

Université de Montréal

Relation entre l'accès à des services pour des problèmes de santé mentale et le partage de matériel d'injection chez des utilisateurs de drogue par injection à Montréal

par Patrick Côté

Département de psychiatrie de l'Université de Montréal

Faculté de médecine

Mémoire présenté

en vue de l'obtention du grade de Maîtrise en Sciences (M. Sc.)

en Sciences biomédicales

option recherche clinique

Mai 2017

© Patrick Côté, 2017

Résumé et mots clés

Objectif : Cette étude voulait examiner l'association entre l'accès à des services pour des problèmes de santé mentale et le partage réceptif de matériel d'injection dans une cohorte d'utilisateurs de drogue par injection (UDIs) à Montréal. De plus, elle étudiait le possible effet modificateur de la détresse psychologique (DP).

Méthodologie : Les participants de la cohorte HEPCO vus entre 2011 et 2015 (n = 358) ont complété des questionnaires aux 3 mois. Le partage réceptif de matériel d'injection était défini comme étant s'être injecté avec une seringue ou tout autre matériel d'injection déjà utilisé par quelqu'un d'autre dans les 3 derniers mois. L'accès à des services pour des problèmes mentaux était défini comme ayant visité au moins un professionnel de la santé pour des problèmes mentaux dans les 3 derniers mois. La DP était mesurée par le *Kessler Psychological Distress Scale*.

Résultats : En analyses multivariées, une association significative a été trouvée entre le partage réceptif de matériel d'injection et l'accès aux services pour des problèmes de santé mentale. L'âge et le sexe masculin sont associés à de plus faibles probabilités de partage, tandis que l'utilisation d'opioïdes et avoir partagé dans les 3 mois précédant l'entrevue d'entrée sont associés avec de plus grandes chances de partager. Aucune évidence que la DP ne vient modifier cette association n'a été trouvée.

Conclusion : Dans cet échantillon, une association protectrice existe entre l'accès à des services pour des problèmes de santé mentale et le partage réceptif, peu importe le degré de détresse psychologique.

Mots-clés : santé mentale, injection de drogue, accès aux services, détresse psychologique, comportements d'injection à risque, virus de l'hépatite C (VHC)

Abstract and key words

Objective: The main objective of the present study was to assess the association between access to services for mental health problem and receptive sharing of injection material among people who inject drugs (PWID) in Montréal. Moreover, it wanted to examine the potential modifying effect by the level of psychological distress (PD).

Method: At 3-month intervals, between March 2011 and December 2015, participants (n = 358) answered an interviewer-administered questionnaire eliciting information on sociodemographic characteristics, substance use and related behaviours, utilization of services, and mental health indicators. Receptive sharing was defined as having injected with previously used injection material. Access to services for mental health problems was defined as at least one visit to various professionals for mental health problems. PD was measured by the Kessler Psychological Distress Scale (K10). General estimating equation (GEE) analyses were performed.

Results: In multivariate analyses, a significant association was found between receptive sharing of injection material and access to services for mental health problems. Age (per 5 years increased) and male gender are associated with a lower likelihood of receptive sharing, while opioids consumption and receptive sharing in the past 3 months at baseline are associated with a higher likelihood of receptive sharing. No evidence of effect modification by psychological distress was found.

Conclusion: Among PWID, access to services for mental health problems was associated with a lower likelihood of receptive sharing, regardless of the level of psychological distress.

Keywords : mental health, injection drug use, access to services, psychological distress, high-risk injection behaviours, hepatitis C virus (HCV)

Table des matières

Résumé et mots clés.....	i
Abstract and key words.....	ii
Table des matières.....	iii
Liste des tableaux.....	vi
Liste des figures.....	vii
Liste des sigles.....	viii
Liste des abréviations.....	ix
Remerciements.....	x
Introduction.....	1
Chapitre 1 : Recension des écrits scientifiques.....	3
1.1 Consommation de drogues illicites et injection à l'échelle mondiale.....	3
1.1.1 La drogue par injection au Canada.....	3
1.2 Le VIH et le VHC à l'échelle mondiale.....	4
1.2.1 Le VIH et le VHC au Canada.....	6
1.3 Drogues par injection et infection au VIH et VHC.....	7
1.3.1 Drogues par injection et infection au VIH et VHC dans le monde.....	7
1.3.2 Drogues par injection et infection au VIH et VHC au Canada.....	8
1.4 Le partage de matériel d'injection.....	9
1.4.1 Définition du partage de matériel d'injection.....	9
1.4.2 Fréquence du partage de matériel d'injection au Québec.....	9
1.4.3 Relation entre partage de matériel d'injection et VIH/VHC.....	10
1.4.4 Programmes de réduction des méfaits et partage de matériel d'injection.....	11
1.4.5 Facteurs de risque associés au partage de matériel d'injection.....	13
1.4.5.1 Caractéristiques sociodémographiques.....	13
1.4.5.1.1 Âge.....	13
1.4.5.1.2 Genre.....	14
1.4.5.1.3 Éducation.....	14

1.4.5.1.4 Condition résidentielle	15
1.4.5.1.5 Incarcération	16
1.4.5.2 Profil de consommation	16
1.4.5.3 État de santé	17
1.5 Santé mentale et consommation de substances.....	18
1.5.1 Prévalence des psychopathologies parmi les UDIs	18
1.5.2 Psychopathologies et partage de matériel d'injection.....	19
1.5.2.1 Détresse psychologique et partage de matériel d'injection.....	20
1.6 Accès aux services de santé mentale	21
1.6.1 Accès aux services de santé mentale par la population générale.....	21
1.6.1 Accès aux services de santé mentale par les utilisateurs de drogues.....	22
1.7 Accès aux services de santé mentale et implications.....	23
 Chapitre 2 : Objectifs et hypothèses	 25
 Chapitre 3 : Méthodologie	 27
3.1 Description de la cohorte	27
3.2 Collecte de données	27
3.2.1 Questionnaires.....	28
3.2.2 Dépistage.....	29
3.2.3 Procédures de suivi	29
3.2.4 Confidentialité.....	30
3.3 Population à l'étude	30
3.4 Définition des variables	32
3.4.1 Variable dépendante.....	32
3.4.2 Variables indépendantes	33
3.4.2.1 Variables indépendantes principales.....	33
3.4.2.2 Autres variables indépendantes.....	34
3.5 Données manquantes	35
3.6 Analyses statistiques	36
3.6.1 Analyses descriptives.....	36

3.6.2 Équations d'estimation généralisées	36
3.6.3 Identification des facteurs de confusion	37
3.6.4 Puissance statistique.....	38
Chapitre 4 : Résultats	39
4.1 Caractéristiques de l'échantillon à l'étude.....	39
4.2 Résultats des analyses univariées et multivariées.....	42
Chapitre 5 : Discussion	47
5.1 Synthèse des principaux résultats	47
5.2 Interprétation des résultats	48
5.3 Validité de l'étude.....	52
5.3.1 Validité interne.....	52
5.3.1.1 Biais de sélection	53
5.3.3.2 Biais d'information	54
5.3.3.3 Biais de confusion.....	55
5.3.2 Validité externe	55
5.4 Forces.....	57
5.5 Limites	57
Chapitre 6 : Conclusion	59
6.1 Points saillants à retenir	59
6.2 Implication et recherches futures.....	60
Bibliographie.....	i
Annexe A : Questionnaire d'entrée de la cohorte HEPCO.....	i
Annexe B : Formulaires de consentement et approbations éthiques	xlvi
Annexe C : Tableau comparatif des participants inclus contre ceux exclus.....	lxiv

Liste des tableaux

Chapitre 4 : Résultats

Tableau I. Caractéristiques à l'entrée des 358 participants de la cohorte HEPCO basée à Montréal (Canada) vus entre mars 2011 et décembre 2015, selon l'accès ou non aux services pour des problèmes de santé mentale.....	40
Tableau II. Variables associées au partage réceptif de matériel d'injection lors des analyses univariées des équations d'estimation généralisées parmi 358 utilisateurs de drogue par injection de la cohorte HEPCO à Montréal (n = 2 537 observations)	43
Tableau III. Variables associées au partage réceptif de matériel d'injection lors des analyses multivariées des équations d'estimation généralisées parmi 358 utilisateurs de drogue par injection de la cohorte HEPCO à Montréal (n = 2 537 observations)	46
Tableau IV. Comparaison des caractéristiques entre les participants inclus et exclus.	lxiv

Liste des figures

Figure 1. Population à l'étude, du 1 ^{er} mars 2011 au 31 décembre 2015.....	31
---	----

Liste des sigles

CÉR : comité d'éthique de la recherche

CHUM : Centre Hospitalier de l'Université de Montréal

CIE : *change-in-estimate procedure*

CRCHUM : Centre de recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal

DP : détresse psychologique

ESCC : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

FRQS : Fonds de recherche du Québec – Santé

HAART : *highly active anti-retroviral therapy*

HARSAH : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

HCV : *hepatitis C virus*

IC : intervalle de confiance

IRSC : Instituts de recherche en santé du Canada

PES : programme d'échange de seringues

PWID : *people who inject drugs*

RC : rapport de cotes

RCA : rapport de cotes ajusté

SIDA : syndrome de l'immunodéficience acquis

TAHA : traitement antirétroviral hautement actif

UDIs : utilisateurs de drogue par injection

VHC : virus de l'hépatite C

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

Liste des abréviations

Ac : anticorps

Etc. : Et cætera

K10 : *Kessler psychological distress scale*

Q1 : premier quartile

Q3 : troisième quartile

Remerciements

Mes premiers remerciements s'adressent évidemment à Dr Didier Jutras-Aswad, cet excellent mentor qui a accepté de me prendre sous son aile dans cet enrichissant et important périple qu'est la maîtrise. Je veux le remercier d'avoir été autant disponible malgré un horaire surchargé, de m'avoir poussé à réfléchir toujours un peu plus loin, de voir le même résultat sous plusieurs angles différents. Quelle chance d'avoir pu intégrer son équipe si professionnelle et passionnée par ce qu'elle fait en ce début de carrière. Merci pour tout.

Mes prochains remerciements vont aux participants de la cohorte HEPCO et tous les membres du personnel y étant rattachés, sans qui ce projet n'aurait pu voir le jour. Merci à Rachel Bouchard sur qui j'ai pu compter lors de questionnements techniques par rapport au fonctionnement de la cohorte. Un merci spécial à Geng Zang, qui fut d'une aide inestimable lors de l'analyse des données.

Je veux aussi remercier Dre Julie Bruneau pour tous les précieux conseils tout au long de mon cheminement, de même que pour être un modèle professionnel pour tellement d'étudiants et d'étudiantes, moi y compris. Merci à Emmanuel Fortier pour son aide, son rire assez bruyant et son soutien amical durant ces plusieurs mois. Merci à Dre Élise Roy et Dr Simon Dubreucq pour leur apport rigoureux à l'article scientifique. Merci à Dre Julie Bérubé-Fortin pour sa brève, mais remarquable présence. Et aussi, merci à tous les autres étudiants qui sont passés, ou sont toujours présents dans l'équipe.

Je souhaite également remercier mes proches, d'une importance capitale tout au long de cet apprentissage. Mes parents, en premier lieu, qui m'ont toujours montré l'importance de se dépasser et d'aller plus loin. Mon frère, Michaël, juste pour être là. Merci à Charlotte, Catherine, Simone, Vicky et Fannie pour la motivation provenant de nos multiples périodes d'étude, de nos soupers hebdomadaires et de nos soirées quasi quotidiennes. Merci à Vincent, cet être avec qui je partage mon quotidien depuis les quatre dernières années. Merci d'avoir enduré mes moments de stress, comme mes temps de folie. Merci d'être là, vraiment. Le dernier, mais non le moindre, un merci spécial à Albert, mon chat adoré, qui m'a accompagné,

toujours couché à côté de moi, sans jamais se plaindre, à chaque fois que j'ai dû étudier ou rédiger à la maison.

Je tiens finalement à remercier l'Université de Montréal, pour les nombreux services et les diverses ressources à lesquelles j'ai eu droit tout au long de mon parcours.

Introduction

En 2014, on estimait que près de 12 millions de personnes s'injectaient des drogues dans le monde (1). Il s'agit là d'un problème majeur de santé publique, sachant que l'utilisation de drogue par injection est associée à une foule de méfaits pour la santé des individus (2). Parmi ceux-ci, il est pertinent de mentionner la propagation de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et par le virus de l'hépatite C (VHC) (3, 4). En 2014, les Nations Unies approximaient le nombre d'individus s'injectant des drogues et vivant avec une infection au VIH/syndrome de l'immunodéficience acquis (SIDA) à 1,6 million. Et parmi tous les utilisateurs de drogues par injection (UDIs), elles estimaient qu'environ 6 millions d'entre eux vivaient avec une infection au VHC (1).

La transmission de ces agents infectieux parmi les personnes qui s'injectent des drogues se fait principalement par le partage de seringues contaminées et d'autre matériel d'injection (5-9). Fait important à noter : il a été démontré que ces comportements d'injection à risque sont une des sources majeures de transmission du VIH et du VHC au niveau mondial (3, 4). Malgré une diminution significative du partage de matériel d'injection dans les dernières années, entre autres grâce aux programmes de réduction des méfaits, la proportion d'UDIs rapportant s'être engagée dans le partage de matériel d'injection demeure élevée (10). C'est donc pour cette raison que plusieurs groupes de recherche ont tenté d'identifier les facteurs de risque associés au partage de matériel d'injection (incluant la seringue et autre matériel utilisé dans la préparation de drogue par injection). Parmi plusieurs facteurs potentiels identifiés, la santé mentale semble être l'objet de beaucoup d'attention.

En effet, il a été démontré, au courant des dernières années, que la prévalence de troubles mentaux est très élevée parmi cette population vulnérable (11-14). D'autres études ont également su montrer un lien entre la présence de troubles mentaux et l'adoption de comportements d'injection à risque (15), dont le partage de matériel d'injection (16-18). Plus récemment, un nouveau marqueur de santé mentale, la détresse psychologique, a aussi été associé au partage de matériel d'injection (17-19). Il est aussi connu que l'accès aux services pour des raisons de santé mentale au Canada est plutôt faible généralement. Selon les estimations canadiennes, parmi tous les répondants rapportant un trouble mental dans la

dernière année, 58% d'entre eux ont consulté un professionnel de la santé pour des problèmes de santé mentale. Pour les répondants vivant dans des situations d'abus ou de dépendance à des substances dans la dernière année, 21% d'entre eux déclaraient avoir utilisé les services pour un problème de santé mentale, incluant des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation problématique (20). De ces faits, plus de 40% des répondants rapportant un trouble mental et près de 80% des répondants rapportant une dépendance à une ou à des substances n'ont pas consulté pour leurs problèmes.

Cependant, nous avons peu d'information concernant les services prodigués et leurs impacts potentiels sur le partage de matériel d'injection. Une vaste gamme de traitements pharmacologiques et psychosociaux a été développée pour atténuer les symptômes des troubles mentaux. Ces interventions sont dispensées dans plusieurs milieux, comme des cliniques psychiatriques, des programmes communautaires ou par des médecins de famille par exemple, et elles visent majoritairement les symptômes de troubles mentaux spécifiques. Actuellement, il est difficile de savoir si l'accès à ces services est associé à une diminution de la prise de risque, autre conséquence associée aux troubles mentaux.

L'objectif principal de ce mémoire est d'étudier l'association entre l'accès à des services pour des raisons de santé mentale et le partage de matériel d'injection parmi des utilisateurs de drogues par injection à Montréal.

Chapitre 1 : Recension des écrits scientifiques

1.1 Consommation de drogues illicites et injection à l'échelle mondiale

En 2013, on estimait qu'environ 246 millions de personnes âgées entre 15 et 64 ans ont utilisé au moins une drogue illicite durant l'année. Cette prévalence de consommation semble plutôt stable dans le temps depuis 2006 : elle oscille entre 4,6% et 5,2% de la population mondiale (21). Entre 2009 et 2013, une certaine tendance mondiale a été observée concernant les drogues consommées. En effet, la consommation d'amphétamines, de cocaïne et des drogues du groupe de l'ecstasy a diminué, tandis que la consommation de cannabis et d'opioïdes a, quant à elle, augmenté (21).

Quant à la consommation de drogue par injection, on estimait en 2014 que 12 millions de personnes avaient utilisé ce mode d'administration (1). En terme de nombres, les régions avec le plus d'utilisateurs de drogue par injection sont l'Asie et le Pacifique (environ 4 millions d'individus), l'Europe de l'Est et l'Asie centrale (environ 3,2 millions) et l'Amérique du Nord (environ 2,1 millions) (22).

1.1.1 La drogue par injection au Canada

La consommation de drogues par injection au Canada est aussi notable. Selon les dernières estimations de 2011, il y aurait environ 112 900 individus qui s'injectent des drogues au pays (intervalle de confiance à 95% [IC95%] = 90 000-135 800) (23). Une forte proportion de ces individus se retrouve dans les grands centres urbains, tels Vancouver, Toronto et Montréal. À Vancouver, selon une étude publiée en 2009 (24), ils seraient 13 500 individus à s'injecter des drogues (IC95% = 12 000-15 000). Selon les estimations d'une étude publiée en 2001, ils seraient entre 12 300 et 13 360 UDIs à Toronto (25). Tandis qu'à Montréal, selon des

estimations de 2009-2010, ils seraient 3 910 utilisateurs de drogues par injection (IC95% = 3 180-4 900) (26).

Il est question ici d'un enjeu de santé publique considérable, puisqu'il est bien connu que l'utilisation de drogue par injection est associée à une multitude d'impacts négatifs pour la santé des utilisateurs, notamment la transmission des virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de l'hépatite C (VHC).

1.2 Le VIH et le VHC à l'échelle mondiale

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est responsable du syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA). Le SIDA, quant à lui, est le dernier stade de l'infection par le VIH, lorsqu'une immunodépression sévère est présente chez un individu. Il se manifeste par un ensemble de symptômes variés consécutifs à la destruction de cellules du système immunitaire par le VIH (une sous-population des cellules T qui portent le marqueur CD4). Les patients atteints du SIDA encourent le risque d'infection par d'autres agents pathogènes, agents dits opportunistes (27). Historiquement, le SIDA a d'abord été décrit aux États-Unis en 1981, à Los Angeles, à New York et à San Francisco. Suite à un examen des antécédents des premiers patients, les épidémiologistes en sont venus à la conclusion que les personnes à risque élevé de contraction de la maladie étaient des hommes homosexuels, des individus hétérosexuels ayant plusieurs partenaires sexuels différents, les utilisateurs de drogues par injection, les personnes qui ont reçu du sang avant 1985 et des enfants nés de mères infectées par le VIH (27). C'est finalement en 1983 que le rétrovirus est isolé pour la première fois en France, puis associé au SIDA en 1984 aux États-Unis (28).

La transmission du VIH est possible lorsque trois facteurs sont présents : une porte de sortie pour le virus (un saignement, une éjaculation, l'allaitement ou l'utilisation de matériel d'injection par exemple), une porte d'entrée pour le virus dans un organisme non-porteur (une plaie, une lésion, une muqueuse, une injection ou un tatouage par exemple), et un porteur du virus entre ces 2 portes (un liquide biologique comme le sperme, les sécrétions vaginales, le lait maternel ou le sang entre autres) (29). En 2015, on estimait que 36,7 millions de personnes

vivaient avec le VIH dans le monde, tous âges confondus (IC95% = 34,0 millions – 39,8 millions) (30). Durant cette même année, on évaluait que parmi toutes ces personnes, environ 2,1 millions étaient de nouveaux cas survenus au courant de l'année (IC95% = 1,8 million – 2,4 millions) (30). Aujourd'hui, le traitement principal utilisé contre le SIDA est une association médicamenteuse appelée traitement antirétroviral hautement actif (TAHA), ou plus connu sous son sigle anglais, le HAART pour *highly active anti-retroviral therapy* (27). Malheureusement, il n'existe aucun vaccin préventif. La prévention par l'utilisation du préservatif masculin demeure l'un des moyens des plus efficaces de lutter contre la maladie. Plus récemment, l'utilisation d'antirétroviraux de manière préventive, communément appelée la PrEP, a vu le jour (31).

Les utilisateurs de drogue par injection et leurs partenaires sexuels représentent aujourd'hui 30% de toutes les nouvelles infections au VIH dans le monde (en excluant l'Afrique subsaharienne) (22).

Le virus de l'hépatite C (VHC), de son côté, est responsable de l'infection aiguë et de l'infection chronique à l'hépatite C. Lorsque l'infection est aiguë, la maladie est généralement asymptomatique. Environ 15 à 45% des personnes infectées combattent spontanément le virus dans les 6 mois suivant l'infection et ce, sans traitement. Pour le 55 à 85% restant des personnes infectées, l'infection évolue vers la forme chronique de la maladie. La forme chronique peut mener à l'insuffisance hépatique ou à la cirrhose du foie. À ce stade, le risque de cirrhose du foie est de 15 à 30% sur une durée de 20 ans (32). D'un point de vue historique, le virus de l'hépatite C a été découvert en 1989 et il a rapidement été associé comme étant la cause majeure des hépatites non A, non B (33).

La transmission du VHC se fait par le sang. Les modes de transmission les plus communs sont la consommation de drogues par injection en partageant du matériel d'injection, la mauvaise stérilisation de matériel médical, la transfusion de sang n'ayant pas été dépisté, les rapports sexuels, et une mère infectée à son enfant (bien que ces deux derniers modes soient moins courants) (32). À l'échelle mondiale, en 2014, la prévalence d'infection à l'hépatite C (ARN positif) serait à 1,1% (0,9 – 1,4%), ce qui représente 80 (64 – 103) millions d'infection (34). Jusqu'à tout récemment, le traitement de l'hépatite C était basé sur un traitement à l'interféron et à la ribavirine. Le traitement de 48 semaines guérissait environ la

moitié des patients, mais causait également des effets indésirables non-négligeables (32). Les nouveaux traitements reposent sur des médicaments antiviraux beaucoup plus efficaces, d'une durée de 12 semaines en général, et mieux tolérés. Toutefois, le prix encore très élevé de cette médication ne permet pas de traiter tout le monde. De plus, aucun vaccin n'est disponible pour le moment (32).

Aujourd'hui, l'utilisation de drogue par injection est le principal moyen de transmission de ce virus, particulièrement dans les pays développés (35).

En résumé, il est à retenir que ces deux agents infectieux sont potentiellement mortels et que tous deux se transmettent via le sang. Toutefois, le VHC est beaucoup plus résilient que le VIH et peut survivre plus longtemps à l'extérieur de l'hôte, ce qui fait qu'il se transmet plus facilement que le VIH (36).

1.2.1 Le VIH et le VHC au Canada

Le Canada n'échappe pas aux épidémies de SIDA et d'hépatite C causées par ces deux agents infectieux. Concernant le VIH, toujours selon les dernières estimations, on croit qu'ils sont 75 500 (IC95% = 63 400 – 87 600) individus infectés par ce virus au Canada en 2014. De ce nombre, entre 13 000 et 19 000 personnes seraient infectées sans même le savoir (37). La prévalence d'infection au Canada à la fin de 2014 était estimée à 212 par 100 000 personnes (IC95% = 178 – 246 par 100 000 personnes) et l'incidence, durant cette même année, était estimée à 7,2 par 100 000 personnes (IC95% = 5,5 – 9,0 par 100 000 personnes) (37). Sur une note optimiste, les estimations de prévalence et d'incidence sont légèrement inférieures à celles de 2011 (37). Au pays, les populations les plus à risques de contracter le VIH aujourd'hui sont les individus provenant de pays endémiques, les personnes d'origines autochtones, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) et les personnes qui utilisent des drogues par injection.

Au Québec, on estimait à 17 920 individus infectés par le VIH en 2008 (38). Plus récemment, un total de 609 cas d'infection par le VIH a été rapporté en 2015. De ce nombre, 299 sont de nouveaux diagnostics, 300 sont d'anciens diagnostics qui n'ont pas été enregistrés

précédemment, et 10 cas sont non classés dans l'une ou l'autre de ces catégories (39). Les cas sont particulièrement concentrés à Montréal. Cette région qui regroupe environ le quart de la population québécoise compte 60,9% des cas (39). L'incidence des nouveaux cas atteint 3,6 pour 100 000 personnes en 2015 au Québec. Les personnes à risque sont les mêmes au Québec que dans le reste du Canada (39).

Pour ce qui est des données concernant le VHC, on estime que l'infection touche 251 990 individus (IC95% = 177 890 – 314 800) au Canada en 2013 (40). Durant cette même année, un total de 10 379 cas d'hépatite C a été rapporté, ce qui se traduit par un taux de 29,6 nouveaux cas pour 100 000 personnes (41). Entre 2005 et 2013, les cas rapportés étaient toujours plus nombreux chez les hommes que chez les femmes (41). De plus, selon les études, entre 44 et 70% des gens infectés par le VHC ne seraient pas au courant de leur statut sérologique (42, 43).

Au Québec, 1 116 cas d'infection par le VHC ont été déclarés en 2014, ce qui se traduit par une incidence de 13,6 infections pour 100 000 personnes (44). Parmi tous ces cas déclarés, 64% sont chez des hommes, et parmi ceux-ci, 55% des cas sont chez les hommes âgés de 45 à 64 ans (44). À elle seule, la région de Montréal a enregistré 37% (417) des cas (44). Si l'on porte attention aux tendances au courant de la dernière décennie, le taux d'incidence des cas déclarés au Québec est passé de 31,3 pour 100 000 en 2005 à 13,6 pour 100 000 en 2014, ce qui se traduit par une diminution de 57%. Cette tendance à la baisse semble se poursuivre dans les projections de 2015 (44).

1.3 Drogues par injection et infection au VIH et VHC

1.3.1 Drogues par injection et infection au VIH et VHC dans le monde

Un lien très clair existe entre l'utilisation de drogues par injection et l'infection au VIH et au VHC (3, 4, 35, 45). Parmi les 12 millions d'utilisateurs de drogues par injection (UDIs) à l'échelle mondiale, près d'un individu sur dix vit avec une infection au VIH (22). Malgré de grandes ambitions par les Nations Unies pour mettre fin à l'épidémie de SIDA d'ici 2030, peu

de progrès ont réellement été accomplis en ce qui concerne les UDIs. Un de leurs objectifs était de réduire la transmission du VIH de 50% dans cette population spécifique d'ici 2015 (46). UNAIDS estime qu'environ 140 000 (IC95% = 112 000 – 168 000) UDIs ont nouvellement été infectés par le VIH en 2014 (22). Les UDIs et leurs partenaires sexuels représentent 30% de toutes les nouvelles infections au VIH dans le monde (en excluant l'Afrique subsaharienne) (22). Ces chiffres semblent suggérer qu'il n'y a eu aucune diminution de l'infection au VIH chez les UDIs entre 2010 et 2014 (22). Les proportions d'infection au VIH attribuables à l'injection de diverses drogues varient grandement d'une région à l'autre. En effet, les UDIs représentaient 51% des nouvelles infections au VIH en Europe de l'Est et en Asie centrale en 2014 (30). Tandis qu'en Afrique de l'Ouest et centrale, ils représentent 0,4% des nouvelles infections au VIH (30). En Amérique du Nord, les UDIs ont représenté 15% de toutes les nouvelles infections au VIH de 2014 (30). En se basant sur les données de 49 pays, les risques d'infection par le VIH sont en moyenne 22 fois plus grands chez les UDIs comparés à la population générale. Dans 11 de ces pays, les risques sont au moins 50 fois plus élevés (47).

Concernant l'infection par le VHC, sur les 16 millions d'UDIs estimés dans le monde, on croit que 10 millions d'entre eux en sont infectés (22). L'utilisation de drogue par injection est le principal moyen de transmission du virus, particulièrement dans les pays développés (35). Aux États-Unis, en Australie, dans la plupart des pays d'Europe de l'Ouest et du Nord et en Iran, l'injection de drogues a été évoquée comme étant le facteur de risque principal pour la transmission du VHC (48-55).

1.3.2 Drogues par injection et infection au VIH et VHC au Canada

Au Canada, parmi les 112 900 UDIs estimés en 2014, on croit que 12,9% d'entre eux vivent avec le VIH (22). À l'intérieur de cette même population, on estime que 270 (IC95% = 180 – 360) nouvelles infections au VIH y sont survenues en 2014 (10,5% de toutes les nouvelles acquisitions au Canada) (37). Au Québec cette fois-ci, sur une période d'observation de 2003 à 2012, la prévalence du VIH parmi les UDIs était de 14,6% (56).

Toujours au Canada, c'est entre 66 et 68% des UDIs qui seraient infectés au VHC (41, 42, 57). Au Québec, sur une période d'observation de 2003 à 2012, la prévalence d'infection au VHC (anticorps contre le VHC) est de 62,9% (56).

De nombreuses études suggèrent d'ailleurs que le partage de matériel d'injection lors d'utilisation de substances par voie intraveineuse est un vecteur principal de la transmission de ces virus. D'ailleurs, dans les pays plutôt développés tel que le Canada, la majorité des infections au VHC existantes et des nouvelles infections ont lieu via le partage de matériel d'injection (35).

1.4 Le partage de matériel d'injection

1.4.1 Définition du partage de matériel d'injection

Typiquement, le partage de matériel d'injection est décrit selon 2 classes différentes: le partage distributif et le partage réceptif.

D'abord, dans matériel d'injection, on inclut l'aiguille, l'eau qui a servi à dissoudre la substance, la cuillère ou le contenant métallique pour chauffer l'eau et ainsi faciliter la dissolution de la substance et le filtre utilisé lors du remplissage de la seringue afin de limiter l'aspiration de substance non-dissoute.

Ensuite, on parle de partage distributif lorsque des seringues ou tout autre matériel d'injection (eau, filtre, cuillère, contenant, etc.) utilisés pour sa propre injection sont prêtés à un second individu. D'autre part, on parle de partage réceptif lorsque des seringues ou tout autre matériel d'injection (eau, filtre, cuillère, contenant, etc.) ayant déjà servi à des fins d'injection sont empruntés par un second individu pour sa propre injection.

1.4.2 Fréquence du partage de matériel d'injection au Québec

Au Québec, en 1995, la proportion d'utilisateurs de drogue par injection du réseau SurvUDI qui déclarait s'être injectée avec une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre

dans les six derniers mois était de 43,4%. En 2013, cette proportion était plutôt de 16,9% (58). Il s'agit ici d'une diminution encourageante démontrant l'impact des efforts entrepris pour réduire les comportements d'injection à risque dans cette population instable. Toutefois, aussi en 2013, la proportion d'UDIs de ce même réseau québécois qui déclarait s'être injectée avec au moins un item de matériel d'injection autre que la seringue dans les six derniers mois avoisine le 30% (58).

Ces données montrent que des efforts supplémentaires devront être déployés afin de réduire davantage le partage de matériel d'injection (seringues ou autre) pour continuer la lutte contre les agents infectieux transmissibles via le sang, dont le VIH et le VHC.

1.4.3 Relation entre partage de matériel d'injection et VIH/VHC

De nombreuses études, pour la plupart assez âgées, chez les UDIs ont établi un lien certain entre le partage de matériel d'injection (seringues ou autre) et l'acquisition subséquente du VIH/VHC (6, 9, 59). Au Canada et au Québec, quelques études, dont des plus récentes, ont su montré ce lien également (60-64).

À Vancouver, une étude de Patrick et collaborateurs de 1997 a estimé que les utilisateurs de drogue par injection qui s'injectent avec une seringue déjà utilisée ont environ trois fois plus de risque de séroconversion pour le VIH, comparés à ceux qui disent n'avoir utilisé que des seringues neuves, indépendamment de tous les autres facteurs (rapport de cotes ajusté [RCA] de 2,96) (63). Une étude subséquente de Bruneau et collaborateurs datant de 2001 est venue corroborer ces résultats parmi les UDIs vivant à Montréal. Ils ont démontré que le risque de séroconversion au VIH lors de l'utilisation de matériel d'injection précédemment utilisé par une personne infectée au VIH était 2,5 fois plus élevé chez les hommes et trois fois plus élevé chez les femmes (RCA de 2,44 et 3,03 respectivement), comparés à ceux n'ayant pas utilisé de matériel d'injection précédemment utilisé par quelqu'un infecté au VIH (61).

Selon le dernier rapport de la surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection déposé par l'Institut national de santé publique du Québec

en 2016 (58), le partage réceptif de seringues augmenterait les risques de séroconversion au VIH de près de 2,5 fois. Dans ce même rapport, les auteurs mentionnent que le partage réceptif de seringues augmenterait les risques de séroconversion au VHC de près de deux fois. Les auteurs notent toutefois une diminution du partage de seringues et d'autre matériel d'injection sur l'ensemble de leur réseau entre 2003 et 2013. La tendance d'injection avec une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre dans le dernier mois se situait à 8,1% de toutes les injections du dernier mois en 2003. En 2013, ce pourcentage se situait à 2,3% (58). Pour ce qui est du matériel d'injection autre que les seringues, cette tendance d'injection dans le dernier mois avec du matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre était à 13,8% de toutes les injections du dernier mois en 2003 et à 6,0% en 2013 (58). Considérant toutefois que le nombre d'injections rapportées est élevé, ces faibles pourcentages représentent, malgré tout, des milliers d'injections faites avec du matériel (seringues ou autre) déjà utilisé par quelqu'un d'autre.

1.4.4 Programmes de réduction des méfaits et partage de matériel d'injection

Les programmes de réduction des méfaits réfèrent habituellement aux méthodes qui permettent de réduire les risques de santé chez des individus lorsque l'élimination de ces risques ne semble pas être possible. Ces programmes peuvent également réduire les méfaits sociaux et économiques associés à leur engagement dans des activités risquées (10). Dans le domaine de l'utilisation de drogue par injection, on considère normalement les programmes d'échange de seringues (PES) et les traitements de substitution aux opiacés comme étant des programmes de réduction des méfaits. En 2016, ils sont 90 pays à offrir un service d'échange de seringues à différents degrés et 80 pays qui ont au moins un traitement de substitution aux opiacés en place. Le Canada offre ces deux programmes de réduction des méfaits (65).

Concernant les PES, une revue systématique de Palmateer et collaborateurs en 2010 (66) a démontré qu'ils étaient efficaces pour réduire les comportements d'injection à risque auto-rapportés. Les auteurs rapportent également que quelques preuves permettent de croire que les PES peuvent avoir un impact bénéfique sur la transmission du VIH. Deux autres revues systématiques plus anciennes ont su démontré que ces programmes d'échange de

seringues étaient associés à des bénéfices pour les UDIs, dont une réduction des comportements d'injection à risque et la séroconversion au VIH (67, 68). Finalement, en 2015, une revue systématique de Wilson et collaborateurs (10) confirme que les PES aident à la réduction de la transmission du VIH et autres agents pathogènes à diffusion hématogène, dont le VHC, via une réduction du partage de matériel.

Pour ce qui est des traitements de substitution aux opiacés, plusieurs études datant de la fin des années 80 et du début des années 90 ont démontré qu'ils sont efficaces dans la réduction de la consommation de drogue et des comportements associés à la transmission d'agents pathogènes transmissibles par le sang (69-71). De plus, une méta-analyse plus récente a associé le traitement d'entretien à la méthadone à une réduction de 54% du risque d'être infecté par le VIH chez les UDIs (72). Similairement, une revue systématique de 2011 concluait que ces traitements de substitution réduisent les comportements reliés à la consommation de drogue avec un haut risque de transmission d'agents pathogènes transmis via le sang (73).

En plus de l'efficacité individuelle prouvée de ces programmes, la littérature plus récente suggère que les stratégies exhaustives agissent de façon synergique (74-77). En effet, les programmes qui utilisent plusieurs stratégies combinées de réduction des méfaits génèrent des bénéfices supérieurs concernant la santé des UDIs (78). Par exemple, dans deux cohortes distinctes d'Amsterdam, l'application d'une telle stratégie s'est traduite par une diminution de l'incidence du VIH de 57% et du VHC de 64% (79).

Malgré toutes ces données encourageantes, l'accessibilité à ces programmes demeure très faible. Selon une revue systématique de Mathers et collaborateurs de 2010 (80), seulement 10% des UDIs accèdent aux PES, tandis qu'ils sont seulement 8% à avoir accès aux traitements de substitution mondialement.

De plus, même en considérant l'impact positif de ces programmes, la transmission d'agents pathogènes, tel que le VHC, se poursuit dans plusieurs régions du monde, dont la province du Québec, comme mentionné auparavant. Pour réduire davantage la transmission de ces virus, il serait pertinent de continuer à améliorer et diversifier les programmes de réduction des méfaits, comme il est proposé dans l'article de Degenhardt et collaborateurs (78). Ceci

étant dit, l'amélioration globale des stratégies de réductions des méfaits repose en partie sur la capacité à comprendre les facteurs de risques associés à ce comportement, d'où l'importance de les identifier convenablement.

1.4.5 Facteurs de risque associés au partage de matériel d'injection

De nombreuses études ont été réalisées afin de déterminer quels sont les facteurs de risque qui sont associés au partage de matériel d'injection chez les UDIs. Les facteurs se classent généralement en 3 catégories : caractéristiques sociodémographiques, profil de consommation et état de santé. Dans cette prochaine section, une brève recension des facteurs de risque qui ont précédemment été associés au partage de matériel d'injection dans la littérature seront décrits.

1.4.5.1 Caractéristiques sociodémographiques

1.4.5.1.1 Âge

Tout d'abord, l'âge des utilisateurs de drogue par injection a souvent été lié aux comportements d'injection à risque, dont le partage. Plusieurs études ont su démontrer que les jeunes UDIs ont plus de risque de partager que les plus vieux UDIs (77, 81-89). Dans l'étude de Tassiopoulos et collaborateurs datant de 2013, les auteurs rapportent que 52% des jeunes UDIs (moins de 25 ans) du Massachussetts rapportaient avoir partagé une seringue au moins une fois dans les trente derniers jours, comparativement à 38% pour les plus vieux. Dans cette même étude, les analyses multivariées ont montré que les jeunes UDIs ont deux fois plus de risque de partager une seringue et/ou du matériel d'injection que ceux âgés de 25 ans et plus (IC95% = 1,26 – 3,19). D'autres études, dont une menée à Glasgow en Écosse, ont plutôt démontré que l'âge des UDIs était inversement corrélé aux comportements d'injection à risque (RCA de 0,95 par année) (88). Similairement à ce résultat, une étude réalisée dans 4 villes des États-Unis (Baltimore, Miami, New York et San Francisco) a montré une corrélation inverse

entre l'âge et les comportements d'injection à risque (RCA de 0,95 par année) (84). À Vancouver, au Canada, une autre étude a aussi démontré ce même type de résultat (RCA de 0,97 par année) (77).

1.4.5.1.2 Genre

Des différences notables ont été observées entre les femmes et les hommes en ce qui a trait au partage de matériel d'injection. Une étude réalisée en Iran rapportait que 48% des femmes avaient partagé des seringues au courant de leur vie, tandis que chez les hommes, ils étaient plutôt 35%, une différence statistiquement significative (valeur-p = 0,029) (90). À Glasgow, en Écosse, il a été montré que les femmes rapportant un partenaire sexuel qui s'injecte également ont plus de chance d'exercer le partage réceptif que les hommes (88). Au sud du Royaume-Uni, une étude réalisée à Bournemouth et à Bath concluait que les hommes ont plus tendance à pratiquer le partage distributif de matériel d'injection, tandis que les femmes s'engagent plus dans le partage réceptif (91). En Californie, aux États-Unis, trois études rapportaient une plus grande proportion de femmes qui s'engagent dans le partage de matériel d'injection, comparée à celle des hommes (92-94). Une étude qualitative de 2010 a tenté d'explorer les conséquences que peuvent percevoir les femmes qui refusent de s'engager dans le partage de matériel d'injection. Les auteurs ont d'abord noté que les épisodes d'injection à risque expérimentés par les femmes étaient presque toujours caractérisés par une dépendance à quelqu'un d'autre (provision ou préparation de la drogue), et le plus souvent, une personne du sexe opposé (95). Lorsqu'elles refusent de s'engager dans le partage de matériel d'injection, les principales conséquences perçues par les femmes concernent principalement la violation de normes sociales, leur sécurité personnelle, leur stabilité résidentielle et leur accès à la drogue (95).

1.4.5.1.3 Éducation

Quelques études s'intéressant aux facteurs associés aux comportements d'injection à risque ont démontré un lien entre le niveau d'éducation et les comportements d'injection à risque, dont le partage (84, 90, 96, 97). Une étude iranienne montrait en 2009 qu'il existe une

différence statistiquement significative (valeur-p = 0,002) entre les UDIs n'ayant pas d'éducation (analphabètes ou à peine capables de lire) comparés à ceux ayant des diplômes concernant le partage de seringues (44% de partage contre 25%, respectivement) (90). Aux États-Unis, une étude multi-municipale de 2007 corroborait ces résultats. L'étude démontrait que les UDIs sans éducation secondaire rapportaient plus de comportements d'injection à risque comparés aux UDIs ayant au moins une éducation secondaire (24% contre 13%, valeur-p < 0,001). De plus, dans leurs analyses multivariées, ils ont obtenu une association protectrice entre le fait d'avoir complété des études secondaires et les comportements d'injection à risque (RC = 0,47; IC95% = 0,31 – 0,72) (84).

1.4.5.1.4 Condition résidentielle

Un lien entre l'instabilité résidentielle et des comportements d'injection à risque a souvent été suggéré (98-106). Une récente étude de 2013 réalisée à Baltimore aux États-Unis concluait que les UDIs ayant vécu de l'itinérance durant plus d'un mois sur les six derniers avaient un plus grand risque de s'engager dans des comportements d'injection à risque, comparé à ceux vivant dans des conditions résidentielles stables (RCA = 1,61; IC95% = 1,06 – 2,45) (102). Toujours aux États-Unis, une étude multicentrique a comparé le partage de matériel d'injection d'UDIs accédant à 15 programmes d'échange de seringues différents selon leur condition résidentielle. Ils ont d'abord observé qu'un plus grand pourcentage de participants avec une instabilité résidentielle rapportait du partage de matériel d'injection (100). Dans leurs analyses multivariées, ils estiment que les UDIs avec une instabilité résidentielle ont deux fois plus de risque de partager que ceux qui vivent dans des conditions résidentielles stables (RCA = 2,02; IC95% = 1,68 – 2,41) (100). Plusieurs auteurs discutent de la grande désorganisation sociale souvent associée à ces conditions résidentielles instables comme étant majoritairement responsable de cet engagement des utilisateurs de drogue par injection dans les comportements d'injection à risque (99, 105).

1.4.5.1.5 Incarcération

L'incarcération, quant à elle, a aussi été un facteur maintes fois associé aux comportements d'injection à risque (107-114). D'abord, à Madrid, en Espagne, une étude comparant les femmes utilisatrices de drogue par injection ayant été incarcérées à celles qui ne l'ont pas été suggérait que l'incarcération ne menait pas à une diminution des comportements à risque suite à leur sortie (108). En 2009, au Mexique, Pollini et collaborateurs indiquaient que 61% des UDIs incarcérés continuaient à s'injecter en prison et que, parmi ceux-ci, 75% rapportaient s'être engagé dans le partage de seringues. Les auteurs concluent également que le fait de s'injecter à l'intérieur d'une prison augmentait le risque de partage de seringues de près de 2,5 fois (IC95% = 1,75 – 3,45) (110). Au Canada, deux études menées à Vancouver rapportaient des résultats similaires concernant l'association entre une récente incarcération et le partage de seringues. La première, comparant les UDIs incarcérés selon leur statut sérologique au VIH (positif/négatif), rapportait que peu importe le statut sérologique, une récente incarcération était positivement associée au partage de seringues (113). La seconde, comparant les UDIs ayant été récemment incarcérés ou non, associait pareillement l'incarcération au partage de seringues (RCA = 1,63; IC95% = 1,30 – 2,03) (114). Ces études discutent du fait que l'emprisonnement réduit l'injection parmi les UDIs, mais que beaucoup d'entre eux continuent tout de même à s'injecter en prison et qu'une plus forte proportion d'entre eux s'engagent dans des comportements d'injection à risque, dont le partage de matériel d'injection.

1.4.5.2 Profil de consommation

Plusieurs aspects du profil de consommation de drogues injectées ont été associés au partage de matériel d'injection au courant des dernières années. Principalement, la fréquence d'injection, la consommation dite « par binge » (*bingeing*), et l'injection de cocaïne sont les trois composantes majoritairement étudiées (77, 115-119). En Chine, dans la province de Sichuan, une étude de Zhang et collaborateurs a montré que le fait de s'injecter deux fois ou plus par jour comparé à moins de deux fois augmentait de près de trois fois les risques de partager une seringue (RCA = 2,8; IC95% = 2,2 – 3,4) (119). À Vancouver, deux études ont

démontré que les UDIs qui s'injectaient fréquemment de la cocaïne étaient plus à risque de s'engager dans le partage de seringues (77, 120). Également à Vancouver, deux études montraient que les UDIs s'injectant « par binge » avaient près de deux fois plus de risque de pratiquer le partage de seringues (77, 116). En ce qui a trait à la consommation de cocaïne par injection, une étude de Havens et collaborateurs en 2011 réalisée en milieu rural au Kentucky concluait que l'injection de cocaïne augmentait les risques de partager du matériel d'injection de près de quinze fois (RCA = 14,9; 8,0 – 27,7) (115). Toujours aux États-Unis, une étude réalisée à partir des données d'un sondage national (incluant 50 états) montrait que l'injection de cocaïne augmentait le risque d'obtenir ses aiguilles de façon risquée de 2,3 fois (RCA = 2,29; IC95% = 1,23 – 4,25) (117).

Fait à noter, la cocaïne est la drogue principalement injectée à Montréal, comme partout au Canada d'ailleurs depuis plusieurs années (57).

1.4.5.3 État de santé

D'une part, sur le plan de la santé physique, le dépistage et la connaissance de son statut sérologique au VIH et au VHC seraient inversement associés aux comportements d'injection à risque. Une étude réalisée à Montréal montrait que, autant chez les femmes que chez les hommes, le fait d'être infecté par le VIH réduisait les risques d'avoir partagé des seringues dans les six derniers mois (RCA de 0,32 pour les femmes et de 0,61 pour les hommes) (61). Dans le même ordre d'idées, à New York, un groupe de chercheurs parlait d'un type de réduction des risques, appelé « altruisme informé », dans lequel les personnes qui sont au courant de leur infection au VIH ont tendance à réduire leurs comportements d'injection à risque (121). Concernant le VHC, des études transversales ont observé une diminution des comportements d'injection à risque parmi les UDIs conscients de leur statut sérologique positif (122, 123). De plus, une étude de 2012 concluait que les programmes de dépistage du VHC étaient associés à une réduction du partage de seringues de 5% annuellement (124). Finalement, une récente étude longitudinale effectuée à Montréal a observé une diminution linéaire du risque de partage de seringues après la notification du statut sérologique au VHC (RCA = 0,85; IC95% = 0,77 – 0,94) (125).

D'autre part, sur le plan de la santé mentale, de nombreuses études ont observé chez les utilisateurs de drogue par injection vivant avec une psychopathologie, spécifique ou non, un lien clair avec les comportements d'injection à risque (15-19, 126-138). Trouble de la personnalité antisociale, dépression, trouble de la personnalité limite, trouble d'anxiété et détresse psychologique ont été associés à une augmentation du risque de partager du matériel d'injection. La prochaine section s'intéressera plus en profondeur à la santé mentale.

1.5 Santé mentale et consommation de substances

La cooccurrence d'un trouble d'utilisation de substance et de troubles mentaux est généralement bien documentée (139-141). Plusieurs études ont montré que les participants présentant une comorbidité psychiatrique ont de moins bons pronostics aux traitements de la toxicomanie, une qualité de vie moins élevée et une consommation de substance plus problématique que ceux présentant seulement un trouble d'utilisation de substances (142-144). En 2017, Hassan et collaborateurs ont montré que les individus avec un trouble de stress post-traumatique et un trouble d'utilisation des opioïdes de prescription avaient une qualité de vie inférieure à ceux ayant seulement un ou l'autre des diagnostics. Ils ont aussi montré que leur trouble d'utilisation des opioïdes de prescription était plus sévère que les individus sans trouble de stress post-traumatique (142). En 2002, une étude clinique randomisée de McKay et collaborateurs comparant deux traitements pour la dépendance montrait que les individus utilisant de la cocaïne et vivant avec une dépression consommaient généralement plus d'alcool. De plus, ils ne diminuaient pas leur consommation de cocaïne après traitement, comparés à ceux sans dépression (143).

1.5.1 Prévalence des psychopathologies parmi les UDIs

Au cours des dernières années, plusieurs études spécifiques à la santé mentale des utilisateurs de drogue par injection ont été publiées. Plusieurs chercheurs ont rapporté une forte prévalence de troubles mentaux au sein de cette population vulnérable qui s'injecte des

drogues (11-14, 45, 145-148). En 1997, Brooner et collaborateurs rapportaient que parmi leur échantillon de 716 consommateurs d'opioïde désirant entrer dans un traitement de substitution (méthadone), 47% d'entre eux avait une comorbidité psychiatrique (145). En 2001, à Geelong en Australie, une étude rapportait que dans les douze mois précédents leur entrevue, plus de 50% de leurs participants remplissait les critères pour un trouble affectif, les deux tiers pour un trouble anxieux et un peu moins pour les deux, affectif et anxieux (146). Ces prévalences sont dix fois plus élevées que dans la population générale australienne et de deux à trois fois supérieures à ce qui avait été trouvé précédemment dans un sondage parmi des utilisateurs de drogues (146). Également en Australie, chez des UDIs âgés de 18 à 24 ans, une étude de 2004 rapportait que 23% de leur échantillon vivait avec une dépression majeure, 75% remplissait les critères pour un trouble de la personnalité antisociale et 51% pour un trouble de la personnalité limite (14). Aux États-Unis, à Chicago, une étude de 2012 menée parmi de jeunes UDIs a montré qu'ils présentaient des prévalences de dépression, de trouble de personnalité antisociale et de personnalité limite supérieures à la population générale (11). Au Canada, une étude multi-site réalisée chez des UDIs consommant des opioïdes et non-traités pour leur dépendance a montré que les deux tiers de leur cohorte rapportaient un trouble de l'humeur, 12% rapportait un trouble anxieux et 50% rapportait une dépression (45).

1.5.2 Psychopathologies et partage de matériel d'injection

Comme mentionné précédemment dans la section sur l'état de santé mentale (section 1.4.5.3), de nombreuses associations ont été trouvées entre des psychopathologies, spécifique ou non, et le partage de matériel d'injection. En 2006, Disney et collaborateurs publiaient un article associant le trouble de la personnalité antisociale aux comportements à risque pour l'infection au VIH, incluant le partage de seringues, chez des participants à un programme d'échange de seringues à Baltimore (16). À Chicago, une étude publiée en 2014 montrait que les UDIs atteints d'un trouble de la personnalité limite ou ayant vécu une dépression majeure dans la dernière année avait plus de risque de pratiquer le partage réceptif de seringues, comparés à ceux n'en ayant pas (valeur-p < 0,001). De plus, ceux ayant vécu une dépression majeure dans la dernière année avaient aussi plus de risque de s'engager dans le partage

réceptif de matériel d'injection autre que la seringue (valeur- $p < 0,01$) (15). À Montréal, en 2015, Roy et collaborateurs associaient le trouble anxieux au partage de seringues (RCA = 2,13; IC95% = 1,15 – 3,96) et au partage de matériel d'injection autre que la seringue (RCA = 1,81; IC95% = 1,12 – 2,92) dans une cohorte de consommateurs de cocaïne (135).

1.5.2.1 Détresse psychologique et partage de matériel d'injection

Plus récemment, une étude réalisée à Montréal suggérait qu'un marqueur spécifique de santé mentale, la détresse psychologique, était aussi associé aux comportements d'injection à risque, dont le partage de seringues (RCA = 2,1; IC95% = 1,1 – 3,8 (19). Les auteurs mentionnent également que la détresse psychologique sévère était fortement rapportée parmi les UDIs (34%), comparés à la population générale du Canada (20%) (149). Cette étude est venue contribuer à la modique littérature montrant une association entre une détresse psychologique et le partage de matériel d'injection (17, 18). En 2008, Latkin et ses collaborateurs ont publié un article qui, pour la première fois, montrait une association entre un haut niveau de détresse psychologique et le partage de matériel d'injection autre que la seringue (RCA = 1,34; IC95% = 1,01 – 1,79) (18). Dans cette étude réalisée dans quatre villes des États-Unis, la détresse psychologique était mesurée via le Bref inventaire des symptômes (*Brief Symptoms Inventory*, BSI, en anglais). Par la suite, en 2011, Gu et son équipe suggérait que la présence de détresse psychologique augmentait les risques de partage réceptif de seringues de deux fois et distributif de trois fois parmi des femmes UDIs pratiquant aussi le métier de travailleuses du sexe (17). Dans ce cas-ci, la détresse psychologique était mesurée selon trois symptômes psychiatriques généraux dans la dernière semaine : beaucoup de haine envers soi-même, se sentir très dépressif et/ou souffrir d'insomnie sévère.

À la lecture de ces données, il semblerait qu'une détresse psychologique élevée s'avère être associée à un risque plus accru de partager du matériel d'injection. Il est ainsi plausible que la détresse psychologique soit une cible d'intervention afin de diminuer les risques de partage de matériel d'injection. On ignore toutefois si des interventions visant une réduction de la détresse psychologique sont associées à un risque moins élevé de comportements à risque, tel le partage de matériel d'injection.

1.6 Accès aux services de santé mentale

Un bon nombre de traitements pharmacologiques et psychosociaux ont été élaborés puis implantés afin d'atténuer les symptômes de troubles mentaux et de détresse psychologique. Ces interventions sont aujourd'hui dispensées dans un large éventail de cadres différents, comme par exemple des cliniques de psychiatrie, des programmes communautaires (service d'aide au logement, gestion de cas, entraide et soutien par les pairs, interventions en cas de crise, etc.) ou par des médecins de famille, et visent majoritairement le soulagement des symptômes spécifiques de troubles mentaux.

1.6.1 Accès aux services de santé mentale par la population générale

En 2004, une étude européenne de grande ampleur a été publiée concernant l'accès aux services de santé mentale. L'étude incluait la population générale âgée de 18 ans et plus provenant de six pays différents : la Belgique, la France, l'Allemagne, l'Italie, les Pays-Bas et l'Espagne. De tous leurs répondants, 6,4% d'entre eux affirmait avoir consulté au moins un service pour sa santé mentale dans les douze derniers mois (150). Parmi cette proportion de participants, près du tiers a consulté un omnipraticien en première ligne, un autre tiers a consulté un professionnel de la santé mentale (psychiatre, majoritairement, et psychologue), tandis qu'une proportion marginale a consulté un autre professionnel (services sociaux, leaders religieux ou autres guérisseurs). Parmi leur population déclarant un problème psychologique, 25,7% d'entre eux aurait consulté dans la dernière année, tandis que pour ceux déclarant deux problèmes mentaux ou plus, ce pourcentage se trouverait autour de 40%. Aux Pays-Bas, une étude utilisant les données d'un échantillon de participants âgés entre 18 et 64 ans provenant de 90 villes rapportait que 14,6% d'entre eux avait consulté au moins un service pour sa santé mentale dans la dernière année (151). Dans leur échantillon, 23,5% rapportait au moins un trouble mental, et de ceux-ci, 33,9% a obtenu des soins de santé d'un professionnel. Au Royaume-Uni, 6% de la population générale (estimation basée sur leur échantillon de plus de 8 800 individus) aurait eu accès à au moins un service pour des problèmes mentaux dans la

dernière année (152). Parmi ceux déclarant au moins un trouble mental, 69% aurait consulté au moins un professionnel. En Australie, ces proportions se situeraient à 8% et 41%, respectivement (153). Aux États-Unis, 6% de la population utiliserait des services pour un problème de santé mentale (154). En 2015, 43,9 millions d'Américains âgés de 18 ans et plus (17,9% de la population adulte) vivraient avec un problème de santé mentale (155). Parmi ces derniers, seulement 44% d'entre eux recevraient les traitements dont ils ont besoin (156). Au Canada, 11,1% de la population générale âgée de 15 ans et plus (en excluant le Québec, 9,6%) a consulté au moins un professionnel de la santé pour sa santé mentale en 2012 (20). Au Québec, c'est 58% des personnes ayant un trouble mental diagnostiqué qui ont consulté un professionnel de la santé pour sa santé mentale en 2012 (20), contre 38% en 2002 (157).

Plusieurs auteurs mentionnent que les données d'un peu partout semblent indiquer une augmentation de l'accès aux services de santé mentale par ceux qui en ont besoin. L'accès à ces services demeurent néanmoins insuffisant actuellement.

1.6.1 Accès aux services de santé mentale par les utilisateurs de drogues

L'accès aux services de santé mentale demeure relativement peu élevé de manière générale, même parmi la population ayant un diagnostic de trouble mental, tel que mentionné dans la section précédente. Cependant, il semblerait que l'accès soit encore plus faible parmi les personnes avec un trouble d'utilisation de substance. Ceci étant dit, peu de littérature existe concernant ce précédant phénomène.

Une étude datant de 1999 suggérait que, comparés à ceux ne consommant aucune substance, les utilisateurs chroniques de substances avaient plus de risque de ne pas recevoir les services de santé nécessaires, tous services de santé confondus, lorsqu'ils désiraient en recevoir (158). Similairement, dans une cohorte d'utilisateurs d'opiacés illicites dans cinq grandes villes canadiennes (Edmonton, Montréal, Québec, Toronto et Vancouver), ceux déclarant un problème mental rapportaient moins de visites dans les services, tous services confondus, comparés à ceux ne déclarant aucun problème mental. Une étude parue en 2009 montrait que l'utilisation de services en santé mentale chez des utilisateurs de drogues d'origine portoricaine vivant à New York était de 19% chez les hommes et 27% chez les

femmes (159). Une autre étude menée dans trois villes canadiennes (Vancouver, Toronto et Ottawa) chez des individus en situation d'itinérance ou en condition résidentielle vulnérable associait la consommation problématique de substance à des soins en santé mentale non-satisfaits (RCA = 3,06; IC95% = 2,17 – 4,30) (160). Dans une étude réalisée à Vancouver chez des UDIs, le fait d'avoir au moins une condition de santé mentale était associé avec plus de risque de rapporter des barrières lors de l'accès à des services de santé ou des services sociaux, services de santé mentale inclus (RCA = 1,45; IC95% = 1,32 – 1,58) (161).

Au Québec, selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), ce n'est qu'environ 1 personne sur 5 (21,1%) concernée soit par l'abus ou la dépendance aux substances qui ont accédé à des services de santé pour leur santé mentale en 2012 (population âgée de 15 ans et plus) (20).

1.7 Accès aux services de santé mentale et implications

D'un point de vue plutôt général, il a été démontré que le simple fait d'avoir une consultation en cabinet médical peut induire des changements dans les comportements nocifs, telles la cessation tabagique ou une diminution de la consommation d'alcool (162-164). De plus, une étude réalisée dans le Maryland aux États-Unis suggérait que les services en santé mentale pouvaient avoir un impact potentiel sur la qualité de vie de la population qu'ils servent (165). Également, une revue de littérature mentionnait que, comparés au moment où ils sont entrés dans un service de santé mentale, la qualité de vie des patients était supérieure à leur sortie (166). En Australie, l'évaluation d'un projet national pour l'accès à des services de santé mentale pour la population en milieu rural montrait l'efficacité des services par une diminution de l'anxiété, du stress, et une augmentation du bien-être général suite aux traitements de la détresse psychologique (167).

Plus spécifiquement, à maintes reprises, plusieurs études ont montré que l'engagement dans des thérapies traitant la comorbidité psychiatrique des patients avec un trouble d'utilisation de substances avait des impacts positifs sur la consommation de substances. Les résultats abondent dans la même direction autant pour les traitements pharmacologiques que

psychosociaux, ou combinés (168-172). Toutefois, une étude réalisée en 2007 à Melbourne en Australie montrait que les jeunes (15-24 ans) allant chercher de l'aide pour un problème de santé mentale avec un trouble d'utilisation de substance démontraient de moins bons bénéfices après 6 mois, comparé à ceux sans trouble d'utilisation de substance. En effet, ces jeunes avec un problème de santé mentale et un trouble d'utilisation de substance montraient plus de problèmes avec leurs symptômes et leur fonctionnement que les autres (173).

Malgré des impacts positifs prouvés, les potentiels effets de l'accès aux services de santé mentale par les utilisateurs de drogue par injection demeurent un sujet peu étudié. Ainsi, on ne sait pas si l'accès à des services pour des problèmes de santé mentale est associé ou non avec la prise de risque.

Une meilleure compréhension de l'association entre l'accès à des services pour des problèmes de santé mentale et les risques de partager du matériel d'injection parmi les utilisateurs de drogue par injection est d'une importance critique. En effet, cette connaissance pourra informer les experts développant de futures stratégies de prévention et les éclairer dans les prochains développements concernant cette population spécifique. Ces résultats pourront ainsi informer sur la pertinence d'augmenter et d'adapter l'accès aux services de santé mentale dans le but de réduire davantage le partage du matériel d'injection. Une question qui sera aussi explorée par cette étude est de savoir si les services en santé mentale sont spécifiquement utiles pour diminuer les risques seulement chez des individus avec des troubles mentaux sévères.

Chapitre 2 : Objectifs et hypothèses

Actuellement, il existe peu de littérature concernant l'impact potentiel que pourrait avoir l'accès à des services pour des problèmes de santé mentale sur le partage de matériel d'injection, un comportement d'injection très à risque pour la transmission d'agents infectieux chez les utilisateurs de drogue par injection. Précédemment, les études majoritairement qualitatives se sont intéressées aux barrières pouvant nuire à l'accès aux services de santé mentale, autant du point de vue des utilisateurs de services que des professionnels prodiguant les soins. Les quelques études quantitatives rapportent majoritairement des données descriptives d'accès aux services de santé mentale par des populations précises ou des facteurs potentiellement associés à l'accès à ces services. Dans ce mémoire, l'accès aux services pour des problèmes de santé mentale sera exploré sous un autre angle : il sera étudié comme un déterminant potentiellement associé au partage de matériel d'injection.

De plus, quelques récentes études suggèrent que la présence de détresse psychologique sévère est associée positivement au partage de matériel d'injection parmi les UDIs. Comme mentionné précédemment, les personnes utilisant des drogues avec une comorbidité psychiatrique semblent avoir un pronostic inférieur à ceux sans comorbidité. Ainsi, il semble pertinent d'étudier ici l'influence du niveau de détresse psychologique sur l'association entre l'accès à des services pour des problèmes de santé mentale et le partage de matériel d'injection. En d'autres termes, observer si l'association est modifiée selon la présence de détresse psychologique sévère ou non.

Ces informations seront importantes dans le développement de nouvelles stratégies concernant la prévention de la transmission d'agents infectieux, tels le VIH et le VHC, ainsi que pour la planification de politiques visant la réduction des méfaits.

L'objectif général de ce projet de maîtrise est d'examiner l'association entre l'accès à des services pour des problèmes de santé mentale et le partage de matériel d'injection chez des utilisateurs de drogue par injection actifs de Montréal.

Les objectifs spécifiques sont de :

1. Examiner l'association entre l'accès à des services pour des problèmes de santé mentale et la fréquence subséquente du partage réceptif de matériel d'injection, tout en contrôlant pour les facteurs de confusion.
2. Évaluer si la présence ou non de détresse psychologique sévère semble modifier cette précédente association.

En se basant sur le peu de littérature connue et publiée jusqu'à maintenant, nous proposons les hypothèses suivantes :

- L'accès à des services pour des problèmes de santé mentale sera associé avec un plus faible risque de pratiquer subséquemment le partage réceptif de matériel d'injection.
- L'amplitude de l'association entre l'accès à des services pour des problèmes de santé mentale et le partage réceptif de matériel d'injection sera inférieure dans le groupe présentant de la détresse psychologique sévère. Autrement dit, sachant que les personnes souffrant d'une plus grande détresse psychologique ont un risque plus élevé de partager du matériel d'injection (section 1.5.2.1), ceux-ci accédant aux services pour un problème de santé mentale pourraient être plus résistants à une intervention modulant ce comportement, comparés aux participants sans détresse. Mais aussi, sachant que les participants avec un trouble d'utilisation de substance et une comorbidité vivent généralement dans des conditions plus désorganisées (consommation plus problématique, moins bonne qualité de vie, etc.) (section 1.5), on pourrait s'attendre à ce qu'ils répondent moins bien lors de l'utilisation des services.

Chapitre 3 : Méthodologie

3.1 Description de la cohorte

La cohorte HEPCO (2004 – aujourd’hui), anciennement connue sous le nom de Cohorte Saint-Luc (1988-2004), est une étude de cohorte observationnelle, ouverte et prospective d’utilisateurs actifs de drogue par injection à Montréal. L’objectif primaire de la cohorte HEPCO est d’examiner les facteurs individuels et contextuels potentiellement associés à l’infection par le VHC. L’étude de cohorte est principalement financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et par les Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS).

Pour être éligible au recrutement, les participants doivent être âgés de plus de 18 ans, doivent s’être injectés dans les six mois précédent le recrutement, doivent vivre dans la région métropolitaine de Montréal et doivent être aptes à signer un formulaire de consentement. Les participants sont principalement recrutés via des travailleurs de rue travaillant auprès de la communauté d’UDIs, le bouche-à-oreille, des organismes communautaires et via des références d’institutions affiliées.

3.2 Collecte de données

À leur entrée dans la cohorte, les participants remplissent un questionnaire confidentiel administré par un intervieweur dans une salle privée en mode face-à-face. Le contenu du questionnaire est décrit ci-dessous (une copie de la dernière version du questionnaire est aussi disponible à l’annexe A). Les entrevues sont conduites par des personnes entraînées à administrer le questionnaire, aveugles au statut sérologique du participant, parlant français et anglais et qui ont une forte expérience avec les UDIs. Les entrevues se font sur un site central de l’étude au centre-ville de Montréal.

Suite au questionnaire, un prélèvement sanguin est effectué pour le dépistage du VIH et pour le dépistage du VHC. Un montant forfaitaire de 20\$ pour le temps donné et un billet de transport en commun pour couvrir les frais de transport sont fournis à chaque visite. De plus, de l'accompagnement et des références pour des traitements (alcool, drogue, sida, etc.) sont disponibles en tout temps. Les visites sont prévues aux trois mois par la suite. Lors des visites de suivi, un questionnaire de suivi (disponible à l'annexe A), similaire au questionnaire d'entrée, est administré et un prélèvement sanguin est effectué à nouveau.

3.2.1 Questionnaires

Les questionnaires d'entrée et de suivi :

Les questionnaires de la cohorte HEPCO sont développés à partir d'instruments précédemment utilisés et validés (174-176) pour la population visée et compatibles avec des instruments d'autres études canadiennes chez les UDIs. Les questionnaires ont subi 2 grandes modifications au courant des années (2004 et 2011) afin de les maintenir à jour et de suivre les tendances actuelles. Pour compléter les questionnaires, il faut compter environ 45 minutes.

Les questionnaires collectent des informations variées concernant les trois mois précédents (six mois pour le questionnaire d'entrée). On y retrouve principalement des données sur la socio-démographie des participants (âge, genre, ethnie, lieu de naissance, sources de revenus, incarcération, situation d'itinérance, etc.), sur la consommation de drogues et les comportements associés (drogues consommées, âge à la première consommation, type de partenaires lors de la consommation, partage de matériel d'injection, etc.), sur le statut de santé (physique et mentale), sur les comportements sexuels (nombre de partenaires sexuels, sexe des partenaires, prostitution, etc.) et sur l'utilisation de services (santé générale, traitement de la toxicomanie, santé mentale, etc.).

3.2.2 Dépistage

Un dépistage pour le VIH et pour le VHC a été fait à l'entrée dans la cohorte pour tous les participants. Un prélèvement sanguin est effectué par un infirmier de l'étude. Pour le VIH, les participants sont testés pour des anticorps au VIH-1 et pour l'antigène P24 (AxSYM®, Abbott Diagnostics). Pour le VHC, les participants sont testés pour des anticorps (AxSYM®, Abbott Diagnostics) et pour de l'ARN (COBAS® AMPLICOR, Roche Diagnostics). Les participants obtenant un diagnostic positif pour le VIH ont eu la recommandation d'être re-testés, en concordance avec les procédures provinciales. Pour les participants obtenant un diagnostic négatif du VIH ou VHC, d'autres prélèvements sanguins sont effectués aux visites subséquentes. Afin d'obtenir leurs résultats sérologiques, les participants sont invités à revenir deux semaines après le prélèvement. Une compensation de 5\$ et un billet de transport en commun leur sont offerts. Les participants sont orientés vers les ressources appropriées si un test s'avère positif.

3.2.3 Procédures de suivi

Afin d'assurer le meilleur suivi possible dans cette population plutôt difficile, diverses stratégies sont employées. Parmi ces stratégies, on retrouve entre autres :

- Le maintien d'une base de données des contacts des participants. On demande aux participants engagés dans l'étude de fournir les coordonnées de quelques personnes de leur entourage, d'endroits où ils pourraient éventuellement se retrouver, et de mentionner s'il existe des restrictions quant à la nature de ces contacts. Évidemment, ces coordonnées sont divulguées de façon entièrement volontaire et il ne s'agit pas d'un préalable pour s'engager dans l'étude. Les participants peuvent aussi retirer les coordonnées de leurs contacts en tout temps.
- Suivi étroit par le personnel de la cohorte. Les employés de la cohorte s'affairent activement à rejoindre les participants pour les suivis par téléphone, courriel ou courrier, un mois avant leur rendez-vous de suivi.

- Une compensation financière est offerte aux participants à chacune des visites (20\$) en plus d'un billet de transport en commun (3,25\$).
- Aide du personnel d'autres agences/organismes que fréquentent les participants. Principalement, on parle ici de cliniques de traitement des toxicomanies, des refuges et des programmes d'échange de seringues (PES)(177).

3.2.4 Confidentialité et approbation éthique

Dès le recrutement dans la cohorte, tous les participants sont identifiés par un code numérique et un code alphabétique de cinq lettres. Des assistants de recherche sont responsables de l'entrée de données. L'entrée de données est vérifiée une seconde fois et elle se fait dans les trois mois suivant l'entrevue au maximum. De plus, toutes les données pour l'étude (questionnaires remplis, formulaire de consentement, etc.) sont dans un local barré et protégé par un système d'alarme. Seuls quelques membres du personnel de recherche ont accès à la base de données entière. Les données anonymes informatisées sont sur une plateforme de données offerte par le CHUM qui est sécurisée par un mot de passe avec des serveurs protégés par des pare-feu.

La cohorte HEPCO détient une approbation éthique, renouvelée annuellement, du comité d'éthique de la recherche (CÉR) du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Une copie du plus récent formulaire de consentement et son approbation éthique sont jointes à l'annexe B.

3.3 Population à l'étude

Pour ce projet particulier, seuls les participants ayant été vus entre mars 2011 et décembre 2015 ont été inclus dans l'étude. Le questionnaire a été modifié en 2011 et le marqueur de santé mentale utilisé dans cette étude, le *Kessler Psychological Distress Scale* a été ajouté à ce moment.

Considérant la nature de l'étude, les participants avec un minimum de deux visites et plus étaient éligibles. De plus, comme il était question d'observer l'association dans un temps rapproché d'une variable avec une autre, les participants avec des suivis dépassant les six mois ont été exclus, même s'ils revenaient plus tard dans l'étude.

Entre mars 2011 et décembre 2015, 689 participants ont été vus. En conséquence des précédentes restrictions, 331 participants ont dû être exclus parce que (a) ils ne sont pas revenus pour une seconde visite (n = 133, 19,3%) ou (b) une visite de suivi est survenue plus de six mois après une précédente visite (n = 198, 28,7%).

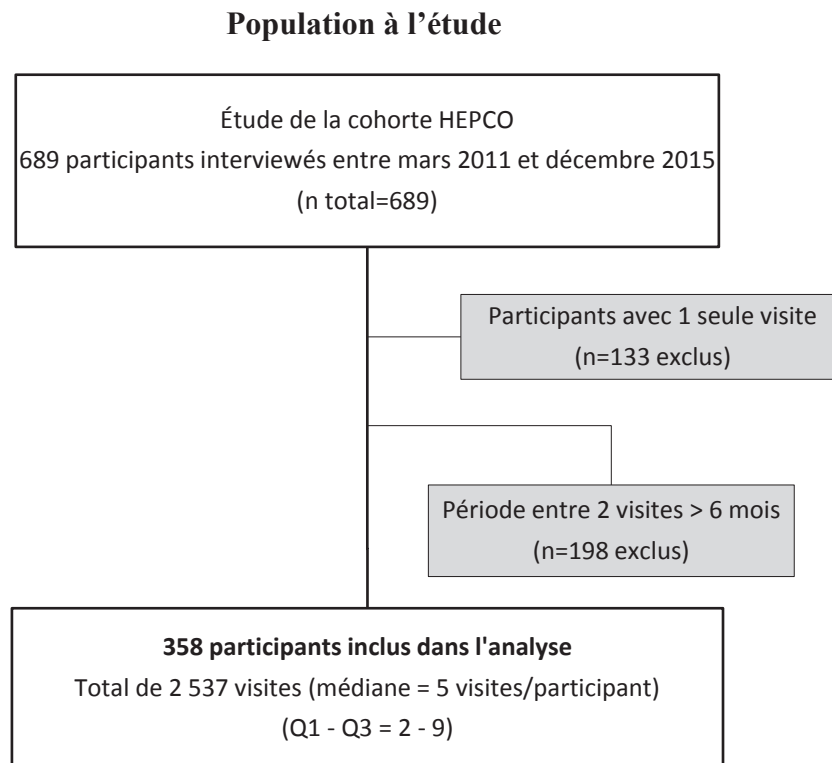


Figure 1. Population à l'étude, du 1^{er} mars 2011 au 31 décembre 2015.

Q1 : premier quartile; Q3 : troisième quartile.

3.4 Définition des variables

3.4.1 Variable dépendante

La variable dépendante de cette étude est le partage réceptif de matériel d'injection. Elle a été utilisée à titre d'indicateur pour l'engagement dans des comportements risqués. L'issue dichotomique (oui ou non) de cette étude a été décrite comme s'étant injecté avec une seringue et/ou tout autre matériel d'injection ayant déjà servi à l'injection pour quelqu'un d'autre, par contact direct ou indirect avec du sang, dans les trois mois précédant l'entrevue. Il s'agit là d'une variable comparable à d'autres précédemment employées dans la littérature (5, 17, 19, 178, 179), facilitant ainsi la comparaison des résultats avec la littérature antérieure.

Pour définir la variable, nous avons utilisé deux questions pertinentes tirées du questionnaire :

- Question 1 = Combien de fois avez-vous partagé des seringues dans les trois derniers mois? (0/1/2-5/6-10/+10)
- Question 2 = Combien de fois avez-vous utilisé du matériel d'injection utilisé par quelqu'un d'autre pour s'injecter dans les trois derniers mois? (0/1/2-5/6-10/+10)

Le participant était informé que par « partager une seringue », il s'agissait d'utiliser une seringue ayant déjà été utilisée par quelqu'un d'autre, qu'il y ait eu contact direct ou indirect avec du sang. À titre d'exemple, le participant pourrait s'être injecté avec une seringue avec laquelle quelqu'un s'est déjà injecté ou mélanger la drogue dans une seringue avec laquelle quelqu'un s'est déjà injecté. Pour le « partage de matériel d'injection », le participant savait que la définition englobait le contenant de préparation sans chauffage, les restes de drogues extraits à partir d'un coton ou d'un filtre, le contenant chauffé, les liquides de dilution ou de rinçage, le filtre, le coton et le tampon.

Les réponses ont été catégorisées comme étant « oui » si le participant a répondu au moins 1 fois à une des deux questions ou « non » si le participant a répondu 0 aux deux questions précédentes.

3.4.2 Variables indépendantes

Plusieurs variables indépendantes ont été considérées pour cette étude. Une description de ces dernières suit ci-dessous. Il est à mentionner que la plupart des variables sont dichotomiques à la base et ont été catégorisées selon les réponses oui ou non. Pour les quelques variables continues, elles ont été catégorisées de façon à les rendre plus informatives selon le contexte.

3.4.2.1 Variables indépendantes principales

Dans cette étude, 2 variables indépendantes principales ont été créées.

La première, la variable indépendante d'exposition « accès aux services pour un problème de santé mentale » a été créée à partir de la question suivante du questionnaire :

« Dans les trois derniers mois, avez-vous consulté un des professionnels suivants pour des problèmes de santé psychologiques : Médecin généraliste (oui ou non)? Psychiatre (oui ou non)? Psychologue (oui ou non)? Travailleur(se) social(e) (oui ou non)? Travailleur(se) de rue/intervenant(e) d'un organisme communautaire (oui ou non)? Infirmier(ère) (oui ou non)? Autre (oui ou non)? »

À partir de cette question, la variable d'exposition a été dichotomisée (oui ou non) en tant que « oui » le participant a consulté au moins 1 de ces professionnels dans les trois derniers mois ou « non » le participant n'a consulté aucun de ces professionnels dans les trois derniers mois. Puisque ces données sont difficilement catégorisables, la variable a été inspirée de celle utilisée lors d'une grande enquête nationale sur la santé mentale des Canadiens et Canadiennes (20, 157). De plus, d'autres études ont mesuré l'accès aux services pour des problèmes de santé mentale d'une façon similaire (159, 161, 180).

La seconde variable indépendante principale « détresse psychologique sévère » a été créée à partir du *Kessler Psychological Distress Scale* (K10). Le K10 est une échelle de dix questions non-spécifiques qui mesurent des symptômes anxieux et dépressifs qu'une personne

a pu ressentir dans les trente derniers jours. Les scores varient entre 10 (pas de détresse psychologique) et 50 (détresse psychologique très sévère). L'outil a été développé et validé par Kessler et collaborateurs (175) et il a été revalidé à plusieurs reprises par d'autres chercheurs dans plusieurs populations différentes (181-189), dont les utilisateurs de drogue par injection (190). Le score continu a souvent été catégorisé dans de précédentes études utilisant cette échelle. Afin d'être consistant avec la littérature sur les utilisateurs de drogue, par injection inclusivement, un point de coupure à 30 a été choisi pour cette présente étude, indiquant une détresse psychologique sévère pour un score de 30 et plus (19, 191-194).

3.4.2.2 Autres variables indépendantes

Les autres variables indépendantes ont été sélectionnées en considérant leur influence sur l'accès aux services et sur le partage de matériel d'injection décrite dans la littérature publiée.

Parmi les facteurs sociodémographiques, l'âge, le genre et l'éducation ont été inclus. L'âge a été classifié de façon à ce qu'on compare les changements pour chaque augmentation de 5 années. Pour l'éducation, elle a été explorée en choisissant la fin de l'école secondaire au Québec comme marqueur (habituellement douze années d'éducation). La variable a été catégorisée par « études secondaires complétées (oui ou non) ».

À titre d'indicateur pour la marginalisation, la stabilité résidentielle et l'incarcération ont été incluses, toutes les deux dans les trois mois précédents les entrevues. La variable de stabilité résidentielle a été dichotomisée comme étant « stable » ou « instable ». Par stabilité résidentielle, les participants mentionnant avoir vécu, dans les trois derniers mois, majoritairement dans un appartement/maison, la résidence des parents, la résidence d'un-e ami-e, un centre de réadaptation, un centre d'hébergement à moyen ou long terme, en prison, un établissement psychiatrique, une maison de transition des services correctionnels ou une toute autre maison de transition ont été classifiés en condition résidentielle stable. Pour être classifiée en condition résidentielle instable, les participants devaient mentionner avoir vécu, dans les trois derniers mois, majoritairement dans une chambre de motel/d'hôtel, une maison de chambres/pension, un refuge ou dans la rue. La variable incarceration a aussi été

dichotomisée en « oui, incarcération dans les trois derniers mois » et « non, pas d’incarcération dans les trois derniers mois ».

Les variables dichotomiques portant sur les indicateurs de santé incluent avoir reçu un diagnostic d’un trouble mental au courant de la vie (oui ou non) et les infections au VIH et au VHC (positif ou négatif) déterminés par les prélèvements sanguins.

Finalement, la consommation de substances des participants a été explorée, consommation dans les trois mois précédents leurs entrevues : alcool, cannabis, cocaïne, amphétamine et opioïdes. Toutes les consommations de substances ont été dichotomisées (oui ou non).

3.5 Données manquantes

Il y a peu de données manquantes dans la base de données utilisée dans le cadre de cette étude. Dans un premier temps, afin de prendre les données manquantes en charge adéquatement, les informations ont essayé d’être trouvées. Pour ce faire, les questionnaires ont été révisés et le membre du personnel ayant mené l’entrevue a été contacté. Autrement, il a été décidé de leur donner la valeur la plus plausible, si possible. Dans l’impossibilité d’attribuer la valeur la plus plausible, la valeur la plus fréquente dans l’échantillon a été attribuée. Pour la plausibilité, si par exemple le statut sérologique au VIH était absent d’un questionnaire, les données des questionnaires d’avant et d’après ont été regardées. Si le participant était positif trois mois précédemment et trois mois plus tard, un statut positif lui a été attribué. Pour des données plus variables au courant du temps pour un participant, telle la stabilité résidentielle qui passe de stable, à instable et revient à stable, si une donnée était manquante, le statut « stable » lui est attribué puisqu’il s’agit de la réponse la plus fréquente dans l’échantillon. Un tableau comparatif des participants inclus contre ceux exclus est disponible à l’annexe C. Les différences notables entre ces participants sont discutées au début du chapitre 4.

3.6 Analyses statistiques

Dans cette section, les analyses statistiques effectuées pour obtenir les résultats de cette étude seront décrites. Brièvement, les données ont premièrement été analysées avec des techniques descriptives. Puis, les relations entre variables ont été analysées en utilisant des analyses univariées et multivariées d'équations d'estimation généralisées.

3.6.1 Analyses descriptives

Des analyses statistiques descriptives ont premièrement été utilisées pour décrire l'échantillon à l'étude lors des questionnaires d'entrée. Parmi ces premières analyses, on retrouve d'abord des médianes ainsi que les premier et troisième quartiles (Q1 et Q3) pour les variables de type continues et les fréquences des distributions pour les variables catégoriques. Dans le but de comparer les participants ayant eu accès aux services à ceux n'ayant pas eu accès aux services, un test du khi carré a été fait pour les variables catégoriques tandis que le test de Wilcoxon-Mann-Whitney a été fait pour les variables continues, considérant qu'il était impossible d'assurer leur distribution normale.

3.6.2 Équations d'estimation généralisées

Des équations d'estimation généralisées ont été utilisées pour modéliser l'association entre l'accès aux services pour des problèmes de santé mentale et le partage réceptif de matériel d'injection au courant de la période de 58 mois. Cette méthode statistique a été choisie considérant la nature longitudinale des données. Cette technique statistique avec une fonction linéaire binomiale *logit* permet de prendre en considération la corrélation intra-sujet résultante de plusieurs mesures provenant de participants avec de multiples évaluations (mesures répétées). Afin d'être certain que l'accès aux services pour des problèmes de santé mentale soit associé avec une réduction subséquente du partage réceptif de matériel d'injection, un modèle d'analyses à décalage temporel a été utilisé (*time lag model* en anglais). En effet, l'issue a été prise dans le questionnaire suivant immédiatement celui utilisé pour

évaluer l'exposition. Des rapports de cotes (RC) et des intervalles de confiance à 95% (IC95%) ont été dérivés de ces analyses. Les associations entre le partage réceptif de matériel et les autres variables indépendantes ont aussi été évaluées dans des analyses univariées. Le modèle final multivarié qui nous a permis d'évaluer l'association principale entre l'accès à des services pour problèmes de santé mentale et le partage réceptif de matériel d'injection était ajusté pour l'âge à l'entrée, le genre, et les facteurs de confusion identifiés par une technique combinée de graphes orientés acycliques (*DAG* en anglais) et en utilisant la procédure « *change-in-estimate* » avec un critère de sélection à 5%.

3.6.3 Identification des facteurs de confusion

Afin d'identifier les potentiels facteurs de confusion, nous avons utilisé une technique combinant les graphes orientés acycliques et la technique « *change-in-estimate* (CIE) » afin de réduire au maximum la possibilité de biais. Pour les domaines où beaucoup de littérature est existante concernant les relations plausibles entre plusieurs variables, cette technique est recommandée aux chercheurs lors des analyses de données épidémiologiques (195).

La première partie, les graphes orientés acycliques, se fait généralement en six étapes : 1) choisir des variables qui ne doivent pas être des effets directs ou indirects de la variable d'exposition; 2) supprimer toutes les variables qui remplissent les 3 conditions suivantes a) ne sont pas directement ou indirectement reliées à la variable d'exposition, b) ne sont pas directement ou indirectement reliées à l'issue, c) ne sont pas directement ou indirectement reliées à des covariables que l'on tente d'inclure dans le modèle; 3) supprimer les lignes qui émanent de la variable d'exposition; 4) relier toutes les variables qui ont un même effet direct sur une autre variable; 5) enlever toutes les flèches des lignes; 6) supprimer toutes les lignes entre les covariables du modèle et toutes autres covariables. Si la variable d'exposition est dissociée de l'issue après l'étape 6, alors le modèle statistique choisi devrait minimiser les biais concernant l'estimation de l'exposition sur l'issue (196).

La seconde partie, la procédure CIE, consiste à éliminer les variables l'une après l'autre, selon leur impact sur l'amplitude de l'association entre la variable d'exposition et l'issue, jusqu'à ce qu'il ne reste que les variables ayant un impact significatif sur cette

amplitude, selon un critère prédéfini (197). Un modèle incluant toutes les variables présélectionnées est créé, puis la variable ayant le moins d'impact est éliminée. Un nouveau modèle est créé sans cette variable, puis la variable ayant le moins d'impact dans ce nouveau modèle est éliminée. Ces étapes sont répétées jusqu'à ce que les variables restantes modifient assez l'association, selon le critère de sélection prédéfini. Par convention, un critère de sélection à 5% a été choisi (198).

Pour toutes les analyses présentées dans ce mémoire, une valeur-p bilatérale a été utilisée, avec une signification statistique pour les valeurs-p inférieures à 0,05 (5%). Toutes les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel statistique SAS, version 9,4 (SAS Institute, Cary, Caroline du Nord, États-Unis).

3.6.4 Puissance statistique

Puisque le nombre de participants inclus dans l'étude était déjà connu, la puissance statistique n'a pas été calculée. La puissance statistique est normalement calculée lors de l'élaboration d'une étude prospective où il est nécessaire d'estimer le nombre de participants minimalement requis pour rejeter l'hypothèse nulle (199).

Chapitre 4 : Résultats

Pour cette étude, seuls les participants avec au moins deux visites consécutives et une période de temps entre les deux visites de six mois et moins ont été inclus dans l'analyse. Entre mars 2011 et décembre 2015, 689 participants ont complété un ou des questionnaires. De ces 689 participants, 331 (48%) ont dû être exclus parce que (a) ils avaient seulement une visite ($n = 133$; 19%) ou (b) la visite de suivi est survenue après plus de six mois ($n = 198$; 29%). De ce fait, 358 participants ont été inclus dans l'analyse, contribuant à 2 537 visites en tout. Comparés aux 311 participants exclus, ceux inclus avaient plus tendance à ne pas rapporter de détresse psychologique sévère, de vivre avec le VIH, de ne pas être infecté par le VHC et de consommer plus d'opioïdes (voir annexe C).

4.1 Caractéristiques de l'échantillon à l'étude

Dans un premier temps, les 358 participants inclus dans cette étude à leur entrée dans la cohorte (à partir de mars 2011) ont été décrits. Comme on peut le voir dans le Tableau I, la médiane de l'âge était de 40,3 ans [premier et troisième quartiles (Q1-Q3) = 31,1-47,9]. Une forte majorité était des hommes ($n = 294$; 82,1%), 215 participants ont complété leurs études secondaires (60,1%), 120 participants vivaient dans des conditions résidentielles instables (33,5%), et 41 participants ont été incarcérés dans les 3 mois précédents l'entrevue (11,4%). Au niveau de la santé mentale, 81 participants rapportaient une détresse psychologique sévère au courant du dernier mois (22,6%), tandis que 162 participants rapportaient avoir eu un diagnostic d'un trouble mental au cours de leur vie (45,3%). Concernant le statut sérologique, 25 participants ont obtenu un résultat positif au VIH (7,0%) et 198 ont obtenu un résultat positif au VHC (positif aux anticorps) (55,3%). La consommation de substances a aussi été quantifiée chez les participants. La cocaïne était la drogue la plus consommée ($n = 267$; 74,6%), suivie par les opioïdes ($n = 214$; 59,8%) et les amphétamines ($n = 105$; 29,3%). Parmi les autres substances décrites, l'alcool et le cannabis étaient utilisés dans des proportions similaires ($n = 234$, 65,4% et $n = 240$, 67,0%, respectivement).

Le Tableau I compare également les caractéristiques des participants ayant eu accès à des services pour des problèmes de santé mentale (n = 105; 29,3%) à ceux n'ayant pas eu accès à ces services (n = 253; 70,7%). Les participants ayant eu accès aux services pour des problèmes de santé mentale tendaient à être plus jeune (médianes des âges = 36,7 ans contre 41,2; valeur-p = 0,09). Ces derniers avaient aussi tendance à rapporter plus de détresse psychologique sévère (31,4% contre 19,0%; valeur-p = 0,010) et une histoire de diagnostic d'un trouble mental au cours de la vie (81,0% contre 30,4%; valeur-p < 0,001). Pour toutes les autres variables, aucune différence statistiquement significative n'a été observée.

Tableau I. Caractéristiques à l'entrée des 358 participants de la cohorte HEPCO basée à Montréal (Canada) vus entre mars 2011 et décembre 2015, selon l'accès ou non aux services pour des problèmes de santé mentale

Caractéristiques	Total des participants n = 358(%)	Ont eu accès aux services dans les 3 derniers mois n = 105 (%)	N'ont pas eu accès aux services dans les 3 derniers mois n = 253 (%)	Valeur -p ^a
Age				
Médiane (Q1-Q3)	40,3 (31,1-47,9)	36,7 (30,4-45,6)	41,2 (31,7-48,3)	0,092
Genre				
Femme	64 (17,9)	20 (19,0)	44 (17,4)	0,710
Homme	294 (82,1)	85 (81,0)	209 (82,6)	
Éducation secondaire complétée				
Non	143 (39,9)	47 (44,8)	96 (37,9)	0,231
Oui	215 (60,1)	58 (55,2)	157 (62,1)	
Condition résidentielle ^b				
Stable	238 (66,5)	68 (64,8)	170 (67,2)	0,657
Instable	120 (33,5)	37 (35,2)	83 (32,8)	
Incarcération ^b				
Non	317 (88,6)	92 (87,6)	225 (88,9)	0,722
Oui	41 (11,4)	13 (12,4)	28 (11,1)	
Détresse psychologique sévère ^c				
Non	277 (77,4)	72 (68,6)	205 (81,0)	0,010
Oui	81 (22,6)	33 (31,4)	48 (19,0)	

Caractéristiques	Total des participants n = 358(%)	Ont eu accès aux services dans les 3 derniers mois n = 105 (%)	N'ont pas eu accès aux services dans les 3 derniers mois n = 253 (%)	Valeur -p ^a
Diagnostic auto-rapporté d'un trouble mental au courant de la vie				
Non	196 (54,7)	20 (19,0)	176 (69,6)	<0,001
Oui	162 (45,3)	85 (81,0)	77 (30,4)	
Infection au VIH				
Négatif	333 (93,0)	98 (93,3)	235 (92,9)	0,880
Positif	25 (7,0)	7 (6,7)	18 (7,1)	
Infection au VHC				
Négatif (Ac-)	160 (44,7)	51 (48,6)	109 (43,1)	0,342
Positif (Ac+)	198 (55,3)	54 (51,4)	144 (56,9)	
Utilisation d'alcool ^b				
Non	124 (34,6)	40 (38,1)	84 (33,2)	0,376
Oui	234 (65,4)	65 (61,9)	169 (66,8)	
Utilisation de cannabis ^b				
Non	118 (33,0)	32 (30,5)	86 (34,0)	0,519
Oui	240 (67,0)	73 (69,5)	167 (66,0)	
Utilisation de cocaïne ^b				
Non	91 (25,4)	24 (22,9)	67 (26,5)	0,473
Oui	267 (74,6)	81 (77,1)	186 (73,5)	
Utilisation d'amphétamines ^b				
Non	253 (70,7)	69 (65,7)	184 (72,7)	0,185
Oui	105 (29,3)	36 (34,3)	69 (27,3)	
Utilisation d'opioïdes ^b				
Non	144 (40,2)	49 (46,7)	95 (37,6)	0,109
Oui	214 (59,8)	56 (53,3)	158 (62,4)	
Partage réceptif de matériel d'injection ^b				
Non	279 (77,9)	83 (79,0)	196 (77,5)	0,346
Oui	79 (22,1)	22 (21,0)	57 (22,5)	

^avaleurs-p dérivées du test du χ^2 pour les variables catégoriques et du test de Wilcoxon-Mann-Whitney pour les variables continues; ^bderniers trois mois; ^cdernier mois; Q1-Q3 = premier et troisième quartiles ; Ac = anticorps.

4.2 Résultats des analyses univariées et multivariées

Durant la période qui s'est échelonnée sur 58 mois, la médiane du nombre de visites par participant était de 5 (Q1-Q3 = 2-9) et la médiane du temps entre deux visites consécutives était de 3,03 mois (Q1-Q3 = 2,96-3,42). Au total, 631 accès aux services pour des problèmes de santé mentale ont été rapportés durant les visites de suivi (24,9%). De plus, le partage réceptif de matériel d'injection a été rapporté durant 321 visites de suivi (12,7%). Finalement, de la détresse psychologique sévère a été rapportée lors de 359 visites de suivi (14,2%).

Les résultats des analyses univariées des équations d'estimation généralisées sont présentés dans le Tableau II. L'accès à des services pour des problèmes de santé mentale tendait à être associé au partage réceptif de matériel d'injection, sans toutefois atteindre la signifiante statistique (RC = 0,75; IC95% = 0,56-1,02). Les covariables associées significativement avec une augmentation du risque de partage réceptif de matériel d'injection incluaient l'utilisation d'opioïdes (RC = 2,95 ; IC95% = 2,09-4,18) et d'avoir pratiqué le partage réceptif de matériel d'injection dans les trois mois précédent le questionnaire d'entrée (RC = 4,07 ; IC95% = 2,57-6,45). À l'inverse, les covariables âge (pour chaque augmentation de cinq ans) (RC = 0,79 ; IC95% = 0,71-0,87) et le fait d'être un homme (RC = 0,31 ; IC95% = 0,19-0,50) étaient négativement associées au partage réceptif de matériel d'injection.

Aucune preuve d'une interaction statistiquement significative n'a été observée entre l'accès à des services pour des problèmes de santé mentale et la détresse psychologique, en ce qui concerne le risque de partage réceptif de matériel d'injection (RC = 0,98 ; IC95% = 0,47 – 2,04 ; valeur-p = 0,95).

Tableau II. Variables associées au partage réceptif de matériel d'injection lors des analyses univariées des équations d'estimation généralisées parmi 358 utilisateurs de drogue par injection de la cohorte HEPCO à Montréal (n = 2 537 observations)

Variables	Partage réceptif de matériel d'injection dans les 3 derniers mois		
	Non n (%)	Oui n (%)	RC (IC95%)
Accès aux services pour des problèmes de santé mentale			
Non	1652 (74,6)	254 (79,1)	1,00
Oui	564 (25,4)	67 (20,9)	0,75 (0,56-1,02)
Détresse psychologique (DP) sévère ^a			
Non	1901 (85,8)	277 (86,3)	1,00
Oui	315 (14,2)	44 (13,7)	1,03 (0,71-1,50)
Accès aux services X DP (terme d'interaction)			
Pas accès, pas de DP	-	-	1,00
Accès, DP sévère	-	-	0,98 (0,47-2,04)
Âge au questionnaire d'entrée			
Médiane (Q1-Q3)	41,1 (31,8-48,0)	34,7 (26,9-45,4)	-
Augmentation de 5 ans	-	-	0,79 (0,71-0,87)**
Genre			
Femme	286 (12,9)	104 (32,4)	1,00
Homme	1930 (87,1)	217 (67,6)	0,31 (0,19-0,50)**
Éducation secondaire complétée			
Non	830 (37,4)	120 (37,4)	1,00
Oui	1386 (62,6)	201 (62,6)	0,97 (0,63-1,50)
Condition résidentielle ^b			
Stable	1422 (64,2)	193 (60,1)	1,00
Instable	793 (35,8)	128 (39,9)	1,13 (0,81-1,57)
Incarcération ^b			
Non	2069 (93,4)	286 (89,1)	1,00
Oui	147 (6,6)	35 (10,9)	1,45 (0,90-2,34)
Diagnostic auto-rapporté d'un trouble mental au courant de la vie			
Non	1279 (57,7)	181 (56,4)	1,00
Oui	937 (42,3)	140 (43,6)	1,10 (0,71-1,69)

Variables	Partage réceptif de matériel d'injection dans les 3 derniers mois		
	Non n (%)	Oui n (%)	RC (IC95%)
Infection au VIH			
Négatif	2051 (92,6)	301 (93,8)	1,00
Positif	165 (7,4)	20 (6,2)	0,75 (0,33-1,68)
Infection au VHC			
Négatif (Ac-)	834 (37,6)	105 (32,7)	1,00
Positif (Ac+)	1382 (62,4)	216 (67,3)	1,16 (0,74-1,81)
Utilisation d'alcool ^b			
Non	1008 (45,5)	119 (37,1)	1,00
Oui	1208 (54,5)	202 (62,9)	1,42 (0,99-2,02)
Utilisation de cannabis ^b			
Non	929 (41,9)	140 (43,6)	1,00
Oui	1287 (58,1)	181 (56,4)	1,07 (0,74-1,55)
Utilisation de cocaïne ^b			
Non	758 (34,2)	71 (22,1)	1,00
Oui	1458 (65,8)	250 (77,9)	1,39 (0,98-1,98)
Utilisation d'amphétamines ^b			
Non	1812 (81,8)	233 (72,6)	1,00
Oui	404 (18,2)	88 (27,4)	1,41 (1,00-2,00)
Utilisation d'opioïdes ^b			
Non	1260 (56,9)	79 (24,6)	1,00
Oui	956 (43,1)	242 (75,4)	2,95 (2,09-4,18)**
Partage réceptif de matériel d'injection dans les 3 mois précédent l'entrée			
Non	1910 (86,2)	193 (60,1)	1,00
Oui	306 (13,8)	128 (39,9)	4,07 (2,57-6,45)**

^adernier mois; ^bderniers trois mois. RC: rapport de cotes; IC95%: intervalle de confiance à 95%; Q1-Q3 = premier et troisième quartiles; Ac : anticorps.

* valeur-p < 0,05; ** valeur-p < 0,01.

Parmi toutes les covariables choisies au préalable comme étant potentiellement des facteurs de confusion, les covariables « utilisation d'opioïdes » et « avoir partagé du matériel d'injection dans les trois mois précédents le questionnaire d'entrée » ont été identifiées

comme étant des possibles facteurs de confusion, en utilisant un critère de 5% lors de la procédure CIE.

Dans le modèle final (Tableau III), après ajustement pour l'âge, le genre, et les facteurs de confusion identifiés (l'utilisation d'opioïdes et avoir partagé du matériel d'injection dans les trois mois précédents le questionnaire d'entrée), l'accès aux services pour des problèmes de santé mentale était significativement associé à une réduction du risque du partage réceptif de matériel d'injection (RCA = 0,69 ; IC95% = 0,50-0,94). Le fait d'être un homme est demeuré négativement associé au partage réceptif de matériel d'injection (RCA = 0,40 ; IC95% = 0,26-0,62), tandis que l'utilisation d'opioïdes (RCA = 2,21 ; IC95% = 1,52-3,22) et le fait d'avoir partagé dans les trois mois précédents le questionnaire d'entrée (RCA = 3,33 ; IC95% = 2,19-5,06) sont restés positivement associés au partage réceptif de matériel d'injection.

Tableau III. Variables associées au partage réceptif de matériel d'injection lors des analyses multivariées des équations d'estimation généralisées parmi 358 utilisateurs de drogue par injection de la cohorte HEPSCO à Montréal (n = 2 537 observations)

Caractéristiques	RCA (95%IC) ^a
Accès à des services pour des problèmes de santé mentale	
Non	1.00
Oui	0.69 (0.50-0.94)*
Âge au questionnaire d'entrée	
Par augmentation de 5 ans	0.91 (0.82-1.00)*
Genre	
Femme	1.00
Homme	0.41 (0.26-0.63)**
Utilisation d'opioïdes dans les 3 derniers mois	
Non	1.00
Oui	2.21 (1.52-3.20)**
Partage réceptif de matériel d'injection dans les 3 mois précédent l'entrée	
Non	1.00
Oui	3.33 (2.19-5.06)**

^aajusté pour l'âge, le genre, la consommation d'opioïdes dans les 3 derniers mois et avoir partagé dans les 3 mois précédents le questionnaire d'entrée (les facteurs de confusions ont été identifiés en utilisant un critère de 5% lors de la procédure change-in-estimate); RCA: rapport de cotes ajusté; IC: intervalle de confiance.

* valeur-p < 0,05; ** valeur-p < 0,01.

Chapitre 5 : Discussion

5.1 Synthèse des principaux résultats

Rappelons que ce présent mémoire avait pour objectif principal d'étudier l'association entre l'accès à des services pour des problèmes de santé mentale et le partage de matériel d'injection. Plus spécifiquement, l'objectif premier était de déterminer l'association entre l'accès à des services pour des problèmes de santé mentale et le partage réceptif subséquent de matériel d'injection, tout en contrôlant pour les possibles facteurs de confusion. L'objectif second était d'évaluer si la présence ou non de détresse psychologique sévère chez les participants semblait modifier cette précédente association.

Les résultats de l'étude concordent partiellement avec les hypothèses postulées au départ. Celle-ci a en effet démontré que le fait d'accéder à des services pour des problèmes de santé mentale était associé avec un risque diminué de s'engager dans le partage réceptif du matériel d'injection. Toutefois, elle démontre aussi que le niveau de détresse psychologique, qu'il soit sévère ou non, ne semble pas avoir d'effet modificateur sur cette précédente association.

La première hypothèse émise postulait que les utilisateurs de drogue par injection (UDIs) qui accédaient à des services pour des problèmes de santé mentale allaient subséquemment diminuer leur engagement dans le partage réceptif de matériel d'injection. L'étude a démontré que, dans cet échantillon, une association statistiquement significative indépendante existait entre l'accès à ces services et le risque de partage, après avoir contrôlé pour l'âge, le genre et les facteurs de confusion identifiés (Tableau III). Le rapport de cotes ajusté pour cette association (IC95%) est de 0,69 (0,50-0,94), ce qui représente une diminution du risque de partager d'un peu plus de 30%, comparés aux UDIs n'accédant pas aux services.

La seconde hypothèse émise, quant à elle, postulait que le risque de partager serait différent selon le niveau de détresse psychologique (sévère contre peu ou pas) de façon générale. Plus spécifiquement, elle supposait que la réduction des risques de partager allait être inférieure parmi les UDIs rapportant de la détresse psychologique sévère, comparés aux UDIs avec peu ou pas de détresse psychologique. En effet, sachant que les troubles mentaux et la détresse psychologique amplifient les comportements d'injection à risque, et que ces individus qui en sont affectés ont souvent des caractéristiques sociodémographiques plus défavorables que les autres, le simple fait d'accéder à des services pour des problèmes de santé mentale aurait donc moins d'impact que parmi les UDIs vivant dans des conditions plus favorables. Toutefois, les résultats de l'étude ont infirmé cette hypothèse : peu importe le niveau de détresse psychologique que rapporte les UDIs de cet échantillon, le fait d'accéder aux services pour des problèmes de santé mentale est associé à la même réduction du risque de partager du matériel d'injection. Le rapport de cotes (IC95%) de cette interaction est de 0,98 (0,47-2,04) (Tableau II).

5.2 Interprétation des résultats

D'abord, cette étude montre que l'accès aux services pour des problèmes de santé mentale est faible parmi les UDIs de la cohorte HEPCO, confirmant ce que quelques études avaient suggéré. En effet, parmi les participants de cette étude, moins de 30% d'entre eux déclaraient avoir accédé des services pour des problèmes de santé mentale dans les trois mois précédents l'entrevue d'entrée (Tableau I). En ajoutant les visites de suivi, cette proportion qui affirme avoir accédé aux services s'abaisse à moins de 25% (Tableau II). Ces proportions sont similaires à celle des femmes ayant accédé des services pour des problèmes de santé mentale précédemment rapporté par une étude chez des utilisateurs de drogues d'origine portoricaine vivant à New York (27%) (159).

La proportion d'UDIs rapportant de la détresse psychologique sévère s'élevait à 23% dans l'échantillon au questionnaire d'entrée. Parmi ces derniers rapportant de la détresse psychologique sévère, seulement 41% ont accédé à des services pour des problèmes de santé mentale. Comparés à la population du Canada ayant un trouble mental diagnostiqué, les

résultats de l'étude montrent que les UDIs de la cohorte semblent moins accéder aux services pour des problèmes de santé mentale (58% contre 41%) (20). Cela est préoccupant, sachant qu'une détresse psychologique ou tout autre problème mental non-traités sont fréquemment associés à des issues négatives, tels encore plus de partage, de plus hauts taux de troubles d'utilisation de substances, l'acquisition d'une infection au VIH, des difficultés à accéder aux soins pour le VIH, une plus faible adhérence aux traitements, et le suicide (16, 137, 138, 200-202).

Quelques études se sont penchées sur les raisons de cette faible utilisation des services en santé mentale par cette population vulnérable. En Angleterre, une étude qualitative de Neale et collaborateurs parue en 2008 relatait les barrières rencontrées par les UDIs lorsqu'ils désirent accéder aux services (203). Des participants ont mentionné une attitude hostile et porteuse de jugement de la part des professionnels de la santé envers eux. Cette barrière a aussi été confirmée au Canada (204). D'autres disaient qu'ils ne savaient pas si des services psychiatriques existent pour ceux et celles avec un trouble d'utilisation de substances. Certains individus rapportaient ne pas avoir besoin de consulter un service spécialisé en santé mentale puisque des membres de leur entourage pouvaient leur fournir l'assistance émotionnelle nécessaire. Ils mentionnaient aussi que leur entourage était plus facilement accessible et qu'il comprenait plus leurs circonstances personnelles, particulièrement en situation de crise. La stigmatisation des services psychiatriques a été soulevé, mais par peu de participants. De plus, des participants vivant en situation d'itinérance rapportaient l'accès limité à un téléphone, rendant plus difficile la prise ou la confirmation d'un rendez-vous (203).

Auparavant, de multiples études ont montré que des problèmes de santé mentale peuvent compromettre l'habileté des personnes qui utilisent des drogues à adopter des comportements sécuritaires de consommation (15-19, 129-131, 133, 137, 205). Par exemple, une étude de Reyes et collaborateurs montrait que leurs participants présentant des symptômes d'anxiété sévère avaient un plus grand risque de s'engager dans des comportements d'injection à risque, comparés à ceux ne présentant pas ces symptômes (134). De ce fait, l'explication la plus évidente pour l'association entre l'accès à des services pour des problèmes de santé mentale et, subséquentement, le risque réduit de partage réceptif pourrait être reliée aux interventions reçues à travers ces services et leurs impacts sur les symptômes

régulièrement associés aux troubles mentaux. En effet, les diverses initiatives proposées par les professionnels pourraient agir directement sur les symptômes associés aux problèmes de santé mentale et les réduire. Il serait donc possible d'émettre l'hypothèse que cette réduction des symptômes pourrait se traduire en impacts bénéfiques sur les comportements d'injection à risque, comme le partage réceptif de matériel d'injection. Pour parvenir à cette réduction, on peut par exemple penser aux soins de santé mentale spécifiques, telles les pharmacothérapies ou les approches psychosociales. Il a d'ailleurs été montré qu'un traitement avec des antidépresseurs chez les UDIs était associé à des résultats bénéfiques sur l'adhérence à d'autres traitements, dont celui du VIH par exemple (206). En allégeant les symptômes généraux comme l'anxiété et la faible performance cognitive, les thérapies pour améliorer la santé mentale pourraient possiblement aider les utilisateurs de drogue par injection à adopter des comportements d'injection plus sécuritaires.

Toutefois, ce mécanisme ne semble pas être entièrement suffisant pour expliquer le résultat principal de cette étude. En effet, même si la détresse psychologique sévère était plus fréquemment rapportée parmi les UDIs qui ont accédé aux services par rapport à ceux qui n'y ont pas accédé (31% contre 19%), le niveau de détresse psychologique n'a pas modifié de façon statistiquement significative l'association entre l'accès aux services et le risque de partager. L'absence d'interaction suggère que la diminution du risque de partager associée à l'accès à des services pour des problèmes de santé mentale est la même autant chez les participants présentant de la détresse psychologique sévère que ceux n'en présentant pas. De ce fait, des mécanismes autres que la réduction des symptômes psychiatriques pourraient être impliqués dans l'explication de cette association, puisque le risque diminué de partager semble aussi associé à l'accès même parmi les participants ne présentant pas de détresse psychologique.

Autrement envisageable, la notion de « moment propice à l'apprentissage » a quelques fois été citée dans la littérature comme étant un potentiel facteur de protection face à la prise de risque. Un « moment propice à l'apprentissage » était d'abord principalement décrit comme une transition de la vie ou un événement lié à la santé survenant de manière naturelle qui motive un individu à spontanément adopter des comportements de santé visant à réduire un risque (207). Parmi tous les moments identifiés, une visite médicale dans un cabinet de

médecins a été souligné à quelques reprises. En effet, il a même été montré qu'une simple de ces visites peut induire des changements concernant les comportements risqués de certains individus, dont la cessation tabagique et la réduction de la consommation d'alcool (162-164). Plus récemment, les travaux décrivent plutôt ces moments comme étant des opportunités créées par des interactions entre les patients et les cliniciens, et utilisées pour encourager des changements au niveau de la santé chez les patients (208-211). En utilisant cette définition, Flocke et collaborateurs ont montré que ces moments semblent avoir des impacts positifs chez certains participants concernant leur confiance en eux et leur volonté à changer (209).

En combinant ces deux définitions, il serait possible de croire que des visites dans les soins de santé pour des problèmes de santé mentale pourraient agir comme des « moments propices à l'apprentissage ». Ainsi, ils pourraient avoir une influence positive réelle sur les comportements d'injection à risque, comme le partage réceptif de matériel d'injection, en augmentant la volonté des patients à modifier leurs habitudes comportant des risques pour leur santé. Et donc, le fait d'être en contact avec des fournisseurs de soins, qu'il y ait un impact ou non sur la santé mentale directement, pourrait initier des changements pour réduire les comportements d'injection à risque chez les utilisateurs de drogues.

Sur une note assez similaire, l'accès à des conseils et du soutien a déjà été rapporté comme étant un facteur de protection pour les comportements d'injection à risque. Une étude récente effectuée chez des utilisateurs de drogue par injection nouvellement infecté par le virus de l'hépatite C à Montréal suggérait que les conseils et le soutien intensif que reçoivent les participants lorsqu'ils accèdent à différents services de soins de première ligne pourraient expliquer une certaine réduction dans les comportements d'injection à risque, tel le partage de seringues (125). Tout récemment, un essai clinique randomisé montrait que de procurer du contenu informationnel relatif à l'injection aux UDIs menait à une baisse des probabilités de comportements d'injection à risque dans leur échantillon (212). Encore ici, sans nécessairement avoir une influence directe sur les symptômes d'un trouble mental, les conseils et le soutien dispensés par les professionnels de la santé lorsque les UDIs accèdent aux services pour des problèmes de santé mentale pourraient être un autre facteur expliquant une partie notre association protectrice entre l'accès aux services et le partage.

De plus, à Montréal et dans plusieurs autres régions du Québec, les services de santé mentale offerts par la première ligne sont très souvent prodigués par des professionnels de la santé qui offrent également des services de santé physique, comme les omnipraticiens et les infirmières (213). Cependant, les omnipraticiens rapportent plusieurs défis à propos des diagnostics des troubles mentaux communs (anxiété et dépression). Dans cette même étude réalisée au Québec et publiée en 2016, les cliniciens, incluant omnipraticiens, infirmiers, psychologues et travailleurs sociaux, rapportaient que plus d'attention est donnée aux symptômes des problèmes physiques ou des risques pour la santé physique et leur gestion, plutôt que le traitement de la santé mentale chez des patients avec une maladie chronique et un trouble de santé mentale commun (213). Le manque de temps des cliniciens et la stigmatisation des troubles mentaux perçue par les patients demeuraient les deux points principaux limitant la détection et le diagnostic des troubles mentaux communs (213). Les auteurs de cette étude mentionnent également que les cliniciens utilisent rarement des outils de dépistage de la dépression et de l'anxiété (213). De ce fait, les interventions sur la santé physique réalisées par les omnipraticiens ou les infirmiers pourraient possiblement jouer un rôle significatif sur les comportements de prise de risque, qu'il y ait une action directe ou non sur les problèmes de santé mentale.

5.3 Validité de l'étude

5.3.1 Validité interne

La validité interne se définit globalement comme étant la capacité d'une étude d'estimer correctement les mesures ou les associations recherchées. Autrement dit, il s'agit du degré auquel l'étude réussit à minimiser la présence d'erreurs systématiques ou biais (199). On recense généralement trois types de biais : sélection, information et confusion.

5.3.1.1 Biais de sélection

Le biais de sélection est un biais systématique qui découle des procédures adoptées pour choisir les sujets à l'étude (199).

Pour cette étude, comme c'est le cas pour la plupart des études impliquant des personnes qui utilisent des drogues, la cohorte HEPSCO n'est pas un échantillon recruté aléatoirement. En effet, les participants sont surtout recrutés par une méthode de bouche-à-oreille, ce qui peut mener à intégrer principalement certaines sous-populations et certains réseaux de connaissances qui pourraient être invisibles aux yeux des services. Toutefois, une partie des participants sont également recrutés via des références d'organismes communautaires, ce qui permet une diversification de notre échantillon. Il va de soi que ce type de sélection peut tout de même mener à l'obtention d'un groupe avec des caractéristiques différentes de la population générale d'utilisateurs de drogue par injection de la région métropolitaine de Montréal. Il sera impératif d'en tenir compte lors de la généralisation des résultats, qui sera discutée un peu plus loin dans la section ultérieure portant sur la validité externe.

Comme mentionné précédemment, 331 participants ont été exclus de l'analyse dû aux conditions d'éligibilité de cette présente étude. Des mesures ont été prises pour vérifier s'ils existaient des différences statistiquement significatives entre les participants inclus et ceux exclus. Comparés aux 331 participants exclus, les 358 inclus semblaient rapporter moins de détresse psychologique sévère, moins d'infection au VHC, mais plus d'infection au VIH et plus de consommation d'opioïdes. Il serait possible de croire que les participants exclus vivaient dans des conditions moins stables en général, en se basant sur le fait qu'ils rapportaient plus de détresse psychologique sévère et qu'ils ont été exclus parce que soit ils ne sont pas revenus pour une seconde visite ou la seconde visite est survenue plus de six mois suivant la première. Il est donc impossible d'exclure que la mesure d'association entre l'accès aux services et le partage aurait pu être différente si tous les sujets ayant remplis des questionnaires avaient été inclus. Ceci étant dit, les groupes inclus et exclus ne différaient pas de manière statistiquement significative sur la variable d'exposition ni l'issue. Par contre, ils différaient sur le niveau de détresse psychologique, ce qui aurait pu sous-estimer l'effet modificateur de celle-ci. Ce dernier point sera discuté plus tard dans la section sur les limites.

5.3.3.2 Biais d'information

Le biais d'information est une erreur systématique entraînée par la mesure ou l'observation incorrecte des variables (199).

Il est certain que cette étude est soumise à au moins deux biais d'information : le biais de désirabilité sociale et le biais de rappel.

D'une part, le biais de désirabilité sociale amènerait l'étude vers l'hypothèse nulle, puisque certains participants pourraient décider d'omettre des comportements répréhensibles, mal vus par la société en général, dont le partage de matériel d'injection. La présence de biais est cependant minimisée par le fait que les participants se présentent de façon volontaire. De plus, les intervieweurs ont reçu des formations pour questionner adéquatement les UDIs et déceler de potentielles omissions. Une place est réservée à la fin du questionnaire pour permettre à l'intervieweur d'exercer son jugement critique quant à la véracité des données récoltées. Les participants ont habituellement rendez-vous avec le même intervieweur à chaque visite afin d'établir un lien de confiance. Aussi, les questions les plus intimes, concernant surtout les comportements sexuels et illégaux, sont posées à la fin. Une précédente étude réalisée dans cette cohorte n'a pas trouvé de biais de classification, suggérant que le biais de désirabilité sociale était mineur dans la cohorte HEPCO (214). De plus, une revue de littérature concluait que la fiabilité et la validité des informations auto-rapportées par les UDIs étaient similaires à celles obtenues de façon plus officielle, tels les marqueurs biologiques ou les bases de données gouvernementales (215). Ils mentionnaient également que lorsque des différences étaient trouvées, les UDIs avaient tendance à surestimer les gestes illicites.

D'autre part, concernant le biais de rappel, il est certain qu'il augmente à mesure que le temps entre l'événement précis à se rappeler et l'administration du questionnaire augmente lui aussi. Deux précédentes études ont montré que chez les utilisateurs de drogues, les informations fournies sur la consommation de drogue et les comportements d'injection dans les six derniers mois étaient fiables. En effet, la première réalisée chez des utilisateurs de cocaïne et d'héroïne sous traitement de méthadone suggérait que les données relatives à la consommation de substances dans les six derniers mois étaient fiables (216). La seconde,

quant à elle, démontrait que les renseignements sur les comportements d'injection dans les six mois précédents étaient cohérents chez les UDIs (217). Pour cette étude en particulier, le temps de rappel était de trois mois au maximum.

5.3.3.3 Biais de confusion

Le biais de confusion désigne l'erreur systématique induite par la présence d'un facteur associé indépendamment autant à l'issue qu'à la variable d'exposition. Mais aussi, ce facteur ne doit pas appartenir à la chaîne causale entre la variable d'exposition et l'issue (199).

Afin de réduire ce biais, les analyses statistiques de cette étude ont été réfléchies afin de contrôler pour différents facteurs de confusion potentiels. Ces derniers ont été sélectionnés à partir de la littérature scientifique déjà connue. De plus, pour créer le modèle final multivarié avec un nombre de facteurs de confusion limités, la technique double des graphes orientés acycliques et de la procédure *change-in-estimate* a été utilisée ; cette technique étant recommandée lorsqu'une littérature sur l'association entre plusieurs variables d'un domaine scientifique est plutôt abondante (195). Il demeure que certaines variables non mesurées dans cette étude puissent agir comme un facteur de confusion, comme par exemple le revenu annuel ou les traitements de substitution.

5.3.2 Validité externe

La validité externe se définit comme étant la capacité de généraliser un résultat (obtenu dans le cadre d'une étude) à une population cible, souvent plus large que l'échantillon utilisé dans l'étude (199).

Les participants de cette étude présentent des caractéristiques spécifiques. L'âge médian des participants au questionnaire d'entrée était de 40 ans. Dans le réseau québécois de surveillance des maladies infectieuses chez les UDIs (SurvUDI), l'âge médian des hommes était de 36 ans, tandis que celui des femmes était de 29 ans (58). À Edmonton, l'âge médian de leurs participants au système de surveillance I-Track était de 38 ans. À Vancouver, selon une

étude récente provenant d'une combinaison de la cohorte VIDUS et de la cohorte ACCESS, l'âge médian était de 42 ans (218). L'âge médian des participants semblent varier d'un endroit à l'autre. Dans notre échantillon, l'âge semble plutôt élevé et pourrait réduire la propension aux comportements d'injection à risque (voir section 1.4.5.1.1).

Cet échantillon est composé de 82% d'hommes. Dans le réseau québécois, les trois quarts des participants sont des hommes (58). À Edmonton, en Alberta, 68% de leurs participants au système de surveillance I-Track étaient des hommes (219). Dans la cohorte VIDUS, l'échantillon est composé à 67% d'hommes (220). Au Canada, le rapport sur la dernière phase du système de surveillance I-Track suivait 2 687 participants au pays. Parmi ceux-ci, 1 832 étaient des hommes (68%) (57). La proportion d'hommes de l'échantillon de cette présente étude semble être supérieure à ailleurs. Cette proportion augmentée pourrait ainsi réduire les comportements d'injection à risque, plus spécifiquement le partage réceptif (voir section 1.4.5.1.2), de même que pour l'accès aux services de santé mentale, qui semble être plus faible chez les hommes que chez les femmes (voir section 1.6.1).

La cocaïne est la drogue la plus consommée dans cette étude par les UDIs (75%). À l'injection, la cocaïne est également la drogue de choix (résultat non-montré). Au Québec, la cocaïne est aussi la substance la plus injectée (72%). À Edmonton, la substance la plus consommée est la cocaïne sous forme de crack (65%), tandis qu'à l'injection, le Dilaudid© est la substance la plus utilisée (75%) (221). Dans l'ensemble du Canada, la cocaïne est la drogue la plus injectée (64%) (57). Ces différences entre les villes pourraient s'expliquer d'une part par la préférence des utilisateurs, mais aussi par divers facteurs des marchés locaux. La consommation de cocaïne ayant été associée positivement aux comportements d'injection à risque (voir section 1.4.5.2), cette variable pourrait augmenter la propension aux comportements d'injection à risque dans notre échantillon.

Les participants inclus dans cette étude proviennent tous de la même ville, c'est-à-dire Montréal. Le fait qu'ils ne proviennent que d'une seule ville pourrait limiter la généralisation des résultats à d'autres villes. La région métropolitaine de Montréal se présente avec un contexte particulier et une culture spécifique pouvant avoir une influence sur les comportements des utilisateurs de drogue par injection. Ceci étant dit, les observations qui

sont tirées de ce projet de mémoire ne pourraient se transposer qu'à d'autres grandes villes présentant des similarités.

5.4 Forces

Ce projet vient avec plusieurs forces qui méritent d'être soulignées. D'abord, ce projet a permis d'explorer un sujet jusqu'à maintenant peu étudié, dû à sa complexité dans cette population. Ensuite, le projet utilise des données longitudinales. Bien qu'elles ne permettent pas une inférence causale entre l'accès aux services pour des problèmes de santé mentale et le partage réceptif de matériel d'injection, l'approche méthodologique sélectionnée qui modèle le partage réceptif comme une issue avec un décalage temporel, ou *time-lagged outcome* en anglais, permet d'examiner la direction de l'association. De plus, le marqueur de santé mentale, la détresse psychologique, n'a pas été extrapolé à partir de questions non-spécifiques regroupées pour tenter de l'évaluer. Il a été évalué à partir du K10, un outil validé dans plusieurs populations, dont les utilisateurs de drogue par injection (175, 190).

5.5 Limites

Plusieurs limites de cette étude ont été préalablement discutées dans les sections relatives à la validité interne et à la validité externe. Celles ci-dessous s'avèrent plus importantes et nécessitent une meilleure discussion autour d'elles afin de les considérer dans de futures études.

Premièrement, la définition de la mesure d'accès aux services de santé pour un problème de santé mentale est plutôt large, quoique conséquente avec de précédentes études, dont un sondage pancanadien. Mais il demeure que la nature même de l'accès n'est pas prise en compte (ponctuelle, urgence, suivi, etc.), de même que la proportion des visites qui ont eu lieu chez chacun des professionnels (omnipraticien, psychiatre, psychologue, etc.) Ces informations pourraient être significatives, puisqu'une visite en urgence pourrait ne pas avoir la même valeur qu'une visite de suivi avec un psychiatre. Également, de savoir quels services

en santé mentale sont priorités par les UDIs de Montréal pourrait avoir un impact sur la façon de développer des stratégies d'accès à ces services. De plus, la définition de « problème de santé mentale » n'était pas exclusive aux troubles mentaux excluant les troubles d'utilisation de substances et un participant aurait pu confirmer avoir accédé à un service pour des problèmes mentaux relativement à un traitement pour la toxicomanie. Aussi, malgré la fiabilité des informations auto-rapportées dans un questionnaire, il serait encore possible d'optimiser la validité des données en utilisant une banque de données gouvernementales par exemple afin de corroborer les résultats auto-rapportés. Dans le même ordre d'idée, la mesure de partage réceptif de matériel d'injection a été utilisé comme un indicateur de la prise de risque, et non pas un facteur absolu de la transmission de ce virus. Cet indicateur ne peut donc être associé au risque direct de transmission du VHC. Aussi, ce projet n'inclut pas tous les indicateurs de prise de risque, dont les comportements sexuels risqués et la fréquence d'injection.

Deuxièmement, comme mentionné précédemment, aucune preuve d'un effet modificateur par le niveau de détresse psychologique n'a été observée. Par contre, les participants exclus rapportaient plus de détresse psychologique sévère. Les résultats concernant l'effet modificateur par le niveau de détresse psychologique auraient donc pu être amenés vers l'hypothèse nulle dû aux conditions d'éligibilité de ce projet. Cette hypothèse mériterait d'être examinée plus en profondeur, sachant que de la détresse psychologique sévère était plus fortement rapportée parmi les UDIs accédant aux services. De plus, le niveau de détresse psychologique n'a pas été remesuré suivant l'accès aux services. Il faut aussi se souvenir que le K10, bien qu'il s'agisse d'un outil validé et très utile, demeure une mesure non-spécifique de la détresse psychologique, et non pas un outil diagnostique de la santé mentale.

Troisièmement, une fois de plus, il faut garder en tête que cette étude a été réalisée chez des participants de sexe masculin en forte majorité, consommant principalement de la cocaïne et vivant dans la région métropolitaine de Montréal. Les résultats et hypothèses émises dans ce projet ne pourraient que s'appliquer à des populations partageant des caractéristiques similaires.

Chapitre 6 : Conclusion

6.1 Points saillants à retenir

En conclusion, il faut se souvenir que cette étude avait pour but de mesurer l'association entre l'accès à des services pour des problèmes de santé mentale et le partage réceptif de matériel d'injection chez des utilisateurs de drogue par injection vivant à Montréal, tout en contrôlant pour les potentiels facteurs de confusion. Mais aussi, elle avait pour objectif d'examiner le possible effet modificateur que pourrait avoir le niveau de détresse psychologique chez les participants sur le partage réceptif de matériel d'injection. À partir des résultats obtenus, ces conclusions ont pu en être tirées :

- Les caractéristiques sociodémographiques des utilisateurs de drogue par injection varient légèrement entre ceux accédant aux services pour des problèmes de santé mentale et ceux n'y accédant pas. En effet, les participants accédant aux services déclarent plus de détresse psychologique sévère et ont plus tendance à rapporter au moins un diagnostic d'un trouble mental au courant leur vie.
- L'accès aux services pour des problèmes de santé mentale est associé de façon statistiquement significative à une réduction du risque de partage réceptif de matériel d'injection.
- L'âge (par chaque augmentation de cinq ans) et le sexe masculin sont associés négativement au partage réceptif de matériel d'injection, tandis que la consommation d'opioïdes et avoir partagé dans les trois mois précédents l'entrevue d'entrée sont positivement associés au partage réceptif de matériel d'injection.
- Le niveau de détresse psychologique (sévere contre peu ou pas) ne semble pas avoir d'effet modificateur sur l'association entre l'accès aux services pour des problèmes de santé mentale et le partage réceptif de matériel d'injection.

6.2 Implication et recherches futures

Ce projet de mémoire a permis d'explorer un sujet jusqu'à maintenant peu étudié et mettre en lumière certaines découvertes importantes concernant l'accès récent à des services de santé mentale et le partage réceptif subséquent chez les UDIs. De toute évidence, d'autres études seront nécessaires afin de clarifier et valider les constatations présentées.

Néanmoins, ce projet suggère que l'accès aux services pour des problèmes de santé mentale est associé à une réduction subséquente du partage réceptif de matériel d'injection, et ce, peu importe le niveau de détresse psychologique. Cette étude amorce ainsi une réflexion quant aux mécanismes sous-jacents pouvant expliquer cette association. Quelques-unes de ces pistes de réflexion, dont la réduction des symptômes psychiatriques, le soutien et l'éducation lors des visites, ont été proposées précédemment. L'étude plus précise de ces mécanismes sera d'une importance cruciale pour le développement de politiques publiques visant à réduire davantage les comportements d'injection à risque chez cette population vulnérable. De plus, il pourrait être pertinent, dans de futures études, de départager les différents services plutôt que de les regrouper en un seul. Il serait ainsi intéressant d'obtenir des données sur les professionnels les plus achalandés et d'évaluer s'ils ont des effets propres à chacun. Les résultats présentés semblent aussi montrer que les services actuels se répercutent de façon bénéfique pour un spectre de gravité des symptômes psychiatriques allant de légère à sévère. Une étude ayant pour objectif principal l'impact des services de santé mentale selon la gravité des troubles mentaux parmi cette population d'utilisateurs de drogue par injection pourrait être utile.

En plus de toutes les conséquences positives déjà connues qu'apportent les services de santé mentale chez les utilisateurs de drogue par injection, ce projet apporte des connaissances supplémentaires concernant leur efficacité. Les résultats présentés semblent indiquer des bénéfices notables pour les UDIs dans des sphères qui dépassent le but premier des services en santé mentale, soit la prise en charge du trouble psychiatrique. L'accès à de tels services pourrait peut-être être une composante efficace parmi plusieurs autres dans la lutte contre la transmission d'agents infectieux tels le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le virus

de l'hépatite C (VHC). Ce projet indique également le besoin d'améliorer l'accès à de tels services pour les UDIs qui, somme toute, est clairement insuffisant à l'heure actuelle.

De plus, cette étude confirme que les risques de partager sont plus élevés si les UDIs sont jeunes, de sexe féminin, qu'ils consomment des opioïdes et qu'ils affirment avoir partagé leur matériel d'injection dans le passé. Ces facteurs devraient être pris en considération lorsqu'un UDI visite un clinicien ou tout autre professionnel de la santé.

Suite à cette recherche, plusieurs questions demeurent en suspens. D'abord, il serait pertinent d'essayer de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents qui permettent d'expliquer cette association entre l'accès aux services et le partage de matériel d'injection. Plusieurs hypothèses ont été émises dans ce mémoire pour tenter de les expliquer et il serait approprié d'en faire des devis d'étude complets afin de les tester. Il serait également pertinent d'étudier si l'accès à ces services a des impacts sur d'autres composantes de la prise de risque, tels les comportements sexuels risqués et la fréquence d'injection. De plus, une étude qui permettrait de déterminer quelles composantes de ces services devraient être renforcées afin de diminuer encore plus les risques de partage serait adéquate. Aussi, un projet s'intéressant spécifiquement aux différents niveaux de détresse psychologique et leurs différents impacts pourrait être grandement utile.

Autrement, il serait encore plus fondamental d'étudier comment il pourrait être possible de raffiner les stratégies qui permettraient de faciliter et ainsi augmenter l'accès aux services de santé mentale chez cette population qui semble rencontrer encore plusieurs barrières.

Bibliographie

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2016. Vienna: United Nations, 2016.
2. International Epidemiology Workgroup on Drug Abuse. Proceedings, Epidemiologic trends in drug abuse. Bethesda, Maryland: National Institutes of Health, Division of Epidemiology, Services and Prevention Research, National Institute on Drug Abuse, 1999.
3. Mathers BM, Degenhardt L, Phillips B, Wiessing L, Hickman M, Strathdee SA, et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet*. 2008;372(9651):1733-45.
4. Nelson PK, Mathers BM, Cowie B, Hagan H, Des Jarlais D, Horyniak D, et al. Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *Lancet*. 2011;378(9791):571-83.
5. Hagan H, Pouget ER, Williams IT, Garfein RL, Strathdee SA, Hudson SM, et al. Attribution of hepatitis C virus seroconversion risk in young injection drug users in 5 US cities. *The Journal of infectious diseases*. 2010;201(3):378-85.
6. Hagan H, Thiede H, Weiss NS, Hopkins SG, Duchin JS, Alexander ER. Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C. *American journal of public health*. 2001;91(1):42-6.
7. Hahn JA, Page-Shafer K, Lum PJ, Bourgois P, Stein E, Evans JL, et al. Hepatitis C virus seroconversion among young injection drug users: relationships and risks. *The Journal of infectious diseases*. 2002;186(11):1558-64.
8. Thorpe LE, Ouellet LJ, Hershov R, Bailey SL, Williams IT, Williamson J, et al. Risk of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users who share injection equipment. *American journal of epidemiology*. 2002;155(7):645-53.
9. Jose B, Friedman SR, Neaigus A, Curtis R, Grund JP, Goldstein MF, et al. Syringe-mediated drug-sharing (backloading): a new risk factor for HIV among injecting drug users. *AIDS*. 1993;7(12):1653-60.
10. Wilson DP, Donald B, Shattock AJ, Wilson D, Fraser-Hurt N. The cost-effectiveness of harm reduction. *The International journal on drug policy*. 2015;26 Suppl 1:S5-11.

11. Mackesy-Amiti ME, Donenberg GR, Ouellet LJ. Prevalence of psychiatric disorders among young injection drug users. *Drug and alcohol dependence*. 2012;124(1-2):70-8.
12. Teesson M, Havard A, Fairbairn S, Ross J, Lynskey M, Darke S. Depression among entrants to treatment for heroin dependence in the Australian Treatment Outcome Study (ATOS): prevalence, correlates and treatment seeking. *Drug and alcohol dependence*. 2005;78(3):309-15.
13. Kidorf M, Disney ER, King VL, Neufeld K, Beilenson PL, Brooner RK. Prevalence of psychiatric and substance use disorders in opioid abusers in a community syringe exchange program. *Drug and alcohol dependence*. 2004;74(2):115-22.
14. Mills KL, Teesson M, Darke S, Ross J, Lynskey M. Young people with heroin dependence: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Journal of substance abuse treatment*. 2004;27(1):67-73.
15. Mackesy-Amiti ME, Donenberg GR, Ouellet LJ. Psychiatric correlates of injection risk behavior among young people who inject drugs. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*. 2014;28(4):1089-95.
16. Disney E, Kidorf M, Kolodner K, King V, Peirce J, Beilenson P, et al. Psychiatric comorbidity is associated with drug use and HIV risk in syringe exchange participants. *The Journal of nervous and mental disease*. 2006;194(8):577-83.
17. Gu J, Lau JT, Chen H, Tsui H, Ling W. Prevalence and factors related to syringe sharing behaviours among female injecting drug users who are also sex workers in China. *The International journal on drug policy*. 2011;22(1):26-33.
18. Latkin CA, Buchanan AS, Metsch LR, Knight K, Latka MH, Mizuno Y, et al. Predictors of sharing injection equipment by HIV-seropositive injection drug users. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*. 2008;49(4):447-50.
19. Levesque A, Bruneau J, Jutras-Aswad D, Bertrand K, Chanut F, Dufour M, et al. Psychological Distress Increases Needle Sharing among Cocaine users: Results from the COSMO Study. *Journal of Addiction Research and Therapy*. 2014;s10.
20. Baraldi R, Joubert K, Bordeleau M. Portrait statistique de la santé mentale des Québécois. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale 2012. Québec: Institut de la statistique du Québec, 2015.

21. Nations Unies. Office contre la drogue et le crime. Rapport mondial sur les drogues. Vienne: Nations Unies; 2015.
22. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Do No Harm. Health, Human Rights and People Who Use Drugs. Geneva, Switzerland: United Nations, Joint United Programme on HIV/AIDS, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2016.
23. Public Health Agency of Canada. HIV/AIDS Epi Updates Chapter 1: National HIV Prevalence and Incidence Estimates for 2011. Centre for Communicable Diseases and Infection Control, Public Health Agency of Canada, 2014.
24. McInnes CW, Druyts E, Harvard SS, Gilbert M, Tyndall MW, Lima VD, et al. HIV/AIDS in Vancouver, British Columbia: a growing epidemic. Harm reduction journal. 2009;6:5.
25. Archibald CP, Jayaraman GC, Major C, Patrick DM, Houston SM, Sutherland D. Estimating the size of hard-to-reach populations: a novel method using HIV testing data compared to other methods. AIDS. 2001;15 Suppl 3:S41-8.
26. Leclerc P, Vandal AC, Fall A, Bruneau J, Roy E, Brissette S, et al. Estimating the size of the population of persons who inject drugs in the island of Montreal, Canada, using a six-source capture-recapture model. Drug and alcohol dependence. 2014;142:174-80.
27. Kindt TJ, Goldsby RA, Osborne BA, Kuby J. Immunologie : le cours de Janis Kuby : avec questions de révision. Paris: Dunod; 2008.
28. AIDS.gov. A Timeline of HIV/AIDS : 2011 [modifié le 2016; cité le 23 janvier 2017]. Disponible: <https://www.aids.gov/hiv-aids-basics/hiv-aids-101/aids-timeline/>
29. Portail VIH/sida du Québec. VIH - Infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine : 2016 [modifié le 2016; cité le 23 janvier 2016]. Disponible: <https://pvsq.org/vih>
30. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global AIDS Update. Geneva, Switzerland: United Nations, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2016.
31. Clinique l'Actuel. La prophylaxie pré-exposition sexuelle (PrEP) Montréal: Clinique l'Actuel; [cité le 12 février 2017]. Disponible: <http://cliniquelactuel.com/PrEP-La-prophylaxie-pre-exposition-sexuelle.html>

32. Organisation mondiale de la Santé. Hépatite C : Organisation mondiale de la Santé,; 2010 [modifié le Juillet 2016; cité le 23 janvier 2017]. Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/fr/>
33. CATIE. Un bref historique de l'hépatite C : 1989 - 2016 : CATIE; [modifié le 2016; cité le 23 janvier 2017]. Disponible: <http://www.catie.ca/fr/guides-pratiques/hepatitec-detaille/bref-historique-hepc>
34. Gower E, Estes C, Blach S, Razavi-Shearer K, Razavi H. Global epidemiology and genotype distribution of the hepatitis C virus infection. *J Hepatol.* 2014;61(1 Suppl):S45-57.
35. Hajarizadeh B, Grebely J, Dore GJ. Epidemiology and natural history of HCV infection. *Nature reviews Gastroenterology & hepatology.* 2013;10(9):553-62.
36. Bruggmann P, Grebely J. Prevention, treatment and care of hepatitis C virus infection among people who inject drugs. *The International journal on drug policy.* 2015;26 Suppl 1:S22-6.
37. Public Health Agency of Canada. Summary: Estimates of HIV incidence, prevalence and proportion undiagnosed in Canada, 2014. Ottawa, Canada: Surveillance and Epidemiology Division, Centre for Communicable Diseases and Infection Control, Public Health Agency of Canada, 2015.
38. Portail VIH/sida du Québec. L'Essentiel du VIH/sida, 2ième édition. Montréal, Québec: Portail VIH/sida du Québec, 2012.
39. Institut national de santé publique du Québec. Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec. Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ), 2016.
40. Myers RP, Krajden M, Bilodeau M, Kaita K, Marotta P, Peltekian K, et al. Burden of disease and cost of chronic hepatitis C infection in Canada. *Can J Gastroenterol Hepatol.* 2014;28(5):243-50.
41. Public Health Agency of Canada. Report on Hepatitis B and C in Canada: 2013. Public Health Agency of Canada, Centre for Communicable Diseases and Infection Control IDPaCB; 2015.
42. Trubnikoz M, Yan P, Archibald C. Estimated prevalence of Hepatitis C Virus infection in Canada, 2011 Ottawa, ON: Centre for Communicable Diseases and Infection Control, Public Health Agency of Canada; 2014 [modifié le 18 décembre 2014; cité le 25 janvier

2017]. Disponible: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/14vol40/dr-rm40-19/surveillance-b-eng.php>

43. Rotermann M, Langlois K, Andonov A, Trubnikov M. Seroprevalence of hepatitis B and C virus infections: Results from the 2007 to 2009 and 2009 to 2011 Canadian Health Measures Survey. *Health reports*. 2013;24(11):3-13.
44. Institut national de santé publique du Québec. Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : Année 2014 (et projections 2015). Institut national de santé publique du Québec, 2015.
45. Fischer B, Rehm J, Brissette S, Brochu S, Bruneau J, El-Guebaly N, et al. Illicit opioid use in Canada: comparing social, health, and drug use characteristics of untreated users in five cities (OPICAN study). *Journal of urban health : bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2005;82(2):250-66.
46. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Ten targets: 2011 United Nations General Assembly Political Declaration on HIV/AIDS: Targets and elimination commitments. Geneva, Switzerland: United Nations, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2011.
47. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations - 2016 update. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2016.
48. Dalgard O, Jeansson S, Skaug K, Raknerud N, Bell H. Hepatitis C in the general adult population of Oslo: prevalence and clinical spectrum. *Scand J Gastroenterol*. 2003;38(8):864-70.
49. Delarocque-Astagneau E, Pillonel J, De Valk H, Perra A, Laperche S, Desenclos JC. An incident case-control study of modes of hepatitis C virus transmission in France. *Annals of epidemiology*. 2007;17(10):755-62.
50. Duberg A, Janzon R, Back E, Ekdahl K, Blaxhult A. The epidemiology of hepatitis C virus infection in Sweden. *Euro Surveill*. 2008;13(21).
51. Esteban JI, Sauleda S, Quer J. The changing epidemiology of hepatitis C virus infection in Europe. *J Hepatol*. 2008;48(1):148-62.
52. Harris RJ, Ramsay M, Hope VD, Brant L, Hickman M, Foster GR, et al. Hepatitis C prevalence in England remains low and varies by ethnicity: an updated evidence synthesis. *Eur J Public Health*. 2012;22(2):187-92.

53. Prasad L, Spicher VM, Zwahlen M, Rickenbach M, Helbling B, Negro F, et al. Cohort Profile: the Swiss Hepatitis C Cohort Study (SCCS). *Int J Epidemiol.* 2007;36(4):731-7.
54. Razali K, Thein HH, Bell J, Cooper-Stanbury M, Dolan K, Dore G, et al. Modelling the hepatitis C virus epidemic in Australia. *Drug and alcohol dependence.* 2007;91(2-3):228-35.
55. Williams IT, Bell BP, Kuhnert W, Alter MJ. Incidence and transmission patterns of acute hepatitis C in the United States, 1982-2006. *Arch Intern Med.* 2011;171(3):242-8.
56. Institut national de santé publique du Québec. Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection : Épidémiologie du VIH de 1995 à 2012 - Épidémiologie du VHC de 2003 à 2012. Institut national de la santé publique du Québec, 2014.
57. Public Health Agency of Canada. Summary of key findings from I-Track phase 3 (2010-2012). Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada, 2014.
58. Institut national de santé publique du Québec. Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection : Épidémiologie du VIH de 1995 à 2014 - Épidémiologie du VHC de 2003 à 2014. Institut national de la santé publique du Québec, 2016.
59. Koester S. Following the blood: syringe reuse leads to blood-borne virus transmission among injection drug users. *Journal of acquired immune deficiency syndromes and human retrovirology : official publication of the International Retrovirology Association.* 1998;18 Suppl 1:S139-40.
60. Boileau C, Bruneau J, Al-Nachawati H, Lamothe F, Vincelette J. A prognostic model for HIV seroconversion among injection drug users as a tool for stratification in clinical trials. *Journal of acquired immune deficiency syndromes.* 2005;39(4):489-95.
61. Bruneau J, Lamothe F, Soto J, Lachance N, Vincelette J, Vassal A, et al. Sex-specific determinants of HIV infection among injection drug users in Montreal. *CMAJ.* 2001;164(6):767-73.
62. Institut national de santé publique du Québec. Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection - Épidémiologie du VHC de 1997 à 2003 - Un regard rétrospectif. Institut national de santé publique du Québec, Direction des risques biologiques eeo; 2004.

63. Patrick DM, Strathdee SA, Archibald CP, Ofner M, Craib KJ, Cornelisse PG, et al. Determinants of HIV seroconversion in injection drug users during a period of rising prevalence in Vancouver. *International journal of STD & AIDS*. 1997;8(7):437-45.
64. Roy E, Alary M, Morissette C, Leclerc P, Boudreau JF, Parent R, et al. High hepatitis C virus prevalence and incidence among Canadian intravenous drug users. *International journal of STD & AIDS*. 2007;18(1):23-7.
65. Harm Reduction International. *The Global State of Harm Reduction 2016*. London, United Kingdom: Harm Reduction International, 2016.
66. Palmateer N, Kimber J, Hickman M, Hutchinson S, Rhodes T, Goldberg D. Evidence for the effectiveness of sterile injecting equipment provision in preventing hepatitis C and human immunodeficiency virus transmission among injecting drug users: a review of reviews. *Addiction*. 2010;105(5):844-59.
67. Gibson DR, Flynn NM, Perales D. Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS*. 2001;15(11):1329-41.
68. Wodak A, Cooney A. Effectiveness of sterile needle and syringe programmes. *The International journal on drug policy*. 2005;16((Supplement 1)):p. 31-44.
69. Ball JC, Lange WR, Myers CP, Friedman SR. Reducing the risk of AIDS through methadone maintenance treatment. *J Health Soc Behav*. 1988;29(3):214-26.
70. Hubbard RL, Marsden ME, Cavanaugh E, Rachal JV, Ginzburg HM. Role of drug-abuse treatment in limiting the spread of AIDS. *Rev Infect Dis*. 1988;10(2):377-84.
71. Yancovitz SR, Des Jarlais DC, Peyser NP, Drew E, Friedmann P, Trigg HL, et al. A randomized trial of an interim methadone maintenance clinic. *American journal of public health*. 1991;81(9):1185-91.
72. MacArthur GJ, Minozzi S, Martin N, Vickerman P, Deren S, Bruneau J, et al. Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. *Bmj*. 2012;345:e5945.
73. Gowing L, Farrell MF, Bornemann R, Sullivan LE, Ali R. Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(8):CD004145.

74. Beyrer C, Malinowska-Sempruch K, Kamarulzaman A, Kazatchkine M, Sidibe M, Strathdee SA. Time to act: a call for comprehensive responses to HIV in people who use drugs. *Lancet*. 2010;376(9740):551-63.
75. Lert F, Kazatchkine MD. Antiretroviral HIV treatment and care for injecting drug users: an evidence-based overview. *The International journal on drug policy*. 2007;18(4):255-61.
76. Strathdee SA, Shoptaw S, Dyer TP, Quan VM, Aramrattana A, Substance Use Scientific Committee of the HIVPTN. Towards combination HIV prevention for injection drug users: addressing addictophobia, apathy and inattention. *Curr Opin HIV AIDS*. 2012;7(4):320-5.
77. Wood E, Tyndall MW, Spittal PM, Li K, Hogg RS, Montaner JS, et al. Factors associated with persistent high-risk syringe sharing in the presence of an established needle exchange programme. *AIDS*. 2002;16(6):941-3.
78. Degenhardt L, Mathers B, Vickerman P, Rhodes T, Latkin C, Hickman M. Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed. *Lancet*. 2010;376(9737):285-301.
79. Van Den Berg C, Smit C, Van Brussel G, Coutinho R, Prins M, Amsterdam C. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction*. 2007;102(9):1454-62.
80. Mathers BM, Degenhardt L, Ali H, Wiessing L, Hickman M, Mattick RP, et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet*. 2010;375(9719):1014-28.
81. Becker Buxton M, Vlahov D, Strathdee SA, Des Jarlais DC, Morse EV, Ouellet L, et al. Association between injection practices and duration of injection among recently initiated injection drug users. *Drug and alcohol dependence*. 2004;75(2):177-83.
82. Booth RE, Kwiatkowski CF, Mikulich-Gilbertson SK, Brewster JT, Salomonsen-Sautel S, Corsi KF, et al. Predictors of risky needle use following interventions with injection drug users in Ukraine. *Drug and alcohol dependence*. 2006;82 Suppl 1:S49-55.

83. De P, Cox J, Boivin JF, Platt RW, Jolly AM, Alexander PE. HIV and HCV discordant injecting partners and their association to drug equipment sharing. *Scand J Infect Dis.* 2009;41(3):206-14.
84. Metsch LR, Pereyra M, Purcell DW, Latkin CA, Malow R, Gomez CA, et al. Correlates of lending needles/syringes among HIV-seropositive injection drug users. *Journal of acquired immune deficiency syndromes.* 2007;46 Suppl 2:S72-9.
85. Seal KH, Ochoa KC, Hahn JA, Tulskey JP, Edlin BR, Moss AR. Risk of hepatitis B infection among young injection drug users in San Francisco: opportunities for intervention. *West J Med.* 2000;172(1):16-20.
86. Tassiopoulos K, Bernstein J, Bernstein E. Age and sharing of needle injection equipment in a cohort of Massachusetts injection drug users: an observational study. *Addict Sci Clin Pract.* 2013;8:20.
87. Miller CL, Strathdee SA, Li K, Kerr T, Wood E. A longitudinal investigation into excess risk for blood-borne infection among young injection drug users (IUDs). *The American journal of drug and alcohol abuse.* 2007;33(4):527-36.
88. Hutchinson SJ, Taylor A, Goldberg DJ, Gruer L. Factors associated with injecting risk behaviour among serial community-wide samples of injecting drug users in Glasgow 1990-94: implications for control and prevention of blood-borne viruses. *Addiction.* 2000;95(6):931-40.
89. Lum PJ, Sears C, Guydish J. Injection risk behavior among women syringe exchangers in San Francisco. *Substance use & misuse.* 2005;40(11):1681-96.
90. Rafiey H, Narenjiha H, Shirinbayan P, Noori R, Javadipour M, Roshanpajouh M, et al. Needle and syringe sharing among Iranian drug injectors. *Harm reduction journal.* 2009;6:21.
91. Bennett GA, Velleman RD, Barter G, Bradbury C. Gender differences in sharing injecting equipment by drug users in England. *AIDS care.* 2000;12(1):77-87.
92. Evans JL, Hahn JA, Page-Shafer K, Lum PJ, Stein ES, Davidson PJ, et al. Gender differences in sexual and injection risk behavior among active young injection drug users in San Francisco (the UFO Study). *Journal of urban health : bulletin of the New York Academy of Medicine.* 2003;80(1):137-46.
93. Montgomery SB, Hyde J, De Rosa CJ, Rohrbach LA, Ennett S, Harvey SM, et al. Gender differences in HIV risk behaviors among young injectors and their social network members. *The American journal of drug and alcohol abuse.* 2002;28(3):453-75.

94. Munoz F, Burgos JL, Cuevas-Mota J, Teshale E, Garfein RS. Individual and socio-environmental factors associated with unsafe injection practices among young adult injection drug users in San Diego. *AIDS and behavior*. 2015;19(1):199-210.
95. Wagner KD, Lankenau SE, Palinkas LA, Richardson JL, Chou CP, Unger JB. The perceived consequences of safer injection: an exploration of qualitative findings and gender differences. *Psychol Health Med*. 2010;15(5):560-73.
96. Hernandez-Aguado I, Ruiz I, Bolumar F, Perez-Hoyos S, Fernandez-Garcia E, Santos C, et al. Sharing of injection equipment among 3755 intravenous drug users in Valencia, Spain, 1987-1992. *Int J Epidemiol*. 1994;23(3):602-7.
97. Strathdee SA, Galai N, Safaiean M, Celentano DD, Vlahov D, Johnson L, et al. Sex differences in risk factors for hiv seroconversion among injection drug users: a 10-year perspective. *Arch Intern Med*. 2001;161(10):1281-8.
98. Briggs D, Rhodes T, Marks D, Kimber J, Holloway G, Jones S. Injecting drug use and unstable housing: Scope for structural interventions in harm reduction. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2009(16:5):436-50.
99. Corneil TA, Kuyper LM, Shoveller J, Hogg RS, Li K, Spittal PM, et al. Unstable housing, associated risk behaviour, and increased risk for HIV infection among injection drug users. *Health Place*. 2006;12(1):79-85.
100. Des Jarlais DC, Braine N, Friedmann P. Unstable housing as a factor for increased injection risk behavior at US syringe exchange programs. *AIDS and behavior*. 2007;11(6 Suppl):78-84.
101. Jeal N, Salisbury C. A health needs assessment of street-based prostitutes: cross-sectional survey. *J Public Health (Oxf)*. 2004;26(2):147-51.
102. Linton SL, Celentano DD, Kirk GD, Mehta SH. The longitudinal association between homelessness, injection drug use, and injection-related risk behavior among persons with a history of injection drug use in Baltimore, MD. *Drug and alcohol dependence*. 2013;132(3):457-65.
103. Wadd SL, Hutchinson SJ, Taylor A, Ahmed S, Goldberg DJ. High-risk injecting behaviour in hostel accommodation for the homeless in Glasgow 2001–02: a study combining quantitative and qualitative methodology. *Journal of Substance Use*. 2006(11:5):333-41.

104. Wright N, Oldham N, Jones L. Exploring the relationship between homelessness and risk factors for heroin-related death--a qualitative study. *Drug and alcohol review*. 2005;24(3):245-51.
105. Aidala A, Cross JE, Stall R, Harre D, Sumartojo E. Housing status and HIV risk behaviors: implications for prevention and policy. *AIDS and behavior*. 2005;9(3):251-65.
106. Wagner KD, Simon-Freeman R, Bluthenthal RN. The association between law enforcement encounters and syringe sharing among IDUs on skid row: a mixed methods analysis. *AIDS and behavior*. 2013;17(8):2637-43.
107. Calzavara LM, Burchell AN, Schlossberg J, Myers T, Escobar M, Wallace E, et al. Prior opiate injection and incarceration history predict injection drug use among inmates. *Addiction*. 2003;98(9):1257-65.
108. Estebanez P, Zunzunegui MV, Aguilar MD, Russell N, Cifuentes I, Hankins C. The role of prisons in the HIV epidemic among female injecting drug users. *AIDS care*. 2002;14(1):95-104.
109. Milloy MJ, Kerr T, Salters K, Samji H, Guillemi S, Montaner J, et al. Incarceration is associated with used syringe lending among active injection drug users with detectable plasma HIV-1 RNA: a longitudinal analysis. *BMC Infect Dis*. 2013;13:565.
110. Pollini RA, Alvelais J, Gallardo M, Vera A, Lozada R, Magis-Rodriquez C, et al. The harm inside: injection during incarceration among male injection drug users in Tijuana, Mexico. *Drug and alcohol dependence*. 2009;103(1-2):52-8.
111. Small W, Kain S, Laliberte N, Schechter MT, O'Shaughnessy MV, Spittal PM. Incarceration, addiction and harm reduction: inmates experience injecting drugs in prison. *Substance use & misuse*. 2005;40(6):831-43.
112. Werb D, Kerr T, Small W, Li K, Montaner J, Wood E. HIV risks associated with incarceration among injection drug users: implications for prison-based public health strategies. *J Public Health (Oxf)*. 2008;30(2):126-32.
113. Wood E, Li K, Small W, Montaner JS, Schechter MT, Kerr T. Recent incarceration independently associated with syringe sharing by injection drug users. *Public Health Rep*. 2005;120(2):150-6.

114. Milloy MJ, Wood E, Small W, Tyndall M, Lai C, Montaner J, et al. Incarceration experiences in a cohort of active injection drug users. *Drug and alcohol review*. 2008;27(6):693-9.
115. Havens JR, Oser CB, Leukefeld CG. Injection risk behaviors among rural drug users: implications for HIV prevention. *AIDS care*. 2011;23(5):638-45.
116. Miller CL, Kerr T, Frankish JC, Spittal PM, Li K, Schechter MT, et al. Binge drug use independently predicts HIV seroconversion among injection drug users: implications for public health strategies. *Substance use & misuse*. 2006;41(2):199-210.
117. Ropelewski LR, Mancha BE, Hulbert A, Rudolph AE, Martins SS. Correlates of risky injection practices among past-year injection drug users among the US general population. *Drug and alcohol dependence*. 2011;116(1-3):64-71.
118. Tyndall MW, Currie S, Spittal P, Li K, Wood E, O'Shaughnessy MV, et al. Intensive injection cocaine use as the primary risk factor in the Vancouver HIV-1 epidemic. *AIDS*. 2003;17(6):887-93.
119. Zhang L, Li J, Lai W, Feng L, Zeng Y, Liu L, et al. Prevalence and correlates of needle-sharing among new and long-term injection drug users in southwest China. *Substance use & misuse*. 2010;45(14):2503-23.
120. Lloyd-Smith E, Wood E, Li K, Montaner JS, Kerr T. Incidence and determinants of initiation into cocaine injection and correlates of frequent cocaine injectors. *Drug and alcohol dependence*. 2009;99(1-3):176-82.
121. Des Jarlais DC, Perlis T, Arasteh K, Hagan H, Milliken J, Braine N, et al. "Informed altruism" and "partner restriction" in the reduction of HIV infection in injecting drug users entering detoxification treatment in New York City, 1990-2001. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*. 2004;35(2):158-66.
122. Kwiatkowski CF, Fortuin Corsi K, Booth RE. The association between knowledge of hepatitis C virus status and risk behaviors in injection drug users. *Addiction*. 2002;97(10):1289-94.
123. Vidal-Trecan G, Coste J, Varescon-Pousson I, Christoforov B, Boissonnas A. HCV status knowledge and risk behaviours amongst intravenous drug users. *Eur J Epidemiol*. 2000;16(5):439-45.

124. Cipriano LE, Zaric GS, Holodniy M, Bendavid E, Owens DK, Brandeau ML. Cost effectiveness of screening strategies for early identification of HIV and HCV infection in injection drug users. *PloS one*. 2012;7(9):e45176.
125. Bruneau J, Zang G, Abrahamowicz M, Jutras-Aswad D, Daniel M, Roy E. Sustained drug use changes after hepatitis C screening and counseling among recently infected persons who inject drugs: a longitudinal study. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2014;58(6):755-61.
126. Conner KR, Pinquart M, Duberstein PR. Meta-analysis of depression and substance use and impairment among intravenous drug users (IDUs). *Addiction*. 2008;103(4):524-34.
127. Golub ET, Strathdee SA, Bailey SL, Hagan H, Latka MH, Hudson SM, et al. Distributive syringe sharing among young adult injection drug users in five U.S. cities. *Drug and alcohol dependence*. 2007;91 Suppl 1:S30-8.
128. Heimer R, Barbour R, Palacios WR, Nichols LG, Grau LE. Associations between injection risk and community disadvantage among suburban injection drug users in southwestern Connecticut, USA. *AIDS and behavior*. 2014;18(3):452-63.
129. Johnson ME, Yep MJ, Brems C, Theno SA, Fisher DG. Relationship among gender, depression, and needle sharing in a sample of injection drug users. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*. 2002;16(4):338-41.
130. Kelley JL, Petry NM. HIV risk behaviors in male substance abusers with and without antisocial personality disorder. *Journal of substance abuse treatment*. 2000;19(1):59-66.
131. Lundgren LM, Amodeo M, Chassler D. Mental health status, drug treatment use, and needle sharing among injection drug users. *AIDS education and prevention : official publication of the International Society for AIDS Education*. 2005;17(6):525-39.
132. Mandell W, Kim J, Latkin C, Suh T. Depressive symptoms, drug network, and their synergistic effect on needle-sharing behavior among street injection drug users. *The American journal of drug and alcohol abuse*. 1999;25(1):117-27.
133. Perdue T, Hagan H, Thiede H, Valleroy L. Depression and HIV risk behavior among Seattle-area injection drug users and young men who have sex with men. *AIDS education and prevention : official publication of the International Society for AIDS Education*. 2003;15(1):81-92.

134. Reyes JC, Robles RR, Colon HM, Marrero CA, Matos TD, Calderon JM, et al. Severe anxiety symptomatology and HIV risk behavior among Hispanic injection drug users in Puerto Rico. *AIDS and behavior*. 2007;11(1):145-50.
135. Roy E, Jutras-Aswad D, Bertrand K, Dufour M, Perreault M, Laverdiere E, et al. Anxiety, mood disorders and injection risk behaviors among cocaine users: Results from the COSMO study. *Am J Addict*. 2015;24(7):654-60.
136. Shi J. Depression severity and HIV risk behavior. *The American journal of psychiatry*. 2004;161(5):929; author reply -30.
137. Stein MD, Solomon DA, Herman DS, Anderson BJ, Miller I. Depression severity and drug injection HIV risk behaviors. *The American journal of psychiatry*. 2003;160(9):1659-62.
138. Wild TC, el-Guebaly N, Fischer B, Brissette S, Brochu S, Bruneau J, et al. Comorbid depression among untreated illicit opiate users: results from a multisite Canadian study. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2005;50(9):512-8.
139. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*. 2004;61(8):807-16.
140. Kessler RC. The epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatry*. 2004;56(10):730-7.
141. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(6):617-27.
142. Hassan AN, Foll BL, Imtiaz S, Rehm J. The effect of post-traumatic stress disorder on the risk of developing prescription opioid use disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *Drug and alcohol dependence*. 2017;179:260-6. Epub 2017/08/19.
143. McKay JR, Pettinati HM, Morrison R, Feeley M, Mulvaney FD, Gallop R. Relation of depression diagnoses to 2-year outcomes in cocaine-dependent patients in a randomized continuing care study. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*. 2002;16(3):225-35. Epub 2002/09/19.

144. McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP, Druley KA. Predicting response to alcohol and drug abuse treatments. Role of psychiatric severity. *Archives of general psychiatry*. 1983;40(6):620-5. Epub 1983/06/01.
145. Brooner RK, King VL, Kidorf M, Schmidt CW, Jr., Bigelow GE. Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Archives of general psychiatry*. 1997;54(1):71-80.
146. Callaly T, Trauer T, Munro L, Whelan G. Prevalence of psychiatric disorder in a methadone maintenance population. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2001;35(5):601-5.
147. Darke S, Ross J. Polydrug dependence and psychiatric comorbidity among heroin injectors. *Drug and alcohol dependence*. 1997;48(2):135-41.
148. Darke S, Swift W, Hall W. Prevalence, severity and correlates of psychological morbidity among methadone maintenance clients. *Addiction*. 1994;89(2):211-7.
149. Caron J, Liu A. A descriptive study of the prevalence of psychological distress and mental disorders in the Canadian population: comparison between low-income and non-low-income populations. *Chronic diseases in Canada*. 2010;30(3):84-94.
150. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004(420):47-54.
151. Bijl RV, Ravelli A. Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American journal of public health*. 2000;90(4):602-7.
152. Singleton N, Bumpstead R, O'Brien M, Lee A, Meltzer H. Psychiatric morbidity among adults living in private households, 2000. *Int Rev Psychiatry*. 2003;15(1-2):65-73.
153. Andrews G, Henderson S. *Unmet Need in Psychiatry: Problems, Resources, Responses*. Cambridge University Press; 2000.
154. Katz SJ, Kessler RC, Frank RG, Leaf P, Lin E, Edlund M. The use of outpatient mental health services in the United States and Ontario: the impact of mental morbidity and perceived need for care. *American journal of public health*. 1997;87(7):1136-43.
155. National Institute on Mental Health. *Any Mental Illness (AMI) Among US Adults*. Bethesda, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services - National Institute of

Health; 2017 [cité le 25 février 2017]. Disponible: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/any-mental-illness-ami-among-us-adults.shtml>

156. MentalHealth.gov. Mental Health Myths and Facts Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services; 2017 [cité le 25 février 2017]. Disponible: <https://www.mentalhealth.gov/basics/myths-facts/index.html>

157. Lesage A, Bernèche F, Bordeleau M. Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois: une synthèse pour soutenir l'action. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2). Québec: Institut de la statistique du Québec, 2010.

158. Chitwood DD, McBride DC, French MT, Comerford M. Health care need and utilization: a preliminary comparison of injection drug users, other illicit drug users, and nonusers. *Substance use & misuse*. 1999;34(4-5):727-46.

159. Kang SY, Deren S. Factors mediating and moderating the relationship between gender and utilization of health care among Puerto Rican drug users in New York. *Drug and alcohol dependence*. 2009;102(1-3):138-43.

160. Palepu A, Gadermann A, Hubley AM, Farrell S, Gogosis E, Aubry T, et al. Substance use and access to health care and addiction treatment among homeless and vulnerably housed persons in three Canadian cities. *PloS one*. 2013;8(10):e75133.

161. Wang L, Panagiotoglou D, Min JE, DeBeck K, Milloy MJ, Kerr T, et al. Inability to access health and social services associated with mental health among people who inject drugs in a Canadian setting. *Drug and alcohol dependence*. 2016;168:22-9.

162. Emmons KM, Hammond SK, Fava JL, Velicer WF, Evans JL, Monroe AD. A randomized trial to reduce passive smoke exposure in low-income households with young children. *Pediatrics*. 2001;108(1):18-24.

163. McIntosh NA, Clark NM, Howatt WF. Reducing tobacco smoke in the environment of the child with asthma: a cotinine-assisted, minimal-contact intervention. *J Asthma*. 1994;31(6):453-62.

164. Mitka M. "Teachable moments" provide a means for physicians to lower alcohol abuse. *Jama*. 1998;279(22):1767-8.

165. Skinner EA, Steinwachs DM, Handley K, Lehman A, Fahey M, Lyles CA. Met and Unmet Need for Assistance and Quality of Life for People with Severe and Persistent Mental Disorders. *Ment Health Serv Res.* 1999;1:109(2):109-18.
166. Barry MM, Zissi A. Quality of life as an outcome measure in evaluating mental health services: a review of the empirical evidence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1997;32(1):38-47.
167. Morley B, Pirkis J, Naccarella L, Kohn F, Blashki G, Burgess P. Improving access to and outcomes from mental health care in rural Australia. *The Australian journal of rural health.* 2007;15(5):304-12.
168. Barrowclough C, Haddock G, Wykes T, Beardmore R, Conrod P, Craig T, et al. Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: randomised controlled trial. *Bmj.* 2010;341:c6325.
169. Hesse M. Integrated psychological treatment for substance use and co-morbid anxiety or depression vs. treatment for substance use alone. A systematic review of the published literature. *BMC Psychiatry.* 2009;9:6.
170. Schmitz JM, Averill P, Stotts AL, Moeller FG, Rhoades HM, Grabowski J. Fluoxetine treatment of cocaine-dependent patients with major depressive disorder. *Drug and alcohol dependence.* 2001;63(3):207-14.
171. Schmitz JM, Stotts AL, Rhoades HM, Grabowski J. Naltrexone and relapse prevention treatment for cocaine-dependent patients. *Addictive behaviors.* 2001;26(2):167-80.
172. Torrens M, Fonseca F, Mateu G, Farre M. Efficacy of antidepressants in substance use disorders with and without comorbid depression. A systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol dependence.* 2005;78(1):1-22.
173. Baker KD, Lubman DI, Cosgrave EM, Killackey EJ, Yuen HP, Hides L, et al. Impact of co-occurring substance use on 6 month outcomes for young people seeking mental health treatment. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry.* 2007;41(11):896-902.
174. Higgins ST, Budney AJ, Bickel WK. Applying behavioral concepts and principles to the treatment of cocaine dependence. *Drug and alcohol dependence.* 1994;34(2):87-97.
175. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological medicine.* 2002;32(6):959-76.

176. Nurco DN, Bonito AJ, Lerner M, Balter MB. Studying addicts over time: methodology and preliminary findings. *The American journal of drug and alcohol abuse*. 1975;2(2):183-96.
177. Bruneau J. Investigation of injection cessation in a cohort of injection drug users in Montreal. Montréal, Québec: McGill University; 2003.
178. Horyniak D, Dietze P, Degenhardt L, Higgs P, McIlwraith F, Alati R, et al. The relationship between age and risky injecting behaviours among a sample of Australian people who inject drugs. *Drug and alcohol dependence*. 2013;132(3):541-6.
179. Spelman T, Morris MD, Zang G, Rice T, Page K, Maher L, et al. A longitudinal study of hepatitis C virus testing and infection status notification on behaviour change in people who inject drugs. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69(8):745-52.
180. Sapra KJ, Crawford ND, Rudolph AE, Jones KC, Benjamin EO, Fuller CM. Social network members' roles and use of mental health services among drug users in New York City. *The journal of behavioral health services & research*. 2013;40(4):476-87.
181. Arnaud B, Malet L, Teissedre F, Izaute M, Moustafa F, Geneste J, et al. Validity study of Kessler's psychological distress scales conducted among patients admitted to French emergency department for alcohol consumption-related disorders. *Alcoholism, clinical and experimental research*. 2010;34(7):1235-45.
182. Bougie E, Arim RG, Kohen DE, Findlay LC. Validation of the 10-item Kessler Psychological Distress Scale (K10) in the 2012 Aboriginal Peoples Survey. *Health reports*. 2016;27(1):3-10.
183. Choi SK, Boyle E, Burchell AN, Gardner S, Collins E, Grootendorst P, et al. Validation of Six Short and Ultra-short Screening Instruments for Depression for People Living with HIV in Ontario: Results from the Ontario HIV Treatment Network Cohort Study. *PloS one*. 2015;10(11):e0142706.
184. Cornelius BL, Groothoff JW, van der Klink JJ, Brouwer S. The performance of the K10, K6 and GHQ-12 to screen for present state DSM-IV disorders among disability claimants. *BMC public health*. 2013;13:128.
185. Fassaert T, De Wit MA, Tuinebreijer WC, Wouters H, Verhoeff AP, Beekman AT, et al. Psychometric properties of an interviewer-administered version of the Kessler Psychological Distress scale (K10) among Dutch, Moroccan and Turkish respondents. *International journal of methods in psychiatric research*. 2009;18(3):159-68.

186. Furukawa TA, Kessler RC, Slade T, Andrews G. The performance of the K6 and K10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological medicine*. 2003;33(2):357-62.
187. Min JW, Lee SH. Validation of the K6/K10 Scales of Psychological Distress and Their Optimal Cutoff Scores for Older Koreans. *International journal of aging & human development*. 2015;80(3):264-82.
188. Patel V, Araya R, Chowdhary N, King M, Kirkwood B, Nayak S, et al. Detecting common mental disorders in primary care in India: a comparison of five screening questionnaires. *Psychological medicine*. 2008;38(2):221-8.
189. Tesfaye M, Hanlon C, Wondimagegn D, Alem A. Detecting postnatal common mental disorders in Addis Ababa, Ethiopia: validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and Kessler Scales. *Journal of affective disorders*. 2010;122(1-2):102-8.
190. Hides L, Lubman DI, Devlin H, Cotton S, Aitken C, Gibbie T, et al. Reliability and validity of the Kessler 10 and Patient Health Questionnaire among injecting drug users. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2007;41(2):166-8.
191. Andrews G, Slade T. Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). *Australian and New Zealand journal of public health*. 2001;25(6):494-7.
192. George J, Kinner SA, Bruno R, Degenhardt L, Dunn M. Contextualising psychological distress among regular ecstasy users: the importance of sociodemographic factors and patterns of drug use. *Drug and alcohol review*. 2010;29(3):243-9.
193. Kinner SA, George J, Campbell G, Degenhardt L. Crime, drugs and distress: patterns of drug use and harm among criminally involved injecting drug users in Australia. *Australian and New Zealand journal of public health*. 2009;33(3):223-7.
194. Scott LA, Roxburgh A, Bruno R, Matthews A, Burns L. The impact of comorbid cannabis and methamphetamine use on mental health among regular ecstasy users. *Addictive behaviors*. 2012;37(9):1058-62.
195. Evans D, Chaix B, Lobbedez T, Verger C, Flahault A. Combining directed acyclic graphs and the change-in-estimate procedure as a novel approach to adjustment-variable selection in epidemiology. *BMC Med Res Methodol*. 2012;12:156.
196. Shrier I, Platt RW. Reducing bias through directed acyclic graphs. *BMC Med Res Methodol*. 2008;8:70.

197. Szklo M, Nieto FJ. *Epidemiology : beyond the basics*. Third edition.^e éd. Burlington, MA.: Jones & Bartlett Learning; 2014.
198. Lee PH. Is a cutoff of 10% appropriate for the change-in-estimate criterion of confounder identification? *J Epidemiol*. 2014;24(2):161-7.
199. Beaucage C, Bonnier Viger Y, Simpson A. *Épidémiologie appliquée : une initiation à la lecture critique de la littérature en sciences de la santé*. 2e éd.^e éd. Montréal: G. Morin, Chenelière éducation; 2009.
200. Armstrong G, Jorm AF, Samson L, Joubert L, Singh S, Kermode M. Suicidal ideation and attempts among men who inject drugs in Delhi, India: psychological and social risk factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49(9):1367-77.
201. Williams CT, Latkin CA. The role of depressive symptoms in predicting sex with multiple and high-risk partners. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*. 2005;38(1):69-73.
202. Yun LW, Maravi M, Kobayashi JS, Barton PL, Davidson AJ. Antidepressant treatment improves adherence to antiretroviral therapy among depressed HIV-infected patients. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*. 2005;38(4):432-8.
203. Neale J, Tompkins C, Sheard L. Barriers to accessing generic health and social care services: a qualitative study of injecting drug users. *Health & social care in the community*. 2008;16(2):147-54.
204. Lang K, Neil J, Wright J, Dell CA, Berenbaum S, El-Aneed A. Qualitative investigation of barriers to accessing care by people who inject drugs in Saskatoon, Canada: perspectives of service providers. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*. 2013;8:35.
205. Kleinman PH, Millman RB, Robinson H, Lesser M, Hsu C, Engelhart P, et al. Lifetime needle sharing: a predictive analysis. *Journal of substance abuse treatment*. 1994;11(5):449-55.
206. Buckingham E, Schrage E, Cournos F. Why the Treatment of Mental Disorders Is an Important Component of HIV Prevention among People Who Inject Drugs. *Adv Prev Med*. 2013;2013:690386.
207. McBride CM, Emmons KM, Lipkus IM. Understanding the potential of teachable moments: the case of smoking cessation. *Health Educ Res*. 2003;18(2):156-70.

208. Cohen DJ, Clark EC, Lawson PJ, Casucci BA, Flocke SA. Identifying teachable moments for health behavior counseling in primary care. *Patient Educ Couns*. 2011;85(2):e8-15.
209. Flocke SA, Clark E, Antognoli E, Mason MJ, Lawson PJ, Smith S, et al. Teachable moments for health behavior change and intermediate patient outcomes. *Patient Educ Couns*. 2014;96(1):43-9.
210. Lawson PJ, Flocke SA. Teachable moments for health behavior change: a concept analysis. *Patient Educ Couns*. 2009;76(1):25-30.
211. McBride CM, Puleo E, Pollak KI, Clipp EC, Woolford S, Emmons KM. Understanding the role of cancer worry in creating a "teachable moment" for multiple risk factor reduction. *Social science & medicine*. 2008;66(3):790-800.
212. Bertrand K, Roy E, Vaillancourt E, Vandermeerschen J, Berbiche D, Boivin JF. Randomized controlled trial of motivational interviewing for reducing injection risk behaviours among people who inject drugs. *Addiction*. 2015;110(5):832-41.
213. Roberge P, Hudon C, Pavilanis A, Beaulieu MC, Benoit A, Brouillet H, et al. A qualitative study of perceived needs and factors associated with the quality of care for common mental disorders in patients with chronic diseases: the perspective of primary care clinicians and patients. *BMC Fam Pract*. 2016;17(1):134.
214. Brogly SB, Bruneau J, Vincelette J, Lamothe F, Franco EL. Risk behaviour change and HIV infection among injection drug users in Montreal. *AIDS*. 2000;14(16):2575-82.
215. Darke S. Self-report among injecting drug users: a review. *Drug and alcohol dependence*. 1998;51(3):253-63; discussion 67-8.
216. Ehrman RN, Robbins SJ. Reliability and validity of 6-month timeline reports of cocaine and heroin use in a methadone population. *J Consult Clin Psychol*. 1994;62(4):843-50.
217. McElrath K, Chitwood DD, Griffin DK, Comerford M. The consistency of self-reported HIV risk behavior among injection drug users. *American journal of public health*. 1994;84(12):1965-70.
218. Lake S, Hayashi K, Buxton J, Milloy MJ, Dong H, Wood E, et al. The effect of prescription opioid injection on the risk of non-fatal overdose among people who inject drugs. *Drug and alcohol dependence*. 2015;156:297-303.

219. Plitt SS, Gratrix J, Hewitt S, Conroy P, Parnell T, Lucki B, et al. Seroprevalence and correlates of HIV and HCV among injecting drug users in Edmonton, Alberta. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*. 2010;101(1):50-5.
220. Ahamad K, Hayashi K, Nguyen P, Dobrer S, Kerr T, Schutz CG, et al. Effect of low-threshold methadone maintenance therapy for people who inject drugs on HIV incidence in Vancouver, BC, Canada: an observational cohort study. *Lancet HIV*. 2015;2(10):e445-50.
221. Hyshka E, Anderson J, Wong Z-W, Wild TC. Risks Behaviours and Service Needs of Marginalized People Who Use Drugs in Edmonton's Inner City: Results from the Edmonton Drug Use and Health Survey. Edmonton, Alberta: School of Public Health, University of Alberta, 2016.

Annexe A : Questionnaire d'entrée de la cohorte HEPCO

(Début à la page suivante)

Version : 14juin 2011

<p>ÉPIDÉMIOLOGIE DE L'INFECTION AU VIH ET AU VHC PARMI LES UDI_s DE MONTRÉAL</p>

QUESTIONNAIRE DE SUIVI

Codes du sujet:

Coller ici

Nom de l'interviewer: _____

Date de l'entrevue : _____

PARTICIPATION À D'AUTRES ÉTUDES
A. Avez-vous participé aux études suivantes depuis votre dernière entrevue?

⇒ Cocher toutes les possibilités.

COSMO

1 Oui 2 Non⇒ Si Oui, demander la
date/moment ...

... de la dernière participation :

⇐ Si ne s'applique
pas ou ne sait
pas, inscrire N/A

ET/OU

... de la prochaine participation :

⇐ Si ne s'applique
pas ou ne sait
pas, inscrire N/A

EMPIR

1 Oui 2 Non⇒ Si Oui, demander la
date/moment ...

... de la dernière participation :

⇐ Si ne s'applique
pas ou ne sait
pas, inscrire N/A

ET/OU

... de la prochaine participation :

⇐ Si ne s'applique
pas ou ne sait
pas, inscrire N/A

SECTION 2: DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES**SU2G. En ce moment, habitez-vous sur l'île de Montréal?**

- 1 Oui 2 Non

Si non, où habitez-vous?

- 1 Laval
 2 Rive-Sud (Longueuil, Saint-Hubert, Greenfield Park, Brossard, Boucherville,
 Saint-Bruno, Saint-Lambert)
 3 Montérégie (ailleurs)
 4 Laurentides
 5 Lanaudière
 6 Autre (préciser) : _____

⇒ L'endroit où la personne a habité est celui où elle a vécu et dormi.

SU2H. Dans quel type d'endroit avez-vous habité le plus longtemps dans les trois derniers mois?

⇒ Lire les choix de réponse et inscrire le chiffre correspondant à l'endroit désigné sur la ligne ci-dessous.

- _____
- 1 Appartement/maison
 2 Résidence des parents
 3 Résidence d'un autre membre de la famille
 4 Résidence d'un(e) ami(e)
 5 Chambre d'hôtel/motel
 6 Maison de chambres/pension
 7 Refuge
 8 Centre de réadaptation/désintoxication
 9 Hébergement moyen/long terme
 10 Rue (squat, parc, terminus, auto, sauna, etc.)
 11 Prison/pénitencier
 12 Établissement psychiatrique
 13 Maison de transition des services correctionnels
 14 Autre maison de transition
 15 Autre (préciser): _____

SU2H.a) Maintenant, nous aimerions préciser le type d'endroit où vous avez habité le plus longtemps dans chacun des trois derniers mois?

⇒ Lire les choix de réponse et inscrire le chiffre correspondant à l'endroit désigné directement dans le tableau pour chacun des mois.

Le mois dernier	
Il y a 2 mois	
Il y a 3 mois	

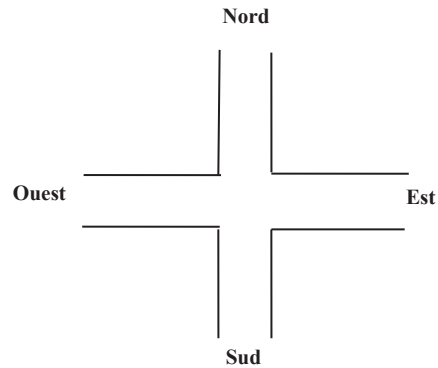
SU2I. Quel est le code postal du lieu où vous avez dormi la majorité du temps dans le dernier mois?

⇒ Il doit y avoir un code postal pour tous les participants.

⇒ Pour ceux qui ont habité la majorité du temps dans des refuges, inscrire le code postal du refuge le plus fréquenté dans le dernier mois.

⇒ Pour ceux qui ont dormi la majorité du temps dans la rue, il faut noter plus bas le coin de rue le plus près. Dans le cas où la personne n'a jamais dormi au même endroit, il faut définir plus bas le quadrilatère le plus précis et chercher un code postal qui correspond à un point assez central du quadrilatère.

--	--	--	--	--	--

**SU2J. Quel est votre état civil actuel?**

- 1 Légalement marié(e) et non séparé(e) 4 Jamais marié(e)/Célibataire
 2 Divorcé(e) 5 Séparé(e) mais toujours légalement marié(e)
 3 Veuf(ve)

SU2K. Vivez-vous actuellement avec quelqu'un comme si vous étiez mariés (conjoint(e) de fait - au moins trois mois de cohabitation)?

- 1 Oui 2 Non

SU2L. Habitez-vous seul en ce moment?

- 1 Oui 2 Non 3 N/A (rue)














SECTION 3: ÉVÉNEMENTS MARQUANTS ET CALENDRIER

Beaucoup de questions que je vais vous poser concernent les trois derniers mois. Pour vous aider à vous situer dans le temps, nous avons préparé un calendrier où nous noterons ensemble les événements marquants que vous avez pu vivre durant cette période.

⇒ Inscrire la date du questionnaire et générer le calendrier au moyen du programme informatique préparé à cette fin. Inscrire le code du participant sur le calendrier.

⇒ Poser les questions suivantes une à la fois. Si le sujet répond « oui », lui demander la date/période et mettre un ou des collants sur le calendrier. Il pourrait aussi être pertinent d'écrire sur le calendrier.

Dans les trois derniers mois ...

	SU3A. ... avez-vous eu un problème de santé, été hospitalisé, fait une overdose ?	1 <input type="checkbox"/> Oui	2 <input type="checkbox"/> Non
	SU3B. ... est-ce qu'un de vos proches a été malade ou est décédé ?	1 <input type="checkbox"/> Oui	2 <input type="checkbox"/> Non
	SU3C. ... avez-vous eu un nouveau chum ou une nouvelle blonde ou vécu une rupture amoureuse ?	1 <input type="checkbox"/> Oui	2 <input type="checkbox"/> Non
	SU3D. ⇒ Femmes ... avez-vous été enceinte ou avez-vous eu un enfant ?		
	⇒ Hommes ... avez-vous été avec une femme enceinte de vous ou avez-vous eu un enfant ?	1 <input type="checkbox"/> Oui	2 <input type="checkbox"/> Non
	SU3E. ... avez-vous vécu des conflits avec vos proches ?	1 <input type="checkbox"/> Oui	2 <input type="checkbox"/> Non
	SU3F. ... avez-vous changé d'emploi ou est-ce que votre revenu a beaucoup changé ?	1 <input type="checkbox"/> Oui	2 <input type="checkbox"/> Non
	SU3G. ... avez-vous été victime de violence, été volé(e) ou agressé(e) sexuellement ?	1 <input type="checkbox"/> Oui	2 <input type="checkbox"/> Non
	SU3H. ... êtes-vous parti(e) ou revenu(e) de voyage ?	1 <input type="checkbox"/> Oui	2 <input type="checkbox"/> Non
	SU3I. ... avez-vous commencé ou arrêté l'école ou un cours ?	1 <input type="checkbox"/> Oui	2 <input type="checkbox"/> Non
	SU3J. ... avez-vous fêté votre anniversaire ou celui de quelqu'un d'autre ?	1 <input type="checkbox"/> Oui	2 <input type="checkbox"/> Non
	SU3K. ... êtes-vous entré(e) ou sorti(e) de prison ?	1 <input type="checkbox"/> Oui	2 <input type="checkbox"/> Non
	SU3L. ... avez-vous déménagé ?	1 <input type="checkbox"/> Oui	2 <input type="checkbox"/> Non
	SU3M. À part les événements dont on vient de parler, avez-vous vécu d'autres événements dans les trois derniers mois dont vous vous rappelez la date ou la période ?	1 <input type="checkbox"/> Oui	2 <input type="checkbox"/> Non

⇒ Récapituler les informations inscrites sur le calendrier avec le sujet et apporter les modifications pertinentes.

⇒ Il pourrait être pertinent de recopier au propre sur un nouveau calendrier.

SECTION 4 : REVENU**SU4A. Dans les trois derniers mois, quelles ont été vos sources de revenu ?**

⇒ Montrer le calendrier.

⇒ Lire et cocher tous les choix qui s'appliquent.

1 Sécurité du revenu Si cochée, demander :**SU4B. En moyenne, combien de temps le chèque mensuel dure-t-il ?**

_____ / _____

heures / jours

SU4C. Êtes-vous administré(e) ?1 Oui 2 Non

⇒ Si Non, passer aux autres sources de revenu

SU4D. Combien de fois par mois recevez-vous de l'argent sur ce chèque ?1 Plus d'une fois par semaine2 Une fois par semaine3 Toutes les deux semaines4 Une fois par mois5 Autre6 À la demande2 Chômage3 Prêts et bourses du gouvernement4 Autre source de revenu gouvernementale/paragouvernementale (CSST, SAAQ)5 Travail occasionnel ou des jobines de temps en temps6 Emploi à temps partiel, c'est-à-dire moins de 35 heures par semaine ?

Combien de semaines ? _____

7 Emploi à temps plein, c'est-à-dire 35 heures ou plus par semaine ?

Combien de semaines ? _____

8 Soutien de votre famille9 Soutien d'ami(e)10 Prostitution11 Pimp12 Vol/recel/fraude13 Vente de biens personnels (pawn shop, etc.)14 Vente de drogues15 Activités artistiques dans le métro ou sur la rue16 Quête17 Squeegee18 Autre (préciser) : _____

⇒ Ce qui distingue le travail occasionnel/jobines (#5) et le travail à temps partiel (#6), c'est que le travail à temps partiel est prévu régulièrement à chaque semaine.

⇒ Si un même emploi a été un travail occasionnel, à temps partiel et à temps plein, il faut cocher aux 3 endroits (travail occasionnel/jobines, emploi à temps partiel et emploi à temps plein).

SU4E. En tenant compte de toutes vos sources de revenu, quel a été votre revenu mensuel total en moyenne dans les trois derniers mois ?

\$ _____

⇒ Pour les deux questions suivantes, on parle d'argent sonnant et non de services ou autre manière de « payer ». À titre indicatif, un quart de poudre, une roche de crack, ou un point d'héroïne coûte généralement 20\$.

SU4F. Dans le dernier mois, combien pensez-vous avoir dépensé d'argent pour les drogues et autres substances, par exemple des médicaments pour un usage non médical ?

\$ _____

SU4G. Dans le dernier mois, combien pensez-vous avoir dépensé d'argent pour l'alcool?

\$ _____

⇒ Contrairement aux deux questions précédentes, nous parlons dans les deux questions suivantes d'argent sonnant et de tout autre service ou manière de « payer ».

SU4H. Toujours dans le dernier mois, à combien estimez-vous le coût total de votre consommation de drogues et autres substances, par exemple des médicaments pour un usage non médical, que vous ayez payé en argent, par des services ou autrement?

\$ _____

SU4I. Toujours dans le dernier mois, à combien estimez-vous le coût total de votre consommation d'alcool, que vous ayez payé en argent, par des services ou autrement ?

\$ _____

SECTION 5 : SANTÉ MENTALE

Les dix questions suivantes portent sur des sentiments que vous auriez pu éprouver au cours du dernier mois.

⇒ Montrer le calendrier.

SU5A. Dans le dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) épuisé(e) sans véritable raison ?

⇒ Lire les choix de réponse.

- 1 Tout le temps
- 2 La plupart du temps
- 3 Parfois
- 4 Rarement
- 5 Jamais

SU5B. Dans le dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) ?

⇒ Lire les choix de réponse.

- 1 Tout le temps
- 2 La plupart du temps
- 3 Parfois
- 4 Rarement
- 5 Jamais ⇒ Si Jamais, passer à la question SU5D

SU5C. Dans le dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) si nerveux(se) que rien ne pouvait vous calmer ?

⇒ Lire les choix de réponse.

- 1 Tout le temps
- 2 La plupart du temps
- 3 Parfois
- 4 Rarement
- 5 Jamais

SU5D. Dans le dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) désespéré(e) ?

⇒ Lire les choix de réponse.

- 1 Tout le temps
- 2 La plupart du temps
- 3 Parfois
- 4 Rarement
- 5 Jamais

SU5E. Dans le dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) agité(e) ou ne tenant pas en place ?

⇒ Lire les choix de réponse.

- 1 Tout le temps
- 2 La plupart du temps
- 3 Parfois
- 4 Rarement
- 5 Jamais ⇒ Si Jamais, passer à la question SU5G.

SU5F. Dans le dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) si agité(e) que vous ne pouviez pas rester immobile ?

⇒ Lire les choix de réponse.

- 1 Tout le temps
- 2 La plupart du temps
- 3 Parfois
- 4 Rarement
- 5 Jamais

SU5G. Dans le dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) triste ou déprimé(e) ?

⇒ Lire les choix de réponse.

- 1 Tout le temps
- 2 La plupart du temps
- 3 Parfois
- 4 Rarement
- 5 Jamais ⇒ Si Jamais, passer à la question SU5I.

SU5H. Dans le dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) si déprimé(e) que plus rien ne pouvait vous faire sourire ?

⇒ Lire les choix de réponse.

- 1 Tout le temps
- 2 La plupart du temps
- 3 Parfois
- 4 Rarement
- 5 Jamais

SU5I. Dans le dernier mois, à quelle fréquence avez vous senti que tout était un effort ?

⇒ Lire les choix de réponse.

- 1 Tout le temps
- 2 La plupart du temps
- 3 Parfois
- 4 Rarement
- 5 Jamais

SU5J. Dans le dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) comme un(e) bon(ne) à rien ?

⇒ Lire les choix de réponse.

- 1 Tout le temps
- 2 La plupart du temps
- 3 Parfois
- 4 Rarement
- 5 Jamais

SECTION 7 : CONSOMMATION DE DROGUES ET DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES**SU7A. d) Avez-vous consommé les drogues suivantes dans les trois derniers mois?**

- 1 Alcool
- 2 Héroïne IV
- 3 Héroïne fumée ou sniffée
- 4a Cocaïne IV (poudre)
- 4b Cocaïne IV (à partir du crack)
- 5a Cocaïne fumée (poudre)
- 5b Cocaïne fumée (freebase, crack)
- 6 Cocaïne sniffée
- 7 Speedball (cocaïne plus héroïne ou autre opiacé dans la même seringue)
- 8 Suboxone à usage non médical
- 9 Méthadone à usage non médical
- 10 Autres opiacés à usage non médical _____
- 11 Autres opiacés IV à usage non médical _____
- 12 Amphétamines et autres psychostimulants (speed, crystal, meth, ice, Ritalin)
- 13 Amphétamines et autres psychostimulants IV (speed, crystal, meth, ice, Ritalin)
- 14 Barbituriques à usage non médical (barbs, goofball)
- 15 Barbituriques IV à usage non médical (barbs, goofball)
- 16a Tranquillisants à usage non médical (downers, peanuts, benzos)
- 16b Tranquillisants IV à usage non médical (downers, peanuts, benzos)
- 17 Marijuana (à usage non médical), hashish, pot, herbe
- 18a Drogues psychédéliques (LSD, PCP, Mescaline, MDA, MDMA, Ecstasy, DMT, Mushrooms, Kétamine, GHB)
- 18b Drogues psychédéliques IV (LSD, PCP, Mescaline, MDA, MDMA, Ecstasy, DMT, Mushrooms, Kétamine, GHB)
- 19 Autres médicaments à usage non médical
- 20 Autres médicaments à usage non médical IV
- 21a Autres drogues _____
- 21b Autres drogues IV _____

SU7A.f) Combien de jours au total avez-vous consommé dans le dernier mois (toutes les substances mentionnées ci-dessus)?

SU7B. Consommation d'alcool

SU7B.e) Combien de jours avez-vous consommé de l'alcool dans le dernier mois ?

_____ jours ⇒ Si 0 jour, passer à la section suivante.

SU7B.f) En moyenne, dans le dernier mois, combien de consommations avez-vous prises à chaque occasion ?

⇒ Lire les choix de réponse.

- 1 1 à 4
 2 5 à 10
 3 plus de 10

1 bière = 1 verre de vin = 1,5 once de fort	= 1 consommation
King Can de bière (750 ml)	= 2 consommations
Boss de bière (950ml)	= 3 consommations
1,18 litre de bière	= 4 consommations
1 pichet de bière	= 5 consommations
Bouteille de vin (750 ml)	= 6 consommations
Bouteille de vin (1 litre)	= 8 consommations
Listerine bouteille de 1 litre = 26 onces de fort	= 17 consommations
40 onces de fort	= 27 consommations

SU7B.g) ⇒ Pour les hommes uniquement

Dans le dernier mois, avez-vous pris cinq consommations ou plus en une occasion ?

1 Oui 2 Non

⇒ Si Oui, Combien de fois est-ce arrivé ? _____ fois

⇒ Pour les femmes uniquement

Dans le dernier mois, avez-vous pris quatre consommations ou plus en une occasion ?

1 Oui 2 Non

⇒ Si Oui, Combien de fois est-ce arrivé ? _____ fois

Consommation d'héroïne

Je vais vous poser des questions détaillées sur votre consommation de drogues et autres substances psychoactives du dernier mois. Nous commençons par l'héroïne sous ses différentes formes, que vous avez consommée seule ou mélangée avec d'autres drogues.

⇒ Compléter les colonnes du tableau, une ligne à la fois. Toujours lire les choix de réponse au participant.

⇒ Vérifier la cohérence avec la consommation des trois derniers mois, voir choix 2 et 3 à la question SU7A. Si la personne a répondu Non à ces deux questions (pas de consommation d'héroïne blanche, beige ou brune dans les trois derniers mois), passer au tableau de consommation mensuel suivant.

a) Dans le dernier mois ...	b) Combien de jours au total ?	c) Combien de jours par semaine ?	d) En moyenne, combien de fois par jour en consommez-vous ?
SU7C... vous êtes-vous injecté(e) de l'héroïne? 1 <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Si Oui 2 <input type="checkbox"/> Non	_____	1 <input type="checkbox"/> Moins de 1 jour/semaine 2 <input type="checkbox"/> 1 jour/semaine 3 <input type="checkbox"/> 2-3 jours/semaine 4 <input type="checkbox"/> 4-6 jours/semaine 5 <input type="checkbox"/> Tous les jours	1 <input type="checkbox"/> 1 à 3 2 <input type="checkbox"/> 4 à 6 3 <input type="checkbox"/> Plus de 6
SU7D... avez-vous fumé ou sniffé de l'héroïne ? 1 <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Si Oui 2 <input type="checkbox"/> Non	_____	1 <input type="checkbox"/> Moins de 1 jour/semaine 2 <input type="checkbox"/> 1 jour/semaine 3 <input type="checkbox"/> 2-3 jours/semaine 4 <input type="checkbox"/> 4-6 jours/semaine 5 <input type="checkbox"/> Tous les jours	1 <input type="checkbox"/> 1 à 3 2 <input type="checkbox"/> 4 à 6 3 <input type="checkbox"/> Plus de 6

Consommation de cocaïne

⇒ Vérifier la cohérence avec la consommation des trois derniers mois, voir choix 4a, 4b, 5a, 5b et 6 à la question SU7A. Si la personne a répondu Non à toutes ces questions (pas de consommation de cocaïne injectée, fumée ou sniffée dans les trois derniers mois), passer au tableau de consommation mensuel suivant.

a) Dans le dernier mois ...	b) Combien de jours au total ?	c) Combien de jours par semaine ?	d) En moyenne, combien de fois par jour en consommez-vous ?
SU7Ea... vous êtes-vous injecté(e) de la cocaïne (poudre)? 1 <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Si Oui 2 <input type="checkbox"/> Non	_____	1 <input type="checkbox"/> Moins de 1 jour/semaine 2 <input type="checkbox"/> 1 jour/semaine 3 <input type="checkbox"/> 2-3 jours/semaine 4 <input type="checkbox"/> 4-6 jours/semaine 5 <input type="checkbox"/> Tous les jours	1 <input type="checkbox"/> 1 à 3 2 <input type="checkbox"/> 4 à 6 3 <input type="checkbox"/> 7 à 10 4 <input type="checkbox"/> 11 à 20 5 <input type="checkbox"/> Plus de 20
SU7Eb... vous êtes-vous injecté(e) de la cocaïne (à partir du crack)? 1 <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Si Oui 2 <input type="checkbox"/> Non	_____	1 <input type="checkbox"/> Moins de 1 jour/semaine 2 <input type="checkbox"/> 1 jour/semaine 3 <input type="checkbox"/> 2-3 jours/semaine 4 <input type="checkbox"/> 4-6 jours/semaine 5 <input type="checkbox"/> Tous les jours	1 <input type="checkbox"/> 1 à 3 2 <input type="checkbox"/> 4 à 6 3 <input type="checkbox"/> 7 à 10 4 <input type="checkbox"/> 11 à 20 5 <input type="checkbox"/> Plus de 20
SU7Fa... avez-vous fumé de la cocaïne (poudre)? 1 <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Si Oui 2 <input type="checkbox"/> Non	_____	1 <input type="checkbox"/> Moins de 1 jour/semaine 2 <input type="checkbox"/> 1 jour/semaine 3 <input type="checkbox"/> 2-3 jours/semaine 4 <input type="checkbox"/> 4-6 jours/semaine 5 <input type="checkbox"/> Tous les jours	1 <input type="checkbox"/> 1 à 3 2 <input type="checkbox"/> 4 à 6 3 <input type="checkbox"/> 7 à 10 4 <input type="checkbox"/> 11 à 20 5 <input type="checkbox"/> Plus de 20
SU7Fb... avez-vous fumé de la cocaïne (freebase, crack)? 1 <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Si Oui 2 <input type="checkbox"/> Non	_____	1 <input type="checkbox"/> Moins de 1 jour/semaine 2 <input type="checkbox"/> 1 jour/semaine 3 <input type="checkbox"/> 2-3 jours/semaine 4 <input type="checkbox"/> 4-6 jours/semaine 5 <input type="checkbox"/> Tous les jours	1 <input type="checkbox"/> 1 à 3 2 <input type="checkbox"/> 4 à 6 3 <input type="checkbox"/> 7 à 10 4 <input type="checkbox"/> 11 à 20 5 <input type="checkbox"/> Plus de 20
SU7G... avez-vous sniffé de la cocaïne? 1 <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Si Oui 2 <input type="checkbox"/> Non	_____	1 <input type="checkbox"/> Moins de 1 jour/semaine 2 <input type="checkbox"/> 1 jour/semaine 3 <input type="checkbox"/> 2-3 jours/semaine 4 <input type="checkbox"/> 4-6 jours/semaine 5 <input type="checkbox"/> Tous les jours	1 <input type="checkbox"/> 1 à 3 2 <input type="checkbox"/> 4 à 6 3 <input type="checkbox"/> 7 à 10 4 <input type="checkbox"/> 11 à 20 5 <input type="checkbox"/> Plus de 20

Consommation de speedball (cocaïne et héroïne ou autre opiacé dans la même seringue)

⇒ Vérifier la cohérence avec la consommation des trois derniers mois, voir choix 7 à la question SU7A. Si la personne a répondu Non à cette question (pas de consommation de speedball dans les trois derniers mois), passer au tableau de consommation mensuel suivant.

a) Dans le dernier mois ...	b) Combien de jours au total ?	c) Combien de jours par semaine ?	d) En moyenne, combien de fois par jour en consommez-vous ?
<p>SU7H... vous êtes-vous injecté(e) du speedball (cocaïne et héroïne ou autre opiacé dans la même seringue)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Oui ⇨ Si Oui 2 <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>_____</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Moins de 1 jour/semaine 2 <input type="checkbox"/> 1 jour/semaine 3 <input type="checkbox"/> 2-3 jours/semaine 4 <input type="checkbox"/> 4-6 jours/semaine 5 <input type="checkbox"/> Tous les jours</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 1 à 3 2 <input type="checkbox"/> 4 à 6 3 <input type="checkbox"/> 7 à 10 4 <input type="checkbox"/> 11 à 20 5 <input type="checkbox"/> Plus de 20</p>

Consommation de Suboxone ou de méthadone à usage non médical

⇒ Vérifier la cohérence avec la consommation des trois derniers mois, voir choix 8 (Suboxone) et 9 (Méthadone) à la question SU7A. Si la personne a répondu Non à ces deux questions (pas de consommation de Suboxone ni de méthadone à usage non médical dans les trois derniers mois), passer au tableau de consommation mensuel suivant.

a) Dans le dernier mois ...	b) Combien de jours au total et combien de mg/jour?	c) Combien de jours par semaine ?
<p>SU7I... avez-vous consommé du Suboxone à usage non médical?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Oui ⇨ Si Oui 2 <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>_____</p> <p>Combien de jours au total</p> <p>_____</p> <p>Combien de mg/jour</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Moins de 1 jour/semaine 2 <input type="checkbox"/> 1 jour/semaine 3 <input type="checkbox"/> 2-3 jours/semaine 4 <input type="checkbox"/> 4-6 jours/semaine 5 <input type="checkbox"/> Tous les jours</p>

SU7J... avez-vous consommé de la méthadone à usage non médical?

- 1 Oui ⇒ Si Oui
2 Non

Combien de jours au total

Combien de mg/jour

- 1 Moins de 1
jour/semaine
2 1 jour/semaine
3 2-3
jours/semaine
4 4-6
jours/semaine
5 Tous les jours

Consommation d'autres opiacés à usage non médical

⇒ Vérifier la cohérence avec la consommation des trois derniers mois, voir choix 10 et 11 à la question SU7A. Si la personne a répondu Non à ces deux questions (pas de consommation d'autres opiacés injectés ou non injectés dans les trois derniers mois), passer au tableau de consommation mensuel suivant.

a) Dans le dernier mois ...	b) Combien de jours au total ?	c) Combien de jours par semaine ?	d) En moyenne, combien de fois par jour en consommez-vous ?
<p>SU7K... vous êtes-vous injecté(e) d'autres opiacés à usage non médical?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non</p> <p>⇒ Si Oui</p> <p>Quels autres opiacés injectés avez-vous utilisés? ⇒ Montrer la liste</p> <hr/> <p>Parmi ces autres opiacés injectés, lequel avez-vous utilisé le plus souvent?</p> <hr/> <p>En moyenne, combien de mg par jour avez-vous pris de cet opiacé utilisé le plus souvent? _____ mg/jour</p>	<p>_____</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Moins de 1 jour/semaine 2 <input type="checkbox"/> 1 jour/semaine 3 <input type="checkbox"/> 2-3 jrs/semaine 4 <input type="checkbox"/> 4-6 jrs/semaine 5 <input type="checkbox"/> Tous les jours</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 1 à 3 2 <input type="checkbox"/> 4 à 6 3 <input type="checkbox"/> 7 à 10 4 <input type="checkbox"/> Plus de 10</p>
<p>SU7L... avez-vous consommé d'autres opiacés non injectés à usage non médical?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non</p> <p>⇒ Si Oui</p> <p>Quels autres opiacés non injectés avez-vous utilisés? ⇒ Montrer la liste</p> <hr/> <p>Parmi ces autres opiacés non injectés, lequel avez-vous utilisé le plus souvent?</p> <hr/> <p>En moyenne, combien de mg par jour avez-vous pris de cet opiacé utilisé le plus souvent? _____ mg/jour</p>	<p>_____</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Moins de 1 jour/semaine 2 <input type="checkbox"/> 1 jour/semaine 3 <input type="checkbox"/> 2-3 jrs/semaine 4 <input type="checkbox"/> 4-6 jrs/semaine 5 <input type="checkbox"/> Tous les jours</p>	

Consommation d'amphétamines et autres psychostimulants

⇒ Vérifier la cohérence avec la consommation des trois derniers mois, voir choix 12 et 13 à la question SU7A. Si la personne a répondu Non à ces deux questions (pas de consommation d'amphétamines et autres psychostimulants injectés ou non injectés dans les trois derniers mois), passer au tableau de consommation mensuel suivant.

a) Dans le dernier mois ...	b) Combien de jours au total ?	c) Combien de jours par semaine ?	d) En moyenne, combien de fois par jour en consommez-vous ?
SU7M... vous êtes-vous injecté(e) des amphétamines ou d'autres psychostimulants (speed, meth, crystal, ritalin)? 1 <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Si Oui 2 <input type="checkbox"/> Non	_____	1 <input type="checkbox"/> Moins de 1 jour/semaine 2 <input type="checkbox"/> 1 jour/semaine 3 <input type="checkbox"/> 2-3 jrs/semaine 4 <input type="checkbox"/> 4-6 jrs/semaine 5 <input type="checkbox"/> Tous les jours	1 <input type="checkbox"/> 1 à 3 2 <input type="checkbox"/> 4 à 6 3 <input type="checkbox"/> 7 à 10 4 <input type="checkbox"/> Plus de 10
SU7N... avez-vous consommé des amphétamines ou d'autres psychostimulants non injectés en comprimés, puff ou autre (speed, meth, crystal, ritalin)? 1 <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Si Oui 2 <input type="checkbox"/> Non	_____	1 <input type="checkbox"/> Moins de 1 jour/semaine 2 <input type="checkbox"/> 1 jour/semaine 3 <input type="checkbox"/> 2-3 jrs/semaine 4 <input type="checkbox"/> 4-6 jrs/semaine 5 <input type="checkbox"/> Tous les jours	1 <input type="checkbox"/> 1 à 3 2 <input type="checkbox"/> 4 à 6 3 <input type="checkbox"/> 7 à 10 4 <input type="checkbox"/> Plus de 10

Consommation de tranquillisants à usage non médical

⇒ Vérifier la cohérence avec la consommation des trois derniers mois, voir choix 16a et 16b à la question SU7A. Si la personne a répondu Non à ces deux questions (pas de consommation de tranquillisants injectés ou non injectés dans les trois derniers mois), passer au tableau de consommation mensuel suivant.

a) Dans le dernier mois ...	b) Combien de jours au total ?	c) Combien de jours par semaine ?	d) En moyenne, combien de fois par jour en consommez-vous ?
SU7Oa... vous êtes-vous injecté(e) des tranquillisants à usage non médical (downers, peanuts, benzos)? 1 <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Si Oui 2 <input type="checkbox"/> Non	_____	1 <input type="checkbox"/> Moins de 1 jour/semaine 2 <input type="checkbox"/> 1 jour/semaine 3 <input type="checkbox"/> 2-3 jrs/semaine 4 <input type="checkbox"/> 4-6 jrs/semaine 5 <input type="checkbox"/> Tous les jours	1 <input type="checkbox"/> 1 à 3 2 <input type="checkbox"/> 4 à 6 3 <input type="checkbox"/> Plus de 6

<p>SU7Ob... avez-vous consommé des tranquillisants non injectés à usage non médical (downers, peanuts, benzos)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Si Oui 2 <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>_____</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Moins de 1 jour/semaine 2 <input type="checkbox"/> 1 jour/semaine 3 <input type="checkbox"/> 2-3 jrs/semaine 4 <input type="checkbox"/> 4-6 jrs/semaine 5 <input type="checkbox"/> Tous les jours</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 1 à 3 2 <input type="checkbox"/> 4 à 6 3 <input type="checkbox"/> Plus de 6</p>
--	--------------	---	---

Consommation de marijuana (à usage non médical), hashish, pot, herbe

⇒ Vérifier la cohérence avec la consommation des trois derniers mois, voir choix 17 à la question SU7A. Si la personne a répondu Non à cette question (pas de consommation de marijuana, de hashish, de pot, d'herbe dans les trois derniers mois), passer au tableau de consommation mensuel suivant.

<p>a) Dans le dernier mois ...</p> <p>SU7P... avez-vous consommé de la marijuana (à usage non médical), du hashish, du pot, de l'herbe?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Si Oui 2 <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>_____</p>	<p>b) Combien de jours au total ?</p>	<p>c) Combien de jours par semaine ?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Moins de 1 jour/semaine 2 <input type="checkbox"/> 1 jour/semaine 3 <input type="checkbox"/> 2-3 jrs/semaine 4 <input type="checkbox"/> 4-6 jrs/semaine 5 <input type="checkbox"/> Tous les jours</p>	<p>d) En moyenne, combien de fois par jour en consommiez-vous ?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 1 à 3 2 <input type="checkbox"/> 4 à 6 3 <input type="checkbox"/> Plus de 6</p>
---	--------------	--	---	--

Consommation de drogues psychédéliques

⇒ Vérifier la cohérence avec la consommation des trois derniers mois, voir choix 18a et 18b à la question SU7A. Si la personne a répondu Non à ces deux questions (pas de consommation de drogues psychédéliques injectées ou non injectées dans les trois derniers mois), passer au tableau de consommation mensuel suivant.

<p>a) Dans le dernier mois ...</p> <p>SU7Qa...vous êtes-vous injecté(e) des drogues psychédéliques? (LSD, PCP, mescaline, MDA, MDMA, Ecstasy, DMT, mushrooms, kétamine, GHB)</p>	<p>_____</p>	<p>b) Combien de jours au total ?</p>	<p>c) Combien de jours par semaine ?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Moins de 1 jour/semaine 2 <input type="checkbox"/> 1 jour/semaine 3 <input type="checkbox"/> 2-3 jrs/semaine 4 <input type="checkbox"/> 4-6 jrs/semaine</p>	<p>d) En moyenne, combien de fois par jour en consommiez-vous ?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 1 à 3 2 <input type="checkbox"/> 4 à 6 3 <input type="checkbox"/> Plus de 6</p>
--	--------------	--	---	--

1 Oui ⇒ Si Oui
2 Non

5 Tous les jours

**SU7Qb... avez-vous consommé
des drogues psychédéliques
non injectées? (LSD, PCP,
mescaline, MDA, MDMA,
Ecstasy, DMT, mushrooms,
kétamine, GHB)**

1 Oui ⇒ Si Oui
2 Non

1 Moins de 1
jour/semaine

2 1
jour/semaine

3 2-3
jrs/semaine

4 4-6
jrs/semaine

5 Tous les jours

1 1 à 3

2 4 à 6

3 Plus de 6

Consommation d'autres médicaments à usage non médical

⇒ Vérifier la cohérence avec la consommation des trois derniers mois, voir choix 19 et 20 à la question SU7A. Si la personne a répondu Non à ces deux questions (pas de consommation d'autres médicaments à usage non médical injectés ou non injectés dans les trois derniers mois), passer au tableau de consommation mensuel suivant.

a) Dans le dernier mois ...	b) Combien de jours au total ?	c) Combien de jours par semaine ?	d) En moyenne, combien de fois par jour en consommez-vous ?
<p>SU7R... vous êtes-vous injecté(e) d'autres médicaments à usage non médical?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non</p> <p>⇒ Si Oui</p> <p>Quels autres médicaments à usage non médical vous êtes-vous injecté(e) dans le dernier mois?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Moins de 1 jour/semaine 2 <input type="checkbox"/> 1 jour/semaine 3 <input type="checkbox"/> 2-3 jrs/semaine 4 <input type="checkbox"/> 4-6 jrs/semaine 5 <input type="checkbox"/> Tous les jours</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 1 à 3 2 <input type="checkbox"/> 4 à 6 3 <input type="checkbox"/> Plus de 6</p>
<p>SU7S... avez-vous consommé d'autres médicaments à usage non médical non injectés?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non</p> <p>⇒ Si Oui</p> <p>Quels autres médicaments à usage non médical non injectés avez-vous consommé dans le dernier mois?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Moins de 1 jour/semaine 2 <input type="checkbox"/> 1 jour/semaine 3 <input type="checkbox"/> 2-3 jrs/semaine 4 <input type="checkbox"/> 4-6 jrs/semaine 5 <input type="checkbox"/> Tous les jours</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 1 à 3 2 <input type="checkbox"/> 4 à 6 3 <input type="checkbox"/> Plus de 6</p>

Consommation d'autres drogues

⇒ Vérifier la cohérence avec la consommation des trois derniers mois, voir choix 21a et 21b à la question SU7A. Si la personne a répondu Non à ces deux questions (pas de consommation d'autres drogues injectées ou non injectées dans les trois derniers mois), passer à la section suivante.

a) Dans le dernier mois ...	b) Combien de jours au total ?	c) Combien de jours par semaine ?	d) En moyenne, combien de fois par jour en consommez-vous ?
<p>SU7Ta...vous êtes-vous injecté(e) d'autres drogues?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non</p> <p>⇒ Si Oui</p> <p>Quelles autres drogues vous êtes-vous injecté(e) dans le dernier mois?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Moins de 1 jour/semaine 2 <input type="checkbox"/> 1 jour/semaine 3 <input type="checkbox"/> 2-3 jrs/semaine 4 <input type="checkbox"/> 4-6 jrs/semaine 5 <input type="checkbox"/> Tous les jours</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 1 à 3 2 <input type="checkbox"/> 4 à 6 3 <input type="checkbox"/> Plus de 6</p>
<p>SU7Tb... avez-vous consommé d'autres drogues non injectées?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non</p> <p>⇒ Si Oui</p> <p>Quelles autres drogues non injectées avez-vous consommé dans le dernier mois?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Moins de 1 jour/semaine 2 <input type="checkbox"/> 1 jour/semaine 3 <input type="checkbox"/> 2-3 jrs/semaine 4 <input type="checkbox"/> 4-6 jrs/semaine 5 <input type="checkbox"/> Tous les jours</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> 1 à 3 2 <input type="checkbox"/> 4 à 6 3 <input type="checkbox"/> Plus de 6</p>

SECTION 8 : PROFIL D'INJECTION

⇒ Pour la question SU8B, consulter la carte pour trouver l'arrondissement et inscrire le numéro correspondant.

SU8B. Dans les trois derniers mois, dans quelle ville ou quel arrondissement de Montréal, vous êtes-vous injecté(e) le plus souvent?

SU8C. Dans les trois derniers mois, vous êtes-vous injecté(e) dans les endroits suivants et quel pourcentage d'injections y avez-vous effectué? ⇒ Le total doit donner 100%

	% injection		% injection
1 <input type="checkbox"/> Chez vous (chambre/appartement)	%	7 <input type="checkbox"/> Chez le «dealer »	%
2 <input type="checkbox"/> Toilettes publiques/bar/restaurant	%	8 <input type="checkbox"/> Au sauna	%
3 <input type="checkbox"/> Chez un ami	%	9 <input type="checkbox"/> En prison, dans un centre de détention	%
4 <input type="checkbox"/> Crack house/piqueries/shooting gallery	%	10 <input type="checkbox"/> Peepshow	%
5 <input type="checkbox"/> Rue (ruelle/perron)	%	11 <input type="checkbox"/> Autre _____	%
6 <input type="checkbox"/> Parc	%	12 <input type="checkbox"/> Chambre louée pour période d'injection	%

SU8D. Quand vous êtes-vous injecté(e) la dernière fois?

_____/_____/_____

⇒ Être cohérent avec le tableau sur les drogues. _____ jour _____ mois
année

SU8E. Combien de jours vous êtes-vous injecté(e) durant chacun des trois derniers mois?

⇒ Montrer le calendrier pour bien situer les mois concernés.

⇒ Par Mois 1 on entend : durant le mois qui précède, à partir de la date d'aujourd'hui. Par Mois 2 on entend : durant le deuxième mois qui précède, à partir de la date d'aujourd'hui. Par Mois 3 on entend : durant le troisième mois qui précède, à partir de la date d'aujourd'hui.

Mois 1 _____
Mois 2 _____
Mois 3 _____

SU8F. Dans les trois derniers mois, combien de fois en moyenne avez-vous réutilisé la même seringue?

SU8H. Dans les trois derniers mois, combien de fois avez-vous eu besoin de l'aide de quelqu'un pour vous injecter?

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Toujours (100%) | 4 <input type="checkbox"/> Rarement (< 25%) |
| 2 <input type="checkbox"/> Souvent (> 75%) | 5 <input type="checkbox"/> Jamais (0%) |
| 3 <input type="checkbox"/> Parfois (26 – 74%) | 6 <input type="checkbox"/> Ne sait pas |

SU8I. Dans le dernier mois, quelles ont été vos habitudes d'injection?

Combien de jours d'injection? _____

Combien d'injections par jour? _____

**SU8J. D'après vos réponses, il semble que vous vous seriez injecté(e) un total de _____
_ fois dans le dernier mois. Est-ce que ça vous semble correct ?**

1 Oui ⇒ Si Oui, passer à la question SU8L 2 Non ⇒ Si Non, passer à la question
SU8K

SU8K. Si ce nombre vous semble incorrect, dites-moi selon vous le nombre total de fois que vous vous êtes injecté(e) dans le dernier mois.

_____ injections durant le dernier mois

SU8L. Dans les trois derniers mois, avez-vous arrêté de vous injecter volontairement ou par obligation?

Un arrêt doit être une période où vous avez décidé de cesser de vous injecter ou y avez été obligé(e) par les circonstances, mais ne doit pas être votre cycle habituel d'injection. Par exemple si vous consommez toujours les fins de semaine, les débuts de mois ou autres habitudes, les jours de non-consommation ne sont pas des arrêts.

⇒ Répondre oui, même si l'arrêt a débuté avant la période de trois mois mais qu'il s'est prolongé durant cette période.

⇒ Montrer le calendrier pour bien situer les mois concernés.

⇒ Par Mois 1 on entend : durant le mois qui précède, à partir de la date d'aujourd'hui. Par Mois 2 on entend : durant le deuxième mois qui précède, à partir de la date d'aujourd'hui. Par Mois 3 on entend : durant le troisième mois qui précède, à partir de la date d'aujourd'hui.

1 Oui

2 Non

⇒ Si Non, passer à la section 9.

Si vous avez arrêté de vous injecter durant cette période de trois mois, était-ce durant le :

Mois 1 **Nombre total de jours d'arrêt?**

Est-ce que c'était volontairement ou par obligation?

1 Volontairement : désintox/thérapie/par eux-mêmes Nb/jours?

2 Par obligation : thérapie obligatoire, prison, voyage, autre Nb/jours?

Mois 2 **Nombre total de jours d'arrêt?**

Est-ce que c'était volontairement ou par obligation?

1 Volontairement : désintox/thérapie/par eux-mêmes Nb/jours?

2 Par obligation : thérapie obligatoire, prison, voyage, autre Nb/jours?

Mois 3 **Nombre total de jours d'arrêt?**

Est-ce que c'était volontairement ou par obligation?

1 Volontairement : désintox/thérapie/par eux-mêmes Nb/jours?

2 Par obligation : thérapie obligatoire, prison, voyage, autre Nb/jours?

SECTION 9: EXCÈS DE DROGUE

SU9B. Dans les trois derniers mois, vous est-il arrivé de vous injecter de grandes quantités de drogue, sans arrêt sur une certaine période de temps, jusqu'à ce que vous n'en ayez plus ou que vous ne soyez physiquement plus capable d'en prendre ?

1 Oui 2 Non ⇒ Si Non, passer à la section 10.

SU9B.b) En général, diriez-vous que ces épisodes sont des périodes où vous perdez le contrôle ?

1 Oui 2 Non

SU9B.c) Diriez-vous que ces épisodes impliquent de longues périodes sans dormir ?

0 Jamais
2 Certaines fois
3 Chaque fois

SU9B.d) À quelle fréquence avez-vous eu ces épisodes? ⇒ Au besoin faire la moyenne

1 Plus d'une fois par semaine 5 1 fois par mois
2 Une fois par semaine 6 1 fois par 2 mois
3 1 fois par 2 semaines 7 1 fois
4 1 fois par 3 semaines

SU9C. Combien d'heures ou de jours, en général, durent ces épisodes?

_____ # d'heures # de
_____ jours

SU9D. Quelle a été la plus longue période sans dormir ?

⇒ Noter l'information en nombre d'heures Heures

SU9E. Pendant ces épisodes, combien de fois, en moyenne, vous injectiez-vous?

_____ injections

SU9F. Pendant ces épisodes, quelle(s) étai(en)t la (les) substance(s) principale(s) que vous vous injectiez?

1 Héroïne IV 5 Amphétamines IV
2 Cocaïne IV 6 Autres _____
3 Speedball
4 Autres opiacés IV (ex. Morphine)

SU9G.a) Est-ce qu'il y avait d'autres personnes? 1 Oui 2 Non

⇒ Si Non, passer à la question SU9H. Si Oui, cocher le(s) choix pertinent(s) dans la liste.

1 Blonde/chum; conjoint(e)
2 Autre partenaire sexuel(le) régulier(ère)
3 Ami(e) proche
4 Autre ami(e)/connaissance
5 Famille
6 Partenaire de cotation/consommation

- 7 Relation d'affaires n'entrant pas dans les choix 1 à 6 (client, dealer, pimp, etc)
- 8 Étrangers
- 9 Matériel trouvé
- 10 Incertain
- 11 Autre (préciser) : _____

SU9G.b) De toutes ces personnes, laquelle était présente la plupart du temps?

⇒ Incrire la réponse à partir de la liste précédente

SU9H. Pendant ces épisodes, croyez-vous avoir toujours su où étaient vos seringues?

- 1 Oui
- 2 Non

SU9I. Pendant ces épisodes, est-ce que vous avez utilisé des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Pas certain

SU9J. Pendant ces épisodes, preniez-vous d'autres drogues que vous ne vous injectiez pas?

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Marijuana | 7 <input type="checkbox"/> Ecstasy |
| 2 <input type="checkbox"/> Crack | 8 <input type="checkbox"/> T3's (TylénoI Xtra fort ou avec codéine) |
| 3 <input type="checkbox"/> Speed | 9 <input type="checkbox"/> Autre _____ |
| 4 <input type="checkbox"/> LSD | 10 <input type="checkbox"/> Alcool |
| 5 <input type="checkbox"/> Talwin et Ritalin | 11 <input type="checkbox"/> Aucune |
| 6 <input type="checkbox"/> Tranquillisants | |

SECTION 10 : ÉCHANGE DE SERINGUES

SU10A- Dans les trois derniers mois, avez-vous obtenu vos seringues aux sources suivantes?

⇒ Si oui, cocher et indiquer le pourcentage de seringues obtenues par l'entremise de cette source. Le total doit donner 100%.

⇒ Si la personne obtient ses seringues par l'entremise de quelqu'un d'autre, c'est cet individu qu'il faut désigner dans le tableau (amis(es)/partenaires, dealer, poteau) et non l'endroit d'où proviennent les seringues.

	% seringues		% seringues
a <input type="checkbox"/> Cactus	%	j <input type="checkbox"/> Amis(es)/partenaires	%
b <input type="checkbox"/> Anonyme	%	k <input type="checkbox"/> Clinique	%
c <input type="checkbox"/> Spectre	%	l <input type="checkbox"/> CLSC	%
d <input type="checkbox"/> Dopamine	%	m <input type="checkbox"/> Infirmier(ière) de rue	%
e <input type="checkbox"/> Pharmacies	%	n <input type="checkbox"/> Travailleur(se) de rue	%
f <input type="checkbox"/> Autres programmes échange seringue (PES)	%	o <input type="checkbox"/> Piqueries	%
g <input type="checkbox"/> Achetées dans la rue	%	p <input type="checkbox"/> Relais Méthadone	%
h <input type="checkbox"/> Dealer	%	q <input type="checkbox"/> Dans la Rue (Pops)	%
i <input type="checkbox"/> Poteau (personne qui va se procurer des seringues aux PES et les redistribue gratuitement sur la rue)	%	r <input type="checkbox"/> Autre _____ _____	%

⇒ Si, à la question SU10A, la personne a répondu Oui et un pourcentage >0% à un ou plusieurs des choix concernant des programmes d'échange ou des centres de distribution gratuite (a, b, c, d, f, l, m, n, p et q), il faut répondre à la question SU10B. Si la personne a répondu Non et 0% à tous ces choix, passer à la question SU10C.

SU10B. Dans les trois derniers mois, vous avez obtenu certaines de vos seringues par l'entremise d'un programme d'échange ou d'un autre centre de distribution gratuite (Cactus, Anonyme, Spectre, Dopamine, autres programmes d'échange de seringue, CLSC, infirmier(ère) de rue, travailleur(se) de rue, Relais Méthadone, Dans la Rue).

a) Combien de seringues avez-vous obtenues en moyenne par visite lorsque vous y êtes allé(e) vous-même?

b) Combien de ces seringues étaient pour votre usage personnel?

c) Combien de ces seringues étaient destinées à d'autres personnes?

d) Est-ce que quelqu'un d'autre est allé en chercher pour vous?

1 Oui

2 Non

Si Oui, quelle proportion de vos seringues a été obtenue de cette façon?

1 100%

2 > 75%

3 26 - 74%

4 < 25%

5 0%

⇒ Si, à la question SU10A, la personne a répondu Oui et un pourcentage >0% au choix concernant les pharmacies (e), il faut répondre à la question SU10C. Si la personne a répondu Non et 0%, passer à la question SU10D.

SU10C. Dans les trois derniers mois, vous avez obtenu certaines de vos seringues par l'entremise d'une pharmacie. Les seringues obtenues dans les pharmacies peuvent venir en « kit », soit en paquet de 4 seringues avec stéricup et désinfectant, ou être

g <input type="checkbox"/> Achetées dans la rue	%	p <input type="checkbox"/> Relais Méthadone	%
h <input type="checkbox"/> Dealer	%	q <input type="checkbox"/> Dans la Rue (Pops)	%
l <input type="checkbox"/> Poteau (personne qui va se procurer des seringues aux PES et les redistribue gratuitement sur la rue)	%	r <input type="checkbox"/> Autre _____ _____	%

⇒ Si, à la question SU10D, la personne a répondu Oui et un pourcentage >0% à un ou plusieurs des choix concernant des programmes d'échange ou des centres de distribution gratuite (a, b, c, d, f, l, m, n, p et q), il faut répondre à la question SU10E. Si la personne a répondu Non et 0% à tous ces choix, passer à la section suivante.

SU10E. Dans les trois derniers mois, vous avez obtenu certains de vos stéricups par l'entremise d'un programme d'échange ou d'un autre centre de distribution gratuite (Cactus, Anonyme, Spectre, Dopamine, autres programmes d'échange de seringue, CLSC, infirmier(ère) de rue, travailleur(se) de rue, Relais Méthadone, Dans la Rue).

a) Combien de stéricups avez-vous obtenus en moyenne par visite lorsque vous y êtes allé(e) vous-même?

b) Combien de ces stéricups étaient pour votre usage personnel?

c) Combien de ces stéricups étaient destinés à d'autres personnes?

d) Est-ce que quelqu'un d'autre est allé en chercher pour vous?

1 Oui

2 Non

Si Oui, quelle proportion de vos stéricups a été obtenue de cette façon?

1 100%

2 > 75%

3 26 - 74%

4 < 25%

5 0%

SECTION 11 : PARTAGE DE SERINGUES ET DE MATÉRIEL

⇒ Lire la définition suivante au participant avant de poser les questions SU11A à SU11F.

PAR « PARTAGER UNE SERINGUE » ON ENTEND : UTILISER UNE SERINGUE AYANT DÉJÀ ÉTÉ UTILISÉE PAR QUELQU'UN D'AUTRE. CA FAIT RÉFÉRENCE À TOUTE PRATIQUE INCLUANT UNE SERINGUE AYANT SERVI À L'INJECTION OU AYANT ÉTÉ EN CONTACT DIRECT OU INDIRECT AVEC DU SANG: PAR EXEMPLE, S'INJECTER AVEC UNE SERINGUE AVEC LAQUELLE QUELQU'UN S'EST DÉJÀ INJECTÉ, REMPLIR VOTRE SERINGUE À PARTIR D'UNE SERINGUE AVEC LAQUELLE QUELQU'UN S'EST DÉJÀ INJECTÉ, MÉLANGER LA DROGUE DANS UNE SERINGUE AVEC LAQUELLE QUELQU'UN S'EST DÉJÀ INJECTÉ....

SU11A. Avez-vous déjà utilisé une seringue utilisée par quelqu'un d'autre?

1 Oui

2 Non

⇒ Si Non, passer à la question SU11G

⇒ Pour la question suivante, montrer le calendrier et y inscrire la date. Si la date remonte à > 3 mois, passer à la question SU11G.

SU11C. Quand avez-vous partagé des seringues la dernière fois?

____/____/____

jour mois année

SU11E. Combien de fois avez-vous partagé des seringues dans les trois derniers mois?

1 Aucune

2 Une fois

3 < 5

4 6-10

5 > 10

6 > 100

SU11F. Dans le dernier mois, de combien de personnes différentes avez-vous utilisé des seringues avec lesquelles elles s'étaient déjà injectées?

Qui étaient ces personnes?

1 Blonde/chum; conjoint(e)

2 Autre partenaire sexuel(le) régulier(ère)

3 Ami(e) proche

4 Autre ami(e)/connaissance

5 Famille

6 Partenaire de cotation/consommation

7 Relation d'affaires n'entrant pas dans les choix 1 à 6 (client, dealer, pimp, etc)

8 Étrangers

9 Matériel trouvé

10 Incertain

11 Autre (préciser) : _____

Qui la plupart du temps?

⇒ Inscrire le chiffre à partir de la liste ci-dessus

⇒ Lire la définition suivante au participant avant de poser les questions SU11G à SU11K.

PAR « MATÉRIEL D'INJECTION » ON ENTEND : LE CONTENANT DE PRÉPARATION SANS CHAUFFAGE (CULLER, BOUCHON, SAC DE PLASTIQUE), LE WASH (RESTES DE DROGUES EXTRAITS À PARTIR D'UN COTON, D'UN FILTRE OU D'UN CONTENANT), LE COOKER (CONTENANT CHAUFFÉ), LE LIQUIDE DE DILUTION OU DE RINÇAGE, LE FILTRE, LE COTON ET LE TAMPON.

SU11G. Avez-vous déjà utilisé du matériel d'injection utilisé par quelqu'un d'autre pour s'injecter?

1 Oui

2 Non

⇒ Si Non, passer à la question SU11L

⇒ Pour la question suivante, montrer le calendrier et y inscrire la date. Si la date remonte à > 3 mois, passer à la question SU11L.

SU11H. Quand était la dernière fois où vous avez utilisé du matériel d'injection utilisé par quelqu'un d'autre pour s'injecter?

_____/_____/_____
jour mois année

SU11J. Combien de fois avez-vous utilisé du matériel d'injection utilisé par quelqu'un d'autre pour

s'injecter dans les trois derniers mois?

- 1 Aucune 2 Une fois 3 < 5
4 6-10 5 > 10 6 > 100

SU11K. Dans le dernier mois, de combien de personnes différentes avez-vous utilisé du matériel d'injection utilisé par quelqu'un d'autre pour s'injecter?

Qui étaient ces personnes?

- 1 Blonde/chum; conjoint(e)
2 Autre partenaire sexuel(le) régulier(ère)
3 Ami(e) proche
4 Autre ami(e)/connaissance
5 Famille
6 Partenaire de cotation/consommation
7 Relation d'affaires n'entrant pas dans les choix 1 à 6 (client, dealer, pimp, etc)
8 Étrangers
9 Matériel trouvé
10 Incertain
11 Autre (préciser) : _____

Qui la plupart du temps?

⇒ Inscrire le chiffre à partir de la liste ci-dessus

⇒ Pour les questions SU11L et SU11M, si la personne a répondu 1= Aucune à la question SU11E, passer à la question SU11N. Si la personne a donné l'une ou l'autre des autres réponses (2 à 6), il faut répondre à SU11L et SU11M.

SU11L.b) Dans les trois derniers mois, est-ce qu'une ou des personnes avec qui vous avez partagé

vos seringues étaient infectées par le VIH lorsque vous l'avez fait?

- 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

⇒ Si le participant a partagé avec plusieurs personnes, répondre Oui à la question suivante s'il savait qu'au moins une de ces personnes était infectée par le VIH au moment du partage.

SU11L.c) Saviez-vous que ces personnes étaient infectées par le VIH au moment où vous avez partagé vos seringues dans les trois derniers mois?

- 1 Oui 2 Non

SU11M.b) Dans les trois derniers mois, est-ce qu'une ou des personnes avec qui vous avez partagé

vos seringues étaient infectées par le VHC lorsque vous l'avez fait?

- 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

⇒ Si le participant a partagé avec plusieurs personnes, répondre Oui à la question suivante s'il savait qu'au moins une de ces personnes était infectée par le VHC au moment du partage.

SU11M.c) Saviez-vous que ces personnes étaient infectées par le VHC au moment où vous avez partagé vos seringues dans les trois derniers mois?

1 Oui

2 Non

⇒ Pour les questions SU11N et SU11O, si la personne a répondu 1= Aucune à la question SU11J, passer à la question SU11Q. Si la personne a donné l'une ou l'autre des autres réponses (2 à 6), il faut répondre à SU11N et SU11O.

SU11N.b) Dans les trois derniers mois, est-ce qu'une ou des personnes avec qui vous avez partagé le matériel d'injection étaient infectées par le VIH lorsque vous l'avez fait?

1 Oui

2 Non

3 Ne sait pas

⇒ Si le participant a partagé avec plusieurs personnes, répondre Oui à la question suivante s'il savait qu'au moins une de ces personnes était infectée par le VIH au moment du partage.

SU11N.c) Saviez-vous que ces personnes étaient infectées par le VIH au moment où vous avez partagé le matériel d'injection dans les trois derniers mois?

1 Oui 2 Non

SU11O.b) Dans les trois derniers mois, est-ce qu'une ou des personnes avec qui vous avez partagé

le matériel d'injection étaient infectées par le VHC lorsque vous l'avez fait?

1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

⇒ Si le participant a partagé avec plusieurs personnes, répondre Oui à la question suivante s'il savait qu'au moins une de ces personnes était infectée par le VHC au moment du partage.

SU11O.c) Saviez-vous que ces personnes étaient infectées par le VHC au moment où vous avez partagé le matériel d'injection dans les trois derniers mois?

1 Oui 2 Non

SU11Q. Dans les trois derniers mois, avez-vous utilisé le même matériel de consommation que quelqu'un d'autre, peu importe que cette personne l'ait utilisé avant ou après vous?

- | | | |
|---|--------------------------------|----------------------------|
| 1- Contenant de préparation sans chauffage (cuiller, bouchon, sac de plastique)
Non | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> |
| 2- Wash (restes de drogues extraits à partir d'un coton, d'un filtre ou d'un contenant)
Non | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3- Cooker (contenant chauffé)
Non | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> |
| 4- Liquide de dilution ou de rinçage
Non | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> |
| 5- Garrot, Sling
Non | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> |
| 6- Filtre, Tampon, Coton (excluant au cours d'un wash)
Non | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> |
| 7- Matériel pour fumer le crack (pipe à crack)
Non | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> |
| 8- Autre matériel de consommation pour fumer : joint, chilloum, etc.
Non | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> |
| 9- Autre matériel de consommation pour sniffer : paille, billet de banque, clé
Non | 1 <input type="checkbox"/> Oui | 2 <input type="checkbox"/> |

SU11R. Dans le dernier mois, vous êtes-vous injecté en présence d'au moins une autre personne

qui s'injectait durant la même période d'injection?

1 Oui 2 Non 3 N/A (pas d'injection)

⇒ Si Oui, compléter le questionnaire dernier épisode d'injection

SECTION 12 : COMPORTEMENTS SEXUELS

SU12D. Dans les trois derniers mois, avez-vous eu des relations sexuelles?

1 Oui 2

Non

⇒ Si Oui, Répondre à la question SU12E.

⇒ Si Non, Passer à la section 13.

SU12E. Dans les trois derniers mois, combien de partenaires sexuel(le)s différent(e)s avez-vous eu(e)s?

- a) Sexe masculin _____
- b) Sexe féminin _____

SU12F. Dans les trois derniers mois, avez-vous eu des relations vaginales, orales ou anales avec des femmes ?

1 Oui 2 Non ⇒ Si Non, Passer à la question SU12N

SU12G. Dans les trois derniers mois, combien de partenaires femmes avez-vous eues et, parmi celles-ci, combien s'injectaient des drogues?

⇒ Une partenaire régulière est une personne avec qui l'on a été pendant plus de trois mois. Cette relation ne doit pas être dans un contexte de prostitution, avec échange d'argent.

⇒ Une partenaire occasionnelle est une personne avec qui l'on a été pendant moins de trois mois. Cette relation ne doit pas être dans un contexte de prostitution, avec échange d'argent.

⇒ Lire les choix de réponse et mettre un nombre de **0 à...** dans chaque case.

<input type="text"/>	Partenaire régulière	Combien s'injectaient	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Occasionnelle	Combien s'injectaient	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Cliente	Combien s'injectaient	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Femme dont vous étiez le/la client(e) (prostituée)	Combien s'injectaient	<input type="text"/>

SU12H. Dans le dernier mois, à quelle fréquence avez-vous utilisé un condom (masculin ou féminin) avec vos partenaires sexuelles féminines (régulières/occasionnelles/clientes/femmes dont vous étiez un(e) client(e)) ?

⇒ Remplir les 3 lignes pour les partenaires régulières, puis les 3 lignes pour les occasionnelles, etc.

Types de partenaires	Relations sexuelles	Fréquence de l'utilisation d'un condom au cours du dernier mois			
		8- Pas eu de relation	0- Jamais	1- Parfois	2- Chaque fois
Régulières	Vaginales				
	Orales				
	Anales				
Occasionnelles	Vaginales				
	Orales				
	Anales				
Clientes	Vaginales				

Types de	Relations	Fréquence de l'utilisation d'un condom au cours du dernier mois			
		Orales			
	Anales				
Dont vous êtes un(e) client(e)	Vaginales				
	Orales				
	Anales				

SU12I. Dans le dernier mois, avez-vous eu des relations sexuelles vaginales, orales ou anales avec des femmes porteuses du VIH ?

1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas ⇒ Si Non ou Ne sait pas, passer à la question SU12K

SU12J. À quelle fréquence avez-vous utilisé un condom ?

- 1 Jamais
2 Parfois
3 Chaque fois

SU12K. Dans le dernier mois, avez-vous eu des relations sexuelles vaginales, orales ou anales avec des femmes porteuses du VHC?

1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas ⇒ Si Non ou Ne sait pas, passer à la question SU12M

SU12L. À quelle fréquence avez-vous utilisé un condom ?

- 1 Jamais
2 Parfois
3 Chaque fois

SU12M. Dans le dernier mois, lors de vos relations sexuelles vaginales, orales ou anales avec des femmes, à quelle fréquence avez-vous été sous l'influence de l'une ou l'autre des drogues et substances psychoactives suivantes ?

	0- Jamais	1- Parfois	2- Chaque fois
Cocaïne, crack et freebase			
Drogue principale du dernier mois, si autre que la cocaïne (_____)			
Stimulants de type amphétamines, méthamphétamines ou autre comme le Ritalin			
Autres drogues et substances psychoactives pour usage non médical			

SU12N. Dans les trois derniers mois, avez-vous eu des relations vaginales, orales ou anales avec des hommes ?

1 Oui 2 Non ⇒ Si Non, passer à la section suivante.

SU12O. Dans les trois derniers mois, combien de partenaires hommes avez-vous eus et, parmi ceux-ci, combien s'injectaient des drogues?

⇒ Un partenaire régulier est une personne avec qui l'on a été pendant plus de trois mois. Cette relation ne doit pas être dans un contexte de prostitution, avec échange d'argent.

⇒ Un partenaire occasionnel est une personne avec qui l'on a été pendant moins de trois mois. Cette relation ne doit pas être dans un contexte de prostitution, avec échange d'argent.

⇒ Lire les choix de réponse et mettre un nombre de **0 à...** dans chaque case.

	Partenaire régulier	Combien s'injectaient	
	Occasionnel	Combien s'injectaient	
	Client	Combien s'injectaient	
	Homme dont vous étiez le/la client(e) (prostitué)	Combien s'injectaient	

SU12P. Dans le dernier mois, à quelle fréquence avez-vous utilisé un condom (masculin ou féminin) avec vos partenaires sexuels masculins (réguliers/occasionnels/clients/hommes dont vous étiez un(e) client(e)) ?

⇒ Remplir les 3 lignes pour les partenaires réguliers, puis les 3 lignes pour les occasionnels, etc.

Types de partenaires	Relations sexuelles	Fréquence de l'utilisation d'un condom au cours du dernier mois			
		8- Pas eu de relation	0- Jamais	1- Parfois	2- Chaque fois
Réguliers	Vaginales				
	Orales				
	Anales				
Occasionnels	Vaginales				
	Orales				
	Anales				
Clients	Vaginales				
	Orales				
	Anales				
Dont vous êtes un(e) client(e)	Vaginales				
	Orales				
	Anales				

SU12Q. Dans le dernier mois, avez-vous eu des relations sexuelles, vaginales, orales ou anales avec un ou des hommes porteurs du VIH ?

1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

⇒ Si Non ou Ne sait pas, passer à la question

SU12S.

SU12R. À quelle fréquence avez-vous utilisé un condom ?

- 1 Jamais
 2 Parfois
 3 Chaque fois

SU12S. Dans le dernier mois, avez-vous eu des relations sexuelles, vaginales, orales ou anales avec un ou des hommes porteurs du VHC ?

1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

⇒ Si Non ou Ne sait pas, passer à la question

SU12U.

SU12T. À quelle fréquence avez-vous utilisé un condom ?

- 1 Jamais
- 2 Parfois
- 3 Chaque fois

SU12U. Dans le dernier mois, lors de vos relations sexuelles vaginales, orales ou anales avec des hommes, à quelle fréquence avez-vous été sous l'influence de l'une ou l'autre des drogues et substances psychoactives suivantes ?

	0- Jamais	1- Parfois	2- Chaque fois
Cocaïne, crack et freebase			
Drogue principale du dernier mois, si autre que la cocaïne (_____)			
Stimulants de type amphétamines, méthamphétamines ou autre comme le Ritalin			
Autres drogues et substances psychoactives pour usage non médical			

Combien de piercings avez-vous eus avec un professionnel?

Combien de piercings avez-vous eus avec un non-professionnel?

L'équipement était-il stérile à chaque session? 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

SU14K. Depuis combien de temps suivez-vous ce traitement de Suboxone?

____/____/____

jour semaine mois

SU14L. Quelle est la dose quotidienne actuelle prescrite par votre médecin?

_____ mg.

SU14M. La dose que vous recevez est-elle?

1 Correcte

2 Trop faible

3 Trop forte

La prochaine série de questions concerne la santé psychologique.

SU14N. Est-ce qu'un médecin a déjà diagnostiqué un ou des désordre(s) psychologique(s) (ex. schizophrénie, dépression) ?

1 Oui 2

Non

⇒ Si Oui, Lequel ou lesquels ?

SU14O. Dans les trois derniers mois, avez-vous fait une overdose accidentelle?

1 Oui 2

Non

Si Oui, combien de fois?

À quand remonte la dernière fois?

____/____/____

jour mois année

Avez-vous reçu une attention médicale la dernière fois que c'est arrivé (ambulance, urgence, etc.)?

1 Oui 2

Non

SU14P. Dans les trois derniers mois, avez-vous été hospitalisé pour des problèmes de santé psychologique ?

1 Oui 2

Non

SU14Q. Dans les trois derniers mois, avez-vous profité d'un programme de traitement de jour pour des problèmes de santé psychologique (c'est-à-dire un endroit où vous alliez durant le jour sur une base régulière pour une thérapie ou un traitement, comme un hôpital de jour ou un club psychosocial) ?

1 Oui 2

Non

SU14R. Dans les trois derniers mois, avez-vous profité d'un programme résidentiel Pour des problèmes de santé psychologique (c'est-à-dire un endroit où habiter qui vous a été fourni par un programme en santé mentale tel qu'un appartement supervisé, une famille d'accueil, un pavillon, un foyer de groupe ou un

centre d'accueil) ?

1 Oui 2

Non

SU14S. Dans les trois derniers mois, avez-vous consulté un des professionnels suivants pour des problèmes de santé psychologique :

	Oui	Non
Médecin généraliste ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travailleur(se) social(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travailleur(se) de rue/intervenant(e) d'un organisme communautaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infirmier(ère) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Préciser : _____

⇒ La principale distinction entre le psychiatre et le psychologue est que le psychiatre est médecin et peut prescrire des médicaments.

SU14T. Dans les trois derniers mois, avez-vous pris des médicaments pour votre santé psychologique (par ex. : Rivotril, Ativan, Halcion, Sérax, Xanax, Ritalin, antidépresseurs, etc.)?

1 Oui 2 Non 3 Ne sait

pas

Si oui, pourquoi?	Date de début (peut être avant les trois mois)	Combien de jours par mois en moyenne dans les trois derniers mois	Quels médicaments ou traitements?
3 <input type="checkbox"/> Sevrage	____ jour ____ mois ____ année	_____	_____
4 <input type="checkbox"/> Anxiété	____ jour ____ mois ____ année	_____	_____
5 <input type="checkbox"/> Dépression	____ jour ____ mois ____ année	_____	_____
6 <input type="checkbox"/> Insomnie	____ jour ____ mois ____ année	_____	_____
7 <input type="checkbox"/> _____	____ jour ____ mois ____ année	_____	_____
8 <input type="checkbox"/> _____	____ jour ____ mois ____ année	_____	_____

Pour tous les médicaments pris pour votre santé psychologique :

SU14U. Est-ce que ces médicaments étaient prescrits par un médecin ?

1 Oui 2 Non 3 Parfois Oui/Parfois Non

SU14V. Lorsque les médicaments étaient prescrits par un médecin, les avez-vous pris suivant la dose et la fréquence recommandées ?

- 1 Toujours
- 2 Assez souvent
- 3 Parfois
- 4 Jamais

SECTION 15 : SANTÉ GLOBALE

SU15A. En général, comment est votre santé?

1 Excellente 2 Très bonne 3 Bonne 4 Correcte 5 Mauvaise

SU15B. Dans les trois derniers mois, avez-vous été malade? 1 Oui 2

Non

Avez-vous vu quelqu'un? 1 Oui 2

Non

Si oui, de qui s'agit-il?

1 Travailleur(se) social(e) 4 Programme d'échange de seringues
2 Infirmier(ère) de rue 5 Médecin
3 Travailleur(se) de rue 6 Autre _____

SU15C. Dans les trois derniers mois, avez-vous vu un médecin? 1 Oui 2

Non

⇒ Si la personne répond Non à SU15C, passer à SU15D.

Si oui, lequel ou lesquels?

1 Votre médecin de famille ou un médecin en toxicomanie qui est votre médecin de famille
2 Un médecin dans un CLSC ou dans une clinique qui n'est pas votre médecin de famille
3 Un médecin en toxicomanie qui n'est pas votre médecin de famille
4 Un médecin du sida (Clinique L'Actuel, Quartier latin)
5 Un médecin spécialiste (autre que psychiatre)
6 Un médecin de l'urgence
7 Un psychiatre

Combien de fois avez-vous vu votre médecin de famille?

Combien de fois avez-vous vu les autres médecins?

SU15D. Dans les trois derniers mois, êtes-vous allé(e) à l'urgence d'un hôpital?

1 Oui 2

Non

Si Oui :

SU15D.a) Combien de fois êtes-vous allé(e) à l'urgence ?

1 1
2 2 - 5
3 6 - 10
4 > 10

SU15D.b) Êtes-vous allé(e) à l'urgence pour :

⇒ Cocher toutes les possibilités

1 Intoxication/overdose
2 Idées suicidaires
3 Autres problèmes de santé psychologique (préciser): _____
4 Problèmes physiques :

- 4.1 Abscès
- 4.2 Infection (cellulite, endocardite, arthrite)
- 4.3 Fièvre
- 4.4 Problème pulmonaire aiguë (asthme, pneumonie)
- 4.5 Problème gynécologique ⇒ pour les femmes seulement
- 4.6 Jaunisse
- 4.7 Exposition VIH possible
- 4.8 Autre (préciser) : _____

SU15E. Dans les trois derniers mois, avez-vous été diagnostiqué(e) pour une des maladies suivantes?

Non 1 Oui 2

- 1 Herpès
- 2 Condylomes
- 3 Chlamydia
- 4 Gonorrhée
- 5 Tuberculose
- 6 Syphilis

SU15F. Avez-vous eu une ou plusieurs des hépatites virales suivantes depuis votre dernière entrevue?

- ⇒ Si la personne répond Non ou Ne sait pas pour toutes les hépatites mentionnées, passer à la question SU15G.
- ⇒ Pour chacune des hépatites pour laquelle la réponse est Oui, il faut poser la question concernant la jaunisse puis vérifier si cela s'est produit depuis la dernière entrevue. Finalement, il faut vérifier si c'était dans les trois derniers mois.

Types d'hépatites virales	Si oui, avez-vous eu une jaunisse?		Si Oui, quand était-ce?	
			Depuis votre dernière entrevue	Dans les trois derniers mois
Hépatite A	1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> Non	_____ / _____	
	3 <input type="checkbox"/> Ne sait pas	3 <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Mois Année	
Hépatite B	1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> Non	_____ / _____	
	3 <input type="checkbox"/> Ne sait pas	3 <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Mois Année	
Hépatite C	1 <input type="checkbox"/> Oui	1 <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 <input type="checkbox"/> Non	2 <input type="checkbox"/> Non	_____ / _____	
	3 <input type="checkbox"/> Ne sait pas	3 <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Mois Année	

SU15G. Dans les trois derniers mois, avez vous été en contact avec le sang de quelqu'un d'autre sur votre peau blessée ou sur une muqueuse? 1
 Oui 2 Non

SU15H. Dans les trois derniers mois, avez-vous été vacciné(e) pour :

1 **Hépatite A** 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

Si Oui : Vaccination complétée Vaccination en cours Vaccination non complétée

2 **Hépatite B** 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

Si Oui : Vaccination complétée Vaccination en cours Vaccination non complétée

3 **Twinrix (Hépatites A et B)** 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

Si Oui : Vaccination complétée Vaccination en cours Vaccination non complétée

4 **Pneumovac** 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

Si Oui : Vaccination complétée Vaccination en cours Vaccination non complétée

5 **Anti-grippe :** _____ 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

Si Oui, Quand la dernière fois? _____

6 **Autres :** _____ 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

Si Oui : Vaccination complétée Vaccination en cours Vaccination non complétée

Nous parlons ici des tatouages que vous auriez eus en dehors des périodes de détention.

SU15I.b) Dans les trois derniers mois, avez-vous eu des tatouages?

1 Oui 2 Non 3 Ne se souvient pas/incertain

⇒ Si la personne répond Non ou Ne se souvient pas, passer à la question SU15J.b).

Combien de sessions avez-vous eues avec un professionnel?

Combien de sessions avez-vous eues avec un non-professionnel?

L'équipement était-il stérile à chaque session? 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

SU15J.b) Dans les trois derniers mois, avez-vous eu des piercings?

1 Oui 2 Non 3 Ne se souvient pas/incertain

⇒ Si la personne répond Non ou Ne se souvient pas, passer à la section suivante.

Combien de piercings avez-vous eus avec un professionnel?

Combien de piercings avez-vous eus avec un non-professionnel?

L'équipement était-il stérile à chaque session? 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

pas

SECTION 16 : STATUT VIH ET VHC

La prochaine série de questions porte sur les tests et les traitements liés aux infections par le VIH et le VHC.

SU16A. Avez-vous eu un dépistage de VIH par une prise de sang depuis votre dernière entrevue?

- 1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas ⇒ Si Non ou Ne sait pas, passer à la question SU16D.

SU16B. Quand avez-vous passé votre dernier test pour le VIH par une prise de sang?

- 1 Dernier mois
2 Plus d'un mois, mais 3 mois ou moins
3 Plus de 3 mois, mais 6 mois ou moins
4 Plus de 6 mois, mais 12 mois ou moins
5 Plus de 12 mois
6 Ne sait pas

SU16C. Quel est le résultat de ce dernier test ?

1 Séropositif

⇒ Si coché, demander :

SU16C.b) Êtes-vous en traitement actuellement?

- 1 Oui 2 Non

Si Oui :

Quel pourcentage du temps prenez-vous vos médicaments tels que prescrits?

- 1 0-50% 2 51-80% 3 81-90% 4 >90%

2 Séronégatif

3 Indéterminé

4 En attente du résultat

5 N'est pas allé(e) chercher son résultat

6 Refus

SU16C.c) Depuis votre dernière entrevue, avez-vous passé un test pour mesurer la charge virale, c'est-à-dire pour savoir si le virus du VIH est actif ?

- 1 Oui 2 Non

⇒ Si Non, passer à la question SU16D.

SU16C.d) Quel est le résultat de la charge virale du dernier test que vous avez passé?

- 1 < 50 copies d'ARN VIH/ml
2 ≥ 50 copies d'ARN VIH/ml
3 Ne sait pas

SU16C.e) À quand remonte ce test de charge virale du VIH ?

- 1 Dernier mois
2 Plus d'un mois, mais 3 mois ou moins
3 Plus de 3 mois, mais 6 mois ou moins
4 Plus de 6 mois, mais 12 mois ou moins
5 Plus de 12 mois
6 Ne sait pas

⇒ Si la personne a répondu 2, 3, 4, 5 ou 6 (elle n'est pas séropositive ou ne le sait pas encore) à la question SU16C, poser la question SU16D.

SU16D. Dans les trois derniers mois, avez-vous reçu un traitement post-exposition (PPE) pour le VIH?

1 Oui 2 Non

Le traitement a-t-il été complété?

1 Oui 2 Non 3 En cours

SU16E. Avez-vous eu un dépistage pour les anticorps contre le virus de l'hépatite C (VHC) par une prise de sang depuis votre dernière entrevue?

1 Oui 2 Non 3 Ne sait pas

SU16F. Quand avez-vous passé votre dernier test pour les anticorps contre le virus de l'hépatite C (VHC) par une prise de sang ?

- 1 Dernier mois
- 2 Plus d'un mois, mais 3 mois ou moins
- 3 Plus de 3 mois, mais 6 mois ou moins
- 4 Plus de 6 mois, mais 12 mois ou moins
- 5 Plus de 12 mois
- 6 Ne sait pas

SU16G. Quel est le résultat de ce dernier test ?

1 Séropositif

⇒ Si coché, demander :

SU16G.a) Depuis votre dernière entrevue, avez-vous passé un test pour mesurer la charge virale, c'est-à-dire pour savoir si vous êtes porteur(se) du virus ?

1 Oui 2 Non

⇒ Si Non, passer à la question SU16H

2 Séronégatif

3 Indéterminé

4 En attente du résultat

5 N'est pas allé(e) chercher son résultat

6 Refus

SU16G.b) Quel est le résultat de la charge virale ?

- 1 < 2 millions de copies d'ARN VHC/ml
- 2 > 2 millions de copies d'ARN VHC/ml
- 3 Positif pour ARN
- 4 Négatif pour ARN
- 5 Ne sait pas

SU16G.c) À quand remonte ce test de charge virale du VHC ?

- 1 Dernier mois
- 2 Plus d'un mois, mais 3 mois ou moins
- 3 Plus de 3 mois, mais 6 mois ou moins
- 4 Plus de 6 mois, mais 12 mois ou moins
- 5 Plus de 12 mois
- 6 Ne sait pas

SU16H. Avez-vous suivi un traitement pour l'hépatite C depuis votre dernière entrevue?

⇒ Vérifier la date de la dernière entrevue et la donner à la personne.

1 Oui

2 Non

⇒ Si Non, passer à la section suivante

SU16H.b) De quel type de traitement s'agissait-il?

1 Interféron seul pour hépatite aiguë

- 2 Interféron seul pour hépatite chronique
- 3 Interféron et Ribavirine
- 4 Peg-interféron seul pour hépatite aiguë
- 5 Peg-interféron et Ribavirine
- 6 Ne sait pas
- 7 Autre (préciser): _____

SU16H.c) Quand a-t-il débuté?

Année	Jour	Mois

SU16H.e) Combien de temps a-t-il duré?
traitement

/		
Jour	Mois	<input type="checkbox"/> Encore en

SU16H.f) Quel a été le résultat?

- 1 Guéri(e)
- 2 Toujours infecté(e)
- 3 En cours
- 4 Abandon
- 5 Ne sait pas

SECTION 17 : JOURNAUX

LES QUESTIONS SUIVANTES DÉTAILLENT VOTRE CONSOMMATION DE DROGUES DES SEPT JOURS QUI ONT PRÉCÉDÉ VOTRE DERNIER JOUR DE CONSOMMATION DANS LE DERNIER MOIS.

SU17A. Quelle était la date de votre dernier jour de consommation dans le dernier mois?

____/____/____
 Jour Mois Année

- | | | | |
|-----------------------------------|-------------------|------------------------|-------------------------------|
| 1 Alcool | 6 Cocaïne sniffée | 13 Amphétamines IV | 18b Drogues psychédéliques IV |
| 2 Héroïne IV | 7 Speedball | 14 Barbituriques | 19 Autres médicaments |
| 3 Héroïne fumée ou sniffée | 8 Suboxone | 15 Barbituriques IV | 20 Autres médicaments IV |
| 4a Cocaïne IV (poudre) | 9 Méthadone | 16a Tranquillisants | 21a Autres drogues |
| 4b Cocaïne IV (à partir du crack) | 10 Autres opiacés | 16b Tranquillisants IV | 21b Autres drogues IV |
| 5a Cocaïne fumée (poudre) | 11 Autres opiacés | 17 Marijuana, Hashish | |

	<small>1 jour avant</small>	<small>2 jours avant</small>	<small>3 jours avant</small>	<small>4 jours avant</small>	<small>5 jours avant</small>	<small>6 jours avant</small>	<small>7 jours avant</small>
Date (jour) 5b Cocaïne fumée (freebase, crack)	12 Amphétamines	18a psychédéliques	Drogues				

Drogues							
Nombre d'injections							
Nombre d'injections avec seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre							
Nombre d'utilisation de matériels d'injection déjà utilisés par quelqu'un d'autre							
Nombre de visites au programme d'échange de seringues							
Nombre de seringues reçues lors de la visite au programme d'échange de seringues							
Nombre de relations sexuelles							

SU17B. Les questions suivantes détaillent votre consommation de drogues au moment où vous avez reçu votre dernier chèque mensuel ou le chèque significatif du mois (même si vous ne le recevez pas vous-même).

- | | | | |
|------------------------------------|----------------------|----------------------------|-------------------------------|
| 1 Alcool | 6 Cocaïne sniffée | 13 Amphétamines IV | 18b Drogues psychédéliques IV |
| 2 Héroïne IV | 7 Speedball | 14 Barbituriques | 19 Autres médicaments |
| 3 Héroïne fumée ou sniffée | 8 Suboxone | 15 Barbituriques IV | 20 Autres médicaments IV |
| 4a Cocaïne IV (poudre) | 9 Méthadone | 16a Tranquillisants | 21a Autres drogues |
| 4b Cocaïne IV (à partir du crack) | 10 Autres opiacés | 16b Tranquillisants IV | 21b Autres drogues IV |
| 5a Cocaïne fumée (poudre) | 11 Autres opiacés IV | 17 Marijuana, Hashish | |
| 5b Cocaïne fumée (freebase, crack) | 12 Amphétamines | 18a Drogues psychédéliques | |

	Les 2 jours précédant le chèque	Le jour du chèque et le lendemain
Drogues consommées durant les deux jours		
Nombre d'injections durant les deux jours		
Nombre d'injections avec seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre durant les deux jours		
Nombre d'utilisation de matériel d'injection déjà utilisé par quelqu'un d'autre		
Nombre de consommations d'alcool durant les deux jours		
Étiez-vous dans votre propre logement/refuge? Oui = 1 Non = 2		

INFORMATIONS SUR L'ENTREVUE

Date de l'entrevue : _____ / _____ / _____
JR MS AN

Heure de l'entrevue : _____

Durée de l'entrevue : _____ min.

Lieu de l'entrevue : _____

Intervieweur :

MARYSE MÉLANIE MARIE-ÈVE GENEVIÈVE Autre : _____

Commentaires du participant :

Commentaires de l'intervieweur quant aux conditions de l'entrevue (incompréhension, impatience, agressivité, etc.) :

Appréciation par l'intervieweur de la véracité des réponses données par le participant :

Réponses très plausibles Réponses moyennement plausibles Réponses peu plausibles

Signature de l'intervieweur :

Annexe B : Formulaires de consentement et approbations éthiques

(Début à la page suivante)

RESEARCH STUDY CONSENT FORM

The hepatitis C and HIV virus complex dynamics among injection drugs users: a comprehensive approach.

Main Co-researchers: D^{re} Julie Bruneau (CHUM) and D^{re} Élise Roy (Université de Sherbrooke)

**Co-researchers: Michal Abrahamowicz (McGill's University)
Jean-François Boivin (Jewish General Hospital Montréal)
Mark Daniel (CHUM)
Naglaa Shoukry (CHUM)**

Institution : Centre de recherche du CHUM

Funding providers : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ)

INFORMATION

You are invited to participate in a research study pertaining to Hepatitis C (HCV) and human immunodeficiency (HIV) virus transmission among injection drug users (IDUs). Before you agree to participate, we will read with you the information pertaining to your participation in the research study project. We ask that you take a moment to reflect upon it and ask any question you might deem useful from the researchers or the research team members and to ask them to explain any detail which is not clear to you.

1. RESEARCH STUDY PROJECT DESCRIPTION

1.1. Research study rationale

Hepatitis C (HCV) infection (infection causing severe liver damage) is a blood transmitted disease. Drug injection with contaminated syringes has become the main vector of transmission in Canada. In Montreal, around 70% of IDUs have been exposed to the hepatitis C virus and an important proportion of them are infected with it.

You probably have heard about HIV infection and Aids (acquired immunodeficiency syndrome). HIV attacks the bodies' defense system and is transmitted via blood and mucous tissue, during sexual relations or injection drug use with contaminated syringes. In Montreal, the proportion of infected IDUs is estimated at 17%.

The results of this research study could lead to a better comprehension of HCV and HIV transmission mechanisms among IDUs and allow for a better planning of IDUs prevention programs for example, safe injection rooms programs. They could also serve to increase

CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

HÔTEL-DIEU (Siège social)
3840, rue Saint-Urbain
Montréal (Québec)
H2W 1T8

HÔPITAL NOTRE-DAME
1560, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec)
H2L 4M1

HÔPITAL SAINT-LUC
1058, rue Saint-Denis
Montréal (Québec)
H2X 3J4

knowledge concerning HCV treatment and contribute to the international effort towards hepatitis C vaccine development.

You are asked to participate in this research study from which blood samples and data acquired will constitute a data base.

1.2. Purpose of the study

This research study project aims at individual and contextual risks of contracting hepatitis C (HCV) and HIV virus. We want to diversify the fields of application of research in order to study HCV and HIV prevalence among injection drug users (IDUs).

Our research objects: i) obtain a better understanding of risk behaviour and context associated to the incidence of HCV and HIV infection; ii) examine the behaviours, contexts, and biological factors associated with early stage hepatitis C infection, including spontaneous resolution and viral response to hepatitis C antiviral treatment; iii) estimate of the rate and evaluation of behaviour, context and biological factors associated with HCV re-infection.

2. RESEARCH STUDY METHODOLOGY

2.1. Intervention

This research study is a cohort research study, we wish to follow at regular intervals injection drug users which test negative to HCV at the time of their entry in the study or who seroconverted to hepatitis C, while already being seen at the St. Luc Cohort. A questionnaire and blood tests constitute the interview.

During a pre-selection interview, or screening, you will have to answer questions seeking to determine your eligibility, according to the criteria of the study. If need be, the nursing personnel will ask you for a blood sample to verify your hepatitis C infection status.

Following the pre-selection interview, if you are not included in the research study, the nursing staff will direct you towards programs suitable to your needs and the initial interview will be the only one we do with you.

Following the pre-selection interview, if you are admissible to the research study, you will meet the research staff every three months. At each of your visits, you will be asked to:

1. Complete a questionnaire. The questionnaire necessitates 1 hour and a half for the first interview and roughly 45 minutes for the follow-up questionnaire. The questionnaire will pertain to your knowledge about HCV and HIV, your general state of health, your drug use history, your injection behaviour and your sexual practices. It will also examine socio-demographics data (age, gender, place of birth, income, place of residence via your postal code, etc.).
2. Perform blood tests. A sample of 60 to 80 cc (12 to 16 teaspoons) of blood will be drawn at each visit to:

- Search for antibodies for virus causing aids (HIV-1, HIV-2), hepatitis (hepatitis A, B, C, E, non-A, non-B, non-C, non-E) and HTLV-1;
- Study lymphocyte populations in the blood (blood's white globule which defend us against virus);
- Cytokines (white globule's messenger) produced by lymphocytes;
- Study HCV and its components;
- Study HIV and its components;
- Genetics analysis of your blood pertaining to HCV and HIV virus. We will ask you to consent that genetics analysis (mainly interleukine 28B for HCV and CCR5 for HIV be done on your blood samples).

3. Authorize us to contact you about any other pertinent research study. Participation to other research studies is completely independent from participation in the main research study and you will have to sign a consent form for any of them you wish to participate in.

2.2. Screening test results

Before collecting your blood, the nursing staff will discuss the advantages and disadvantages of learning HCV and HIV screening tests results, for you. Once the nursing staff will have received screening tests results, you will come back to the research study site for them to communicate the results to you. Counselling and help will be offered if you wish for it. This result will not be consigned to your medical records nor transmitted to your doctor unless you ask for it in writing. However, you have to know that hepatitis C and HIV are subject to mandatory declaration to Santé publique.

Other screening test results on your blood samples will not be communicated to you because they will be done for research purpose only.

Under exceptional circumstances where the nursing staff is not available, it is possible that we can not draw your blood and offer adequate counselling immediately. We will then ask you to provide a sample of your saliva which will be used to confirm your serological status. This consists in acquiring a sample of your saliva, using a swab, for the purpose of HCV and HIV screening. This test does not carry any risk, besides the discomfort of keeping this swab in your mouth for 120 seconds.

These saliva tests are not as sensitive as blood tests and can be used solely for research purpose. For this reason, we will not be able to give you results. However, we will give you another appointment for your regular blood test and you can, then, get the pre and post-testing counselling which accompany screening for HCV and HIV. Furthermore, if you would like to know your HCV and HIV status as soon as possible, the Cohort's team can refer you, for faster results, towards appropriate agency.

2.3. Follow-up

The research study team will get in touch with you thanks to the coordinates you provide them with. We will ask you, at each and every meeting, to update information. The research team person which will try to reach you will make sure not to reveal the research study objects if they

reach anyone else but you. We will also attempt to contact you with the help of information the people you have identified as contacts will provide us with.

2.4. Research study blood drawing site

We will ask you to come meet a research study nursing staff member either on research study site (CHUM Research Center) or any other site the research study staff is holding interviews.

3. SAMPLE CONSERVATION

3.1. Data encoding

We will protect the confidentiality of the samples and interview data by assigning them a specific code. The decoding can only be done by main co-researchers or a person mandated by them.

3.2. Term and conservation site of data

If you are not included in the study after the pre-selection stage, your blood sample will be kept for three months before being destroyed. If you are included in the study, as your data are extremely precious to understand HCV and HIV transmission mechanisms and taking into consideration the necessary time to come to conclusive results, it is essential to be able to treat and conserve your samples and the information contained in the questionnaire for an indeterminate period. The samples will be frozen and conserved either at CHUM, at l'Institut de Recherche Clinique de Montréal (Montreal's clinical research institute) or at Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université McGill's laboratory (McGill University's hospital's laboratory), under Drs Julie Brureau and Naglaa Shoukry's responsibility. The information contained in the questionnaire will be kept in a locked room and their electronic version will be inscribed in a data base inside a password protected computer.

Your samples will be destroyed when the scientific research progress will not require this type of research data anymore.

3.3. Research studies conducted with the help of your samples

Your blood samples will only be used to meet the objects of this research study. The samples will permit Quebec based scientists, and more seldom, Canada or other countries based scientists, to effect basic research studies (in virology and immunology). These research studies will first have been approbated by the researcher's respective institutions then reviewed and approbated, if need be, by the co-researchers of the present research study.

Any researcher wanting to do a research study based on this studies' data will have to sign an agreement to respect the objects of the research study and confidentiality of the data as stated under item number 6.

4. ADVANTAGES

You will not gain any personal benefit from participating in the research study. However, the results obtained will contribute to the advancement of scientific knowledge in HCV and HIV domains which might prove useful in the future. Dr Bruneau and her appointee might also give

you all the information necessary for you to better understand HCV and HIV infections as well as information on the transmission modes of the virus.

5. RISKS

5.1. Physical risks

Even though blood drawing does not cause major problems for most people, they can cause bleeding, bruising, malaise, fainting, infections and /or pain at prick point.

5.2. Socio-economics risks

One of the risks associated to your participation in the research study project is the disclosure of your test results or your participation to a third party. The fact of participating in research study projects, particularly when they comprise genetics analysis, might possibly compromise or diminish your chances of getting insured or of obtaining certain jobs, in some cases.

6. CONFIDENTIALITY

The research study data themselves or combined to data from other research studies, might be shared with other researchers participating in the research study. This information transfer implies that your data might be transmitted to other researchers in Quebec, Canada and other countries, in respect of the rules of confidentiality described in this consent form, and this is valid for any country.

Data from the research study might be published in scientific journals or shared with other people at scientific discussion. No publication or scientific communication will include anything which might permit your identification.

Unless you specifically authorize it, a Court orders it or Law requires it, your personal results will not be accessible to third parties like an employer, a government agency, an insurer, a financial institution or an education institute. The same rule applies to your spouse and, should the case occur, the other members of your family.

For means of surveillance and control, your file might be consulted by a person appointed by the CHUM research ethics committee, by the persons representing the funding organisations (IRSC) and/or monitoring organisations appointed by these organisations, by a person appointed by the government and lawfully habilitated, by authorized health organisations like Santé Canada. All those people and agencies are bound by a confidentiality policy. In case your file has to be examined, it will be done in the presence of one of the co-researchers or one of their appointed people. However, Hepatitis C and HIV being subject to mandatory declaration, we are obligated to reveal your name and some information to the Direction de la santé publique du Québec (Loi sur la santé publique, L.R.Q., c. S-2.2) to epidemiological ends.

7. RESULTS COMMUNICATION

Every effort will be deployed to transmit to you, as well as your physician, any information about available treatments, including within the limits of a therapeutic protocol.

8. VOLUNTARY PARTICIPATION AND POSSIBILITY OF INTERRUPTION

You are free to participate or not in the research study. You can also decide to interrupt your participation at any moment. You have the right to ask to the head of the research study to withdraw your samples at any time. Your decision will be respected without penalty or loss of advantages.

The researchers and/or the CHUM ethics committee and/or a governmental agency could interrupt this research study without your consent. If this should happen, we will explain the reasons.

9. COMPENSATION

If need be, the sum of 10,00\$ will be given to you after the pre-selection interview, when you will come to learn the results of the test. Then, at each meeting that you are asked to answer a questionnaire, a 20,00\$ stipend will be given to you in order to compensate for your time and transportation. You will receive a stipend of 5,00\$ when you come to get your test results in the time decided upon by the research personnel.

If, in the exceptional occurrence of nursing staff unavailability, we should have to do a saliva test to know your serologic status, you will receive as usual your 20,00\$ stipend for your participation to the interview. On your next appointment for the blood drawing itself, you will get another 20,00\$ stipend.

If we have to go to a penitentiary to effect an interview, there will be no money given, in conformity with Directive du commissaire 009 « Aucune récompense ne doit être offerte aux délinquants qui participent à un projet de recherche » (No stipend should be handed to delinquents participating in a research study project). If the interview takes place in a prison, the sum will be deposited into your cafeteria account. Your participation to the research study project will not exert any influence on the rest of your incarceration term.

If you should suffer any prejudice from participating in the research study, you would receive all the care and services required by your state of health, without any costs to you. No fund has been provided towards automatic indemnification for prejudices resulting from treatments or procedures bound to the research study.

10. LEGAL RIGHTS

By signing this consent form you do not in any way renege your legal rights nor do you free the researchers, the hospital or the funding agency from their civil and professional liability.

11. ALTERNATIVE TREATMENT

You do not have to participate in this research study to have a right to be tested for Hepatitis C, HIV or receive other follow-ups or care.

12. ETHICAL ASPECTS OF THE RESEARCH STUDY PROJECT'S SURVEILLANCE

The CHUM's Ethics Committee has given approval to this project and will follow up on it. Moreover, it will have to give assent to any revision or modification to the information and research study consent form to participate in the research study.

13. RESOURCE PERSONS

If you wish to obtain additional information on HCV, HIV or more support, the research team members can refer you to relevant agencies.

If you have questions concerning this research study and its progress, you can contact, on workable days and times, D^{re} Julie Bruneau at (514) 890-8000 extension 35713 or D^{re} Élise Roy at (450) 463-1835 extension 61823 and, in between workable days and times, at (514) 890-8300 (Hôpital St-Luc's Emergency service, CHUM).

If you have any questions about your rights as a participant in this research study, and wish to discuss them with a person outside the research study, you can reach the commissaire local adjoint à la qualité des services de l'Hôpital (Service quality of hospital care's assistant commissioner):

- Either at Hôpital St-Luc : 514-890-8000, extension 36366
- Or Hôpital Hôtel-Dieu : 514-890-8000, extension 12761
- Or Hôpital Notre-Dame : 514-890-8000, extension 26047

CONSENT

The hepatitis C and HIV virus complex dynamics among injection drugs users: a comprehensive approach

I declare having read the present consent form, particularly the part about the nature of my participation in the research study project and the span of risks it might entail. I vouch research study staff have explained the research study project, answered my questions and I have been allowed time enough to make a decision.

I accept that genetics analysis to be effected from my blood samples.

Check the right box: Yes No

I freely and voluntarily consent to participate in this research study project. I will be given a signed copy of the present form.

By signing the present form I, in no way, renege my legal rights nor do I free the researcher, the hospital or the funding agency of their legal and professional responsibility.

Name of subject: _____ Date : _____

Signature : _____

Name of witness: _____ Date : _____

(If necessary)

Signature : _____

We certify that the nature of this research study project as well as the content of the present form has been explained to the subject, that his (her) questions have been answered to the best of our knowledge and that we have indicated that the subject is free to end his (her) participation to the research project at any time. A copy of the present document is handed to him (her).

Name of researcher: _____ Date : _____

Signature : _____

Name of appointed person : _____ Date : _____

Signature : _____

CONSENT FORM

BLOOD SAMPLES AND ASSOCIATED DATA ON HEPATITIS C AND HIV INFECTIONS FOR RESEARCH PURPOSES (Hepco)

This bank is administered with due diligence by the direction for the infection, immunology and inflammation axis of the CHUM's research Centre with the help of funding from Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ)

Bank coordinator : D^{re} Julie Bruneau

Collaborators: Naglaa Shoukry (Ph.D.), researcher at the CHUM's St-Luc's Hospital hepatology service.

1. DEFINITIONS

In biomedical research, any organ, tissue or other biological substance (for example blood, urine, etc.) sampled from a person is called **biological sample**. **Serum** represents the liquid part of blood. **Genes** are molecules which hold all transmissible genetics information allowing body cells' efficiency, as well as permitting those cells to fight off the numerous aggressions to which our body is subjected. Our genes also provide the information which determines our hereditary characteristics, like the colour of our eyes or our blood group. This genetic information is inscribed in **DNA**. It corresponds to phrases written in a four letter alphabet, the genetics code, which will be translated into proteins with the help of a messenger (**RNA**). These proteins which constitute our body are indispensable to the smooth running of the individual. Germs (viruses) or present toxin in our environment (tobacco, alcohol, drugs) can activate abnormalities of this code, even a single letter in the sentence, which could facilitate the appearance of diseases. Numerous studies are still necessary in order to identify immunity mechanisms which might influence progression of tissue damage and emergence of sicknesses.

2. JUSTIFICATION OF THE BANK OF BIOLOGICAL SAMPLES

Hepatitis C (HCV) (infection affecting the liver) is a blood transmitted infection. In Canada, drug injection with contaminated syringes has become the main vector of infection. In Montreal, close to 70% of injection drug users (IDU) were exposed to the Hepatitis C virus and an important number of them are infected.

You probably have already heard about HIV infection and AIDS (Acquired immunodeficiency syndrome). HIV results in an impairment of the organism's defence system and is passed on by blood and the mucous membranes, as during the sexual relations and by injections with contaminated syringes. In Montreal, the IDU's infection rate is estimated at 17%.

CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

HÔTEL-DIEU (Siège social)
3840, rue Saint-Urbain
Montréal (Québec)
H2W 1T8

HÔPITAL NOTRE-DAME
1560, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec)
H2L 4M1

HÔPITAL SAINT-LUC
1058, rue Saint-Denis
Montréal (Québec)
H2X 3J4

The outcomes of this study might provide a better understanding of HCV and HIV transmission mechanisms in IDUs and allow for a better IDUs' prevention programs planning like safe injection supervised sites. They could also contribute in the development of HCV treatment knowledge and the international efforts to develop Hepatitis C vaccine.

You are invited in this research among which the samples of blood and the meditative data will serve to constitute a database.

3. OBJECTIVES OF THE BANK OF BIOLOGICAL SAMPLES

The object of this bank is to provide the researchers with biological samples as well as some medical data necessary for research findings interpretation. If you decide to participate in this bank of biological samples and data, biological samples and associated data will only be used by researchers whose research project will have been approved by the committee of ethics of the research for their institution.

4. PROCEDURES

4.1. Intervention

This research study is a cohort research study, we wish to follow at regular intervals injection drug users which test negative to HCV at the time of their entry in the study or who seroconverted to hepatitis C, while already being seen at the St. Luc Cohort. A questionnaire and blood tests constitute the interview.

During a pre-selection interview, or screening, you will have to answer questions seeking to determine your eligibility, according to the criteria of the study. If need be, the nursing personnel will ask you for a blood sample to verify your hepatitis C infection status.

Following the pre-selection interview, if you are not included in the research study, the nursing staff will direct you towards programs suitable to your needs and the initial interview will be the only one we do with you.

Following the pre-selection interview, if you are admitted into the research study, you will meet the research team every three months. At each visit, you will be expected to :

1. Answer a questionnaire. The questionnaire takes one hour and a half for the initial interview and around 45 minutes for the follow-up questionnaires. The questionnaire will examine your knowledge about HCV and HIV, your general state of health, your drug use history, your injection behaviour and sexual behaviour. It also contains socio-demographics questions (age, gender, place of birth, income, place of residence via postal code, etc.)
2. Draw 60 to 80 cc of blood (12 -16 teaspoons) to:

- search for HIV virus antibodies (HIV-1, HIV-2), hepatitis (hepatitis A, B, C, E, non-A, non-B, non-C, non-E) and Human T-lymphotropic virus Type I (HTLV-1);
 - study the blood lymphocytic population (white blood cells which defend us from virus);
 - cytokines (white cell's messengers) produced by lymphocytes;
 - the study of HCV and its constituents;
 - the study of HIV and its constituents;
 - genetic analysis of your blood in connection with HCV and HIV virus. You will be asked to provide consent for genetic analysis to be effected from your blood samples.
3. Authorize us to contact you about other research studies. Participation to other studies is completely independent from your participation to the main research study and you will be required to sign consent forms for each of the research studies in which you chose to participate.

4.2. Blood tests results

Before the blood test, the nursing personnel will discuss with the advantages and disadvantages of receiving the HIV and HCV test results. Once the personnel has received the test results, you will have to come back to the research site for them to give you the results. You will be offered counselling and assistance if you wish for them. The test results will not be included in your medical file nor transmitted to your physician unless you give written consent. However, you have to realize Hepatitis C and HIV infections are both subject to mandatory declaration at the Santé publique.

Other test results will not be passed on to you as they are made strictly for research purposes.

5. BIOLOGICAL SAMPLES STORING

5.1. Data identification

We protect blood tests data and interview questionnaires by assigning them a specific code. The unveiling of the code can only be done by the main co-researchers or a person designated by them.

5.2. Duration and place of storage of the data

If you are not included in the study after the pre-selection stage, your blood sample will be kept for three months before being destroyed. If you are included in the study, as your data are extremely precious to understand the transmission of the HCV and the HIV and given necessary time to obtain decisive results, it is essential to be able to treat and preserve your samples and the information collected by questionnaire during an indefinite period of time. The samples will be frozen and stored either at the research center of Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM), D^r Nicole Bernard's laboratory, at Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université McGill, at D^r Éric Cohen's laboratory, at the Institut de Recherche Clinique de Montréal, under the responsibility of Drs Julie Bruneau and Naglaa Shoukry. The information

collected in the questionnaires, will be stored in a locked room and their electronic versions will be copied in a data base protected by password.

Your blood samples will be destroyed whenever scientific progress will render this type of research obsolete.

5.3. Researches done from your data

Your blood samples will solely be used to answer this research study's objectives. The samples will allow scientists based in Quebec province, more rarely in Canada or other countries, to do fundamental research (virological and immunological). Those researches will have been approved, beforehand, by the ethics committees of the researchers' respective institution and then revised and accepted, if necessary, by the co-researchers of the present research study.

Any researcher wishing to examine the data of this study will, beforehand, have to make a commitment in writing to respect the purposes of this study and the confidentiality of the data.

6. BENEFITS

You will not gain any personal benefits from participating in this research study. However, the results obtained will greatly contribute to the advancement of scientific knowledge in the HIV and HCV fields which could be useful in the future. D^{re} Julie Bruneau or her designated person could also give you any information necessary for better understanding HIV and HCV infections as well as information on virus' modes of transmission.

7. RISKS

7.1. Physical risks associated with the research study

Even though blood tests do not cause major problems for most people, they might lead to bleeding, bruising, discomfort, dizziness, infections and/or pain in the area of the pricking point.

7.2. Socio-economics risks associated with the research study

As of now, it is hard to evaluate the specific risks associated with participating in a data and biological samples' bank. One of the risks associated with a research study such as this one, is tied with the disclosure of test results or of your participation to third parties. The fact of participating in research studies, in particular when they include genetic analyses, could jeopardize, in certain cases, or diminish your chances of obtaining insurances or of getting some types of jobs.

All personal data obtained from you in the course of this research study will be treated confidentially as well as the research outcomes that will ensue.

8. CONFIDENTIALITY

8.1 Biological samples

We will protect your biological samples' confidentiality by assigning a specific code upon arrival at the laboratory. Your identity and this unique code will be consigned in a register. Only the specific code will permit connection between the medical data and the research outcomes to

the biological samples. With these precautions, only the person responsible for the samples' bank or his (her) designated person can link the research study outcomes and yourself.

Furthermore, the information regarding yourself and the results of tests done from your biological samples will strictly be used for scientific purposes. The results might be used for article writing in scientific journals, allowing essential scientific research advances. Your identity will never be revealed and those articles will not contain any information that would lead to your identification or your whereabouts.

If biological samples have to be transmitted to a researcher not directly tied to the bank, only the necessary materials and data required for realisation of the research will be transmitted anonymously. Nominative data will not, under any circumstances be revealed.

8.2 Associated data

This register as well as this participation consent will be kept at all times under lock at bank's responsible person's premises. This register is computerized and will be protected by a secure access allowing identification of an authorized user and will solely be accessible to the person responsible for the bank and his (her) immediate collaborators, who are bound by professional secrecy.

The information in your research file will be confidentially acquired. They will be associated to the same code as your biological samples. All the data will be computerized and protected with a secure access solely accessible to authorized members of the bank. Access to the data will be strictly controlled by the person responsible for the bank or his (her) designated person which will be responsible for delivering access authorisations.

9. RULES OF USE

The person responsible for the bank will transfer the biological sample and associated data to researchers who will ask only if their research study project has been evaluated and approved by their research ethics committee. Access to encoded biological samples will be granted inside a precise procedures, mentioned in FRSQ's network procedures for the « Banque de tissus et de données »'s axis.

10. CONFLICTS OF INTERESTS

The person responsible for the bank will diligently evade all situations of conflict of interests. Any researcher using bank's samples will have to reveal if he (she) is receiving or has financial interests in his (her) research project's funding organisation. His (her) institution's ethics committee will then decide if there is a conflict of interests or not.

11. COMMERCIALISATION

Your biological samples cannot be sold. It will solely be used to research ends. However, costs covering management and maintenance of the bank might be asked of external researchers for its use.

Analysis of your blood samples might lead to the development of commercial products from which you will not get any financial advantages. Those financial advantages will be split between the researcher and the biological samples' bank according to a protocole of agreement between both parties. Any benefits perceived by the institution managing the bank will be invested in general managing and maintenance of the bank's cost.

12. INFORMATIONS ABOUT RESULTS

The research study requires a lot of time. This is why we will not be able to give you results immediately.

However, in case the research study should provide scientifically validated data, pertinent to your health condition and eventual treatment, if you wish, you will be contacted by a healthcare professional. If you wish to know your personal status concerning this information, the results can only be revealed to you after being confirmed by a new clinical test.

If the information obtained might have an impact on your family members' health, and in the event of your death or any incapacitation preventing you from coming to get your results, you could authorize a healthcare specialist to contact one or more of your designated family members.

13. PARTICIPATION FREEDOM

Your contribution to the biological samples' bank is voluntary. You are thus entitled to accept or refuse to contribute to it without consequences on your present or future healthcare.

You can change your mind at any moment. If you do not wish for your biological samples to be used towards research ends, you should contact, in writing, the bank's responsible person.

Your biological sample will then be destroyed (incinerated) by a company which specializes in biomedical matters' disposal and all information pertaining to the sample will be removed from the samples' data bank.

However, all results generated by your samples' analysis precluding withdrawal of consent's date will be preserved. Subsequently, you will not be contacted again and you will not be informed if the research should give rise to scientifically valid results.

14. PROBLEMS OR QUESTIONS

If you have questions concerning the constitution of the blood samples bank, fell free to contact the person responsible for the bank: Julie Bruneau 514-890-8000, extension 35882. For any

questions on your rights as a subject participating in this biological samples' bank, you can communicate with the commissaire adjoint to hospital's service quality:

- At Hôpital Saint-Luc: 514-890-8000, extension 36366, or
- At Hôpital Hôtel-Dieu: 514-890-8000, extension 12761, or
- At Hôpital Notre-Dame: 514-890-8000, extension 26047.

CONSENT

I read the present consent form entitled "Blood samples and associated data on hepatitis C and HIV infections for research purposes (Hepco)". I was given opportunity to ask all the questions I had about the researches and am satisfied with the answers I got.

I understand my participation to the research project is on an strictly voluntary base, and that I remain free to remove myself from the project at any time without prejudice. In signing the present document I, in no way, renounce any of my rights or I free neither the researchers, nor the hospital or granting organisation from their civil and professional responsibilities.

Consequently, I consent to the following:

A) Cohorte's research study

- ◆ I accept that 60 to 80cc (12-16 teaspoons) of blood be collected either at the research study or a subsequent blood test, and authorize access to my medical and research files in order to provide the information necessary for use of the samples.

YES

NO

B) Choice of being contacted

- ◆ I authorize the person responsible for the bank or his (her) designated person to contact me by telephone if additional information is necessary.

YES

Phone :

NO

- ◆ I would like to be contacted should the research on hepatitis C or HIV give scientifically validated results.

YES

Phone :

NO

In choosing to be contacted should the research study give scientifically valid results, I commit myself to keep the research study team informed of my coordinates.

In case of unavailability, I authorize the person responsible for the bank or his (her) designated person to contact: _____ family tie : _____ phone number : _____.

After indicating your choices, write down your name and signature below:

Name of participant Participant's signature Date

Name of witness Witness's signature Date

I certify that we explained the terms of the present form, that we have answered the questions he (she) asked, that we have clearly indicated he (she) could end participation to the biological samples' bank and associated research as described in the above. A signed copy of the present consent form was handed to the participant.

Name of the bank's responsible person Signature of the bank's responsible person Date

Name of the person obtaining the participant's signature Signature of the person obtaining the participant's signature Date

Annexe C : Tableau comparatif des participants inclus contre ceux exclus

Tableau IV. Comparaison des caractéristiques entre les participants inclus et exclus.

Caractéristiques	Participants inclus; n = 358 (%)	Participants exclus; n = 331 (%)	Valeur-p ^a
Accès aux services			
Non	253 (70,7)	250 (75,5)	0,151
Oui	105 (29,3)	81 (24,5)	
Âge			
Médiane (Q1-Q3)	40,3 (31,1-47,9)	41,3 (32,8-48,7)	0,301
Genre			
Femme	64 (17,9)	58 (17,5)	0,903
Homme	294 (82,1)	273 (82,5)	
Éducation secondaire complétée			
Non	143 (39,9)	141 (42,6)	0,478
Oui	215 (60,1)	190 (57,4)	
Condition résidentielle ^b			
Stable	238 (66,5)	200 (60,6)	0,110
Instable	120 (33,5)	130 (39,4)	
Incarcération ^b			
Non	317 (88,6)	282 (85,4)	0,227
Oui	41 (11,4)	48 (14,5)	
Détresse psychologique sévère ^c			
Non	277 (77,4)	225 (68,2)	0,007
Oui	81 (22,6)	105 (31,8)	
Diagnostic auto-rapporté d'un trouble mental au courant de la vie			
Non	196 (54,7)	182 (55,2)	0,916
Oui	162 (45,3)	148 (44,8)	
Infection au VIH			
Négatif	333 (93,0)	320 (93,3)	0,031
Positif	25 (7,0)	11 (6,7)	
Infection au VHC			
Négatif (Ac-)	160 (44,7)	82 (24,8)	<0,0001
Positif (Ac+)	198 (55,3)	149 (75,2)	

Caractéristiques	Participants inclus; n = 358 (%)	Participants exclus; n = 331 (%)	Valeur-p ^a
Utilisation d'alcool ^b			
Non	124 (34,6)	103 (31,1)	0,326
Oui	234 (65,4)	228 (68,9)	
Utilisation de cannabis ^b			
Non	118 (33,0)	109 (32,9)	0,993
Oui	240 (67,0)	222 (67,1)	
Utilisation de cocaïne ^b			
Non	91 (25,4)	84 (25,4)	0,990
Oui	267 (74,6)	247 (74,6)	
Utilisation d'amphétamines ^b			
Non	253 (70,7)	240 (72,5)	0,593
Oui	105 (29,3)	91 (27,5)	
Utilisation d'opioïdes ^b			
Non	144 (40,2)	160 (48,3)	0,032
Oui	214 (59,8)	171 (51,7)	
Partage réceptif de matériel d'injection ^b			
Non	279 (77,9)	270 (81,6)	0,236
Oui	79 (22,1)	61 (18,4)	

^avaleurs-p dérivées du test du χ^2 pour les variables catégoriques et du test de Wilcoxon-Mann-Whitney pour les variables continues; ^bderniers trois mois; ^cdernier mois; Q1-Q3 = premier et troisième quartiles ; Ac = anticorps.

