolarité de la population totale de 15 ans et plus au Québec, Plus haut certificat, diplôme ou grade*, [en ligne]. (11 janvier 2009).
7. Élise ROY et autres, *L'hépatite C et les facteurs psychosociaux associés au passage à l'injection chez les jeunes de la rue*. Rapport d'étape n° 4, Direction de santé publique de Montréal, 2005, p. 2, 3 et 18.
8. Raymond PARENT et autres, *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*, Institut national de santé publique du Québec, 2008, p. IV, 7, 8 et 18.
9. *Ibid.* p. VIII.
10. Gilles LAMBERT, Louise RINGUETTE et Sylfreed MINZUNZA. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec année 2007 (et projections 2008)*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, p. 43.
11. Raymond PARENT et autres, *op. cit.* p. VIII et IX.
12. *Ibid.* p. VIII.
13. Estimation de 75 000 individus (sur une population totale de 7 527 454) par Pierre-Raymond ALLARD et Lina NOËL. *Portrait de situation de l'hépatite C au Québec 1990-2004 : Analyse de la demande de services par les personnes atteintes du virus de l'hépatite C*, Institut national de santé publique du Québec, 2006, p. 17-18.
14. Raymond PARENT et autres, *op. cit.* p. VIII et IX.
15. *Ibid.* p. VIII.
16. Élise ROY et autres, *op. cit.* p. 24-27.
17. *Ibid.* p. 24.
18. Raymond PARENT et autres, *op. cit.* p. VIII et 52-53.
19. RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, *La distribution de troussees pour un usage plus sécuritaire de crack, au Canada*, septembre 2008, p. 2.
20. S TORTU, JM MCMAHON, ER POUGET, R HAMID. *Sharing of noninjection drug-use implements as a risk factor for hepatitis C*. *Subst. Use Misuse* 2004; 39 (2) : 211-24.

21. J MACIAS, RB PALACIOS, E CLARO, et al. *High prevalence of hepatitis C virus infection among noninjecting drug users : association with sharing the inhalation implements of Crack*. *Liver Int* 2008; 28 (6): 781-6.
22. Raymond PARENT et autres, *op. cit.* p. 17.
23. ASSOCIATION DES INTERVENANTS EN TOXICOMANIE DU QUÉBEC INC. *La réduction des méfaits liés à l'usage de drogues au Québec*, s. d., p. 5.
24. Denis ROY et Richard CLOUTIER, *L'usage de drogues et l'épidémie du VIH : Cadre de référence pour la prévention*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Montréal, 1994, p. 20.
25. *Ibid.*
26. Lina NOËL, Pier-Raymond ALLARD et Richard CLOUTIER, *Liste officielle des centres d'accès au matériel d'injection au Québec (distribution et vente) 2008-2009*, Institut national de santé publique du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 4. Document disponible en version électronique à l'adresse www.msss.gouv.qc.ca à la section Documentation, rubrique Publications.
27. Notamment l'étude exhaustive d'Alex WODAK et Annie COONEY. « Effectiveness of sterile needle and syringe programmes », *The International Journal of Drug Policy*, 16S, 2005, p. S31-S44.
28. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Effectiveness of Sterile Needle and Syringe Programming in Reducing HIV/AIDS among Injecting Drug Users : Evidence for action technical papers*, Genève, 2004.
29. Denis HAMEL, Richard Cloutier et Paul Roberge. *Perceptions de la population québécoise en lien avec les programmes de prévention de la toxicomanie et du VIH*, Institut national de santé publique du Québec, 2001, p. 128.
30. SOM. *Enquête par sondage téléphonique relative à différentes questions de santé publique présentée à la Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux*, avril 2009.
31. *Informations professionnelles*, numéro 94, avril 1998.
32. ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, *L'accès aux seringues pour les toxicomanes : une priorité de santé publique*, 10 décembre 1998.
33. Lina NOËL, Richard CLOUTIER. *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 2006 à mars 2007, Institut national de santé publique du Québec, 2008, 12 p.
34. Voir différents modèles pour la fourniture de services des programmes d'échange de seringues dans Carol STRIKE et autres, *Les programmes d'échange de seringues en Ontario : recommandations de pratiques exemplaires*, Toronto, Comité ontarien de coordination de l'échange de seringues, 2006, p. 153-182.
35. On trouvera différents exemples de dispositifs pour la distribution de matériel d'injection dans Marie-Claude RENÉ, *Gestion de l'accès au matériel d'injection et de récupération des seringues sur les plans canadien et international*, Institut national de santé publique du Québec, 2001, 59 p.
36. Lynne LEONARD et autres. *"I inject less as I have easier access to pipes"*. *International Journal of Drug Policy* (2007), doi:10.1016/j.drugpo.2007.02.008
37. Raymond PARENT et autres, *op. cit.* p. VIII.
38. Lina NOËL et autres, *Avis sur les services d'injection supervisée*, Institut national de santé publique du Québec, 2009, (à paraître).
39. Denis HAMEL, Richard CLOUTIER et Paul ROBERGE, *op. cit.*, p. 42.
40. SOM. , *op. cit.*
41. Disponible à l'adresse suivante : <http://lois.justice.gc.ca/fr/C-38.8/index.html>

42. ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, *Prise de position de l'OIIQ sur les centres d'injection supervisée*, 2 octobre 2008.
43. ASSOCIATION DES INTERVENANTS EN TOXICOMANIE DU QUÉBEC INC. *Prise de position de l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec concernant les services d'injection supervisée*, 8 décembre 2008, [en ligne] [<http://www.aitq.com/>] (21 janvier 2009)
44. ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE, *Les médecins appuient fortement les efforts de réduction des préjudices et les centres d'injection supervisés pour les toxicomanes*, 12 novembre 2008, [en ligne]. [<http://www.cma.ca>] (13 janvier 2009)
45. Morris SHERMAN et autres, *Prise en charge de l'hépatite C chronique : lignes directrices de consensus*, Association canadienne pour l'étude du foie, p. 3, [en ligne] [<http://www.hepatology.ca>] (21 janvier 2009)
46. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Document d'accompagnement à l'utilisation du dépliant Chacun son kit, une idée fixe sur l'injection de drogues à risques réduits*, ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 2003, 27 p.
47. Élise ROY et autres, *op. cit.* p. 26-27.
48. Par exemple, le Plan d'action en santé mentale 2005-2010, *La force des liens*, note l'importance des problèmes de toxicomanie chez les deux tiers des personnes ayant un trouble mental grave (p. 62). L'offre de service 2007-2012 du Programme-services Dépendance signale que près de la moitié des personnes itinérantes présentent un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues (p. 15).
39. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Guichet d'accès en santé mentale pour la clientèle adulte des CSSS. Balises de la Direction de la santé mentale*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 2008, p. 6.
50. Raymond PARENT et autres, *op. cit.*, p IX. Il faut noter que les tests de SurvUDI détectent les anticorps et non la présence du virus.
51. *Ibid.* p. IX.
52. *Journal canadien de gastroentérologie*, vol. 21, supplément C, juin 2007, p. 32C.
53. BLUMA G BRENNER et autres. *High Rates of Forward Transmission Events after Acute/Early HIV-1 Infection*. *Journal of Infectious Diseases*, 2007; 195:951–9.
54. Gary MARKS et autres. *Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA*. *AIDS* 2006, 20:1447–1450.
55. Michel ALARY, C. MORISSETTE, et al. *Le réseau SurvUDI - Épidémiologie des infections par le virus de l'immunodéficience humaine chez les utilisateurs de drogues par injection - Rapport de surveillance*. Québec, URSP-CHA et Université Laval, 2003, 39 p.
56. Kwiatkowski CF, Corsi KF, Booth RE. The association between knowledge of hepatitis C virus status and risk behaviors in injection drug users. *Addiction*, 2002, Vol. 97, No. 10, p. 1289-1294.
57. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Offre de service 2007-2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007, p. 17-18.
58. L'étude de sur les perceptions de la population de 2009 indiquait que 43 % de la population était favorable à la prescription d'héroïne sous supervision médicale aux « usagers très dépendants » alors qu'elle était de 46,5 % en 2001.
59. L'étude NAOMI réalisée à Montréal et à Vancouver durant la période de 2005 à 2008 a fourni des données probantes à ce sujet. NAOMI, *Reaching the Hardest to Reach – Treating the Hardest-to-Treat: Summary of the Primary Outcomes of the North American Opiate Medication Initiative (NAOMI)*, 17 octobre 2008, 18 p., [en ligne]. [<http://www.naomistudy.ca/pdfs/NAOMI.Summary.pdf>] (10 janvier 2009)

60. MARLATT, G. A. et autres, cité dans CÔTÉ, Françoise et autres, « Au-delà du soin à l'urgence, l'accompagnement des utilisateurs de drogue par injection dans une démarche de santé », *Info Urgence*, vol. XIX, no 3, automne 2005, p. 18.
61. Communication de M. Pierre DESROSIERS, Fédération des centres de réadaptation en dépendance, le 24 octobre 2008.
62. [En ligne].
[http://linjecteur.ca/index.php?option=com_content&task=view&id=110&Itemid=12]
(10 janvier 2009).
63. RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA, *Interdiction d'accès : les pratiques policières et le risque de VIH pour les personnes qui utilisent des drogues*, Toronto, 2007, p. 16.
64. Michel ALARY, Gaston GODIN et Gilles LAMBERT, *Étude de la prévalence du VIH et de l'hépatite C chez les personnes incarcérées au Québec et pistes pour l'intervention*. Rapport de recherche, 2005, p. 14, 23, 33 et 40.
65. SOM. , op. cit.
66. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Balises élaborées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), applicables aux services de santé en milieu carcéral*, avril 2008, 19 p.

www.msss.gouv.qc.ca/itss