

Direction des bibliothèques

AVIS

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal

**Facteurs favorisants et obstacles
à l'utilisation des services de soins de première
ligne et des services d'urgence par les utilis-
ateurs de drogues injectables**

**Par
Jean-Marie Bamvita Wansuanganyi**

**Département de Médecine Sociale et Préventive
Faculté de Médecine**

*Thèse par articles présentée à la Faculté des Études Supérieures
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en Santé Publique, option épidémiologie*

Février 2008

© Jean-Marie Bamvita W., 2008



**Université de Montréal
Faculté des études supérieures**

IDENTIFICATION DU JURY

Cette thèse intitulée :

**Facteurs favorisant et obstacles
à l'utilisation des services de soins de première ligne et des services d'urgence par
les utilisateurs de drogues injectables**

Présentée par : **Jean-Marie Bamvita Wansuanganyi**

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Président rapporteur: **JEAN-MARC BRODEUR**

Directrice de recherche: **MARIA VICTORIA ZUNZUNEGUI**

Co-directrice: **NIMÂ MACHOUF**

Examineur interne: **ALAIN LESAGE**

Examineur externe: **ANTÒNIA DOMINGO-SALVANY**

Représentant du doyen: **JEAN-MARC BRODEUR**

Thèse acceptée le 03 avril 2008

SOMMAIRE

L'utilisation des services de soins est un déterminant important de la santé de la population. À la suite des recommandations de l'OMS dans les années 70s, des efforts ont été déployés partout dans le monde pour encourager la population à utiliser préférentiellement les services de première ligne plutôt que les urgences des hôpitaux et les services spécialisés. Plus particulièrement pour certaines minorités visibles et les personnes âgées, la porte d'entrée dans le système de santé est encore bien souvent celle des urgences des hôpitaux.

Depuis une décennie, des recherches se multiplient au Canada, plus particulièrement au Québec, sur cette problématique de l'accès aux soins de santé. Les utilisateurs de drogues injectables (UDIs) constituent notamment une catégorie à risque dont le mode de recours aux soins de santé est mal connu. Selon les écrits antérieurs, les UDIs utiliseraient les services d'urgence dans une proportion plus élevée par rapport au reste de la population.

L'objectif de cette étude sera donc d'examiner le profil d'utilisation des services de soins par les UDIs de Montréal et ressortir d'une part les facteurs qui les prédisposent à une utilisation préférentielle des services d'urgence, et d'autre part les barrières à leur utilisation des services de soins de première ligne. La tentative de répondre à ces deux objectifs a soulevé l'impératif de décrire minutieusement le profil des UDIs et d'étudier au préalable les facteurs associés à leur morbidité élevée.

Cette étude est de type transversal. La population cible se compose des UDIs de Mon-

tréal. Pour être inclus dans l'étude, le sujet devait s'être injecté une drogue illicite au moins une fois dans les six derniers mois, être âgé de 18 ans ou plus et habiter la ville de Montréal depuis au moins 12 mois. L'échantillonnage s'est déroulé entre février et septembre 2005. La méthode de recrutement a consisté à contacter les UDIs sur les rues de Montréal, les informer du déroulement et des objectifs de l'étude et distribuer des cartes d'affaires contenant un numéro de téléphone qu'ils pouvaient composer au cas où ils voulaient participer à l'étude. L'instrument de mesure était un questionnaire auto-administré. Au total 678 sujets ont été interrogés, et parmi eux 666 ont été retenus pour les analyses finales.

Les analyses effectuées ont ressorti d'une part les liens entre les conditions de vie des UDIs et leur état de santé, et d'autre part les facteurs associés à l'utilisation des services d'urgence pendant un épisode de maladie, de même que, pour ceux qui visitent habituellement les services de première ligne, les facteurs qui déterminent leur choix entre les Centres Locaux des Services Communautaires (CLSC) et les cabinets médicaux.

Nos résultats montrent que la santé des UDIs est principalement influencée par les maladies mentales [rapport de cote (RC) : 2,09; intervalle de confiance (IC) à 95% : 1,15-3,81], les infections à virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (RC : 2,03; IC à 95% : 1,00-4,14) et les infections à virus de l'hépatite C (VHC) (RC : 1,84; IC à 95% : 1,07-3,15) qui affectent nombre d'entre eux. Les autres facteurs qui expliquent la morbidité chez les UDIs sont les comportements à risque (types de drogues consommées par injection, partage de matériel d'injection), les facteurs de marginalité (homosexualité, bisexualité, mendicité, prostitution), les contraintes financières, le sexe et l'âge. Les UDIs sans-abris (RC : 4,81; IC à 95% : 1,18-19,60), de même que ceux

qui abusent d'alcool (RC : 2,79; IC à 95% : 1,08-7,22) et de drogues non injectables (RC : 2,54; IC à 95% : 0,95-6,80), auront plus tendance à consulter dans les services d'urgence des hôpitaux. Parmi ceux qui vont aux services de première ligne, les plus démunis, notamment les sans-abri, préfèrent les CLSC (RC : 6,23; IC à 95% : 1,53-25,32) tandis que ceux qui sont plus intégrés, notamment les UDIs plus âgés (RC : 0,89; IC à 95% : 0,82-0,97), préfèrent les cabinets médicaux. Les services préventifs et sociaux offerts par le système de santé de Montréal semblent bien cibler les personnes à risque. Une proportion de 74% des participants a utilisé un service de soins préventifs quelconque, et 49% des sujets recourent à un centre communautaire pour recevoir de l'aide.

En conclusion, la morbidité élevée des UDIs de Montréal semble expliquée principalement par leurs conditions de vie difficiles. Globalement, ils utilisent les services d'urgence plus fréquemment que la population générale, étant donné les nombreux facteurs de risque de maladies aiguës auxquels ils sont confrontés. Une exception à cette vue générale est celle des UDIs plus socialement intégrés, qui semblent utiliser plutôt les services de première ligne, comme la population générale.

Les résultats de cette étude nous amènent à recommander une plus grande intégration du système socio-sanitaire du Québec, et une consolidation des services sociaux en faveur des UDIs.

Mots clefs: utilisateurs de drogues injectables, morbidité, stratégies de réduction de risques, salle d'urgence, service de première ligne, CLSC, cabinet médical, utilisation, Montréal, Canada

SUMMARY

Health care utilization is an important determinant of population health. Following recommendations from the WHO in the 70s, many efforts have been deployed everywhere in the world to invite the population to preferentially use front line services instead of hospital emergency rooms and specialized services. For certain minorities and the elderly in particular, hospital emergency rooms are still, most of the time, the main entry point to the health care system.

During the last decade, many studies have been carried out in Canada, more specifically in Quebec, on the access to health care services for minority populations. Among them, injection drug users (IDUs) represent a category at risk for diverse diseases and their pattern of health service use is quite unexplored.

The purpose of this study is to describe the health care service utilization profile in Montreal IDUs and assess barriers to their primary health care service use, along with other factors that could explain their preferential utilization of hospital emergency services. Our attempts to address those two objectives have raised the requirement to cautiously describe IDUs' profile and, as a preliminary step, to explore factors associated with their high morbidity.

This work is a cross-sectional study. The targeted population is composed of IDUs in Montreal. Inclusion criteria are: having injected illicit drugs within the 6 months before interview, being 18 years old or over, and living in Montreal since 12 months or more before interview. The sampling was carried out from February to September 2005.

The recruitment method consisted in contacting IDUs on the streets in Montreal city,

informing them about the running of the study and its objectives, and distributing business cards with a telephone number they could call in case they were ready to take part in the study. The measurement instrument was a self-administered questionnaire. Overall 678 IDUs were interviewed. Among them 666 were included in the study for further analyses. Analyses were computed firstly on IDUs' living conditions in connection with their ill-health, secondly on factors associated with emergency room utilization versus primary health care use on the occurrence of an acute illness in the six months prior to the interview, and thirdly on factors associated with community health centers use versus medical cabinets among IDUs who reported visiting usually and exclusively primary health care settings for medical help.

IDUs health is mainly impacted by mental diseases [Odd ratio (OR): 2.09; 95% confidence interval (CI): 1.15-3.81], Human Immunodeficiency virus (HIV) infections (OR: 2.03; 95% CI: 1.00-4.14), and hepatitis C virus (HCV) infections (OR: 1.84; 95% CI: 1.07-3.15) that affect many of them. Other factors explaining morbidity among IDUs are risk behaviors (brand of drugs injected, sharing injection materials), marginality (homosexuality, bisexuality, begging, prostitution), financial strains, gender and age. Homeless IDUs (OR: 4.81; 95% CI: 1.18-19.60), as well as those who consume alcohol (OR: 2.79; 95% CI: 1.08-7.22) and non injection drugs (OR: 2.54; 95% CI: 0.95-6.80), are more likely to use emergency rooms. Among IDUs who usually visit primary health care services, the more deprived, such as the homeless prefer seeking medical help in community health centers (OR: 6.23; 95% CI: 1.53-25.32), whereas more integrated IDUs, particularly older IDUs (OR: 0.89; 95% CI: 0.82-0.97), are more prone to visit medical cabinets. Preventive and social services available in Montreal health system

seem to target efficaciously populations at risk for diseases. A proportion of 74% participants had used any preventive health service in the past, and 49% subjects seek any material help in community centers.

To conclude, the high morbidity observed among IDUs seems to be mainly explained by their harsh living conditions. They use emergency services more frequently than the general population, due to numerous risk factors they face in their daily living. Exception to this overall view is that of more socially integrated IDUs who seem to use preferentially front line services, as does the general population. The findings of this study lead us to the recommendation of a more integrated social and health service in Quebec, and to more funding of social services in favor of IDUs.

Key words: injection drug users, morbidity, harm reduction strategies, emergency department, primary health care, community health center, medical cabinet, utilization, Montreal, Canada

Table des matières

<i>SOMMAIRE</i>	iii
<i>SUMMARY</i>	vi
<i>LISTE DES ABBRÉVIATIONS</i>	xvi
<i>DÉDICACE</i>	xvii
<i>REMERCIEMENTS</i>	xviii
<i>CONTRIBUTION DES AUTEURS</i>	xix
<i>CHAPITRE 1 : INTRODUCTION</i>	1
<i>CHAPITRE 2 : PROBLÉMATIQUE</i>	4
2.1. Historique	5
2.2. Problèmes de santé associés à l'usage de drogues injectables	6
2.2.1. L'usage des drogues injectables est très répandu	6
2.2.2. L'usage des drogues injectables augmente le risque de contracter les maladies infectieuses transmises par voie sanguine	7
2.2.2.1. VIH	7
2.2.2.2. Hépatite A, B et C	8
2.2.3. Le double diagnostic toxicomanie/maladie mentale est fréquent	9
2.2.4. L'usage des drogues injectables s'accompagne d'autres troubles de comportement et de complications aux sites d'injection ou à distance	10
2.2.5. L'usage des drogues injectables a plusieurs impacts sur l'utilisation du système de soins	12
2.2.5.1. Faible utilisation des services de santé préventifs	12
2.2.5.2. Faible utilisation des services de santé de première ligne pour des besoins de santé	13
2.2.5.3. Utilisation des services d'urgence comme première source de traitement pour ses problèmes de santé	14
2.2.5.4. Non observance du traitement	15
2.2.6. La gratuité des soins ne suffit pas pour garantir l'utilisation des services de soins	15
2.2.7. La faible utilisation des services de soins par les UDIs a un impact négatif sur la santé de la population	17

Table des matières (suite)

CHAPITRE 3 : QUESTIONS DE RECHERCHE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	18
3.1. Questions de recherche	19
3.2. Objectifs	20
3.2.1. Objectif général	20
3.2.2. Objectifs spécifiques	20
CHAPITRE 4 : REVUE DES ÉCRITS SUR LES FACTEURS ASSOCIÉS À L'UTILISATION DES SERVICES DE SOINS PAR LES UDI	23
4.1. Facteurs prédisposants	25
4.1.1. Facteurs démographiques	25
4.1.1.1. Âge	25
4.1.1.2. Sexe	26
4.1.2. Facteurs psychosociaux	26
4.1.2.1. Maladies mentales	26
4.1.2.2. Violence verbale, physique ou sexuelle, et consommation de drogues dans la famille	26
4.1.2.3. Structure sociale	27
4.1.2.4. Croyances sur la santé et les services de santé	31
4.2. Facteurs facilitants	32
4.2.1. Facteurs individuels	32
4.2.1.1. Revenu	32
4.2.1.2. Domicile fixe et qualité du logement	32
4.2.1.3. Assurance maladie	33
4.2.1.4. Source régulière de soins	33
4.2.2. Facteurs communautaires	34
4.2.2.1. Attitude du personnel de santé	34
4.2.2.2. Équité dans l'accès aux soins et iniquité systémique	35
4.3. Besoins en santé	38
4.3.1. Besoins en services communautaires	39
4.3.1.1. Hygiène corporelle	39
4.3.1.2. Besoins nutritionnels	40
4.3.1.3. Services de <i>counselling</i>	40
4.3.1.4. Accès à des seringues neuves	41

Table des matières (suite)

4.3.2.	Santé perçue	41
4.3.3.	Besoin de prévention	42
4.3.3.1.	Dépistage et vaccination	42
4.3.3.2.	Désintoxication	42
4.3.4.	Besoin de soins curatifs	44
4.3.4.1.	Maladies infectieuses	44
4.3.4.2.	Complications diverses	45
4.3.4.3.	Santé dentaire	46
4.3.4.4.	Santé mentale	46
4.3.4.5.	Intimidations, coups et blessures	46
CHAPITRE 5 : CADRE CONCEPTUEL		48
CHAPITRE 6 : MÉTHODES		53
6.1.	Population à l'étude	54
6.2.	Variables à l'étude	54
6.3.	Critères d'inclusion	60
6.4.	Planification opérationnelle de la collecte des données	60
6.5.	Prévention des biais associés à l'enquête	61
6.6.	Technique d'échantillonnage	65
6.7.	Questionnaire	66
6.8.	Aspects éthiques	67
6.9.	Déroulement de l'enquête	69
6.9.1.	Enquêtes pilotes et calcul de la taille de l'échantillon	69
6.9.2.	Enquête proprement dite	70
6.9.2.1.	Enquêteur	70
6.9.2.2.	Conduite de l'enquête	71
6.10.	Préparation des données aux fins d'analyses	72
6.10.1.	Saisie des données et évaluation de la qualité des données	72
6.10.2.	Analyses effectuées	74

Table des matières (suite)

CHAPITRE 7 : RÉSULTATS		76
7.1.	Profil socio-démographique et magnitude de l'utilisation des services de soins par les UDIs	77
7.1.1.	Facteurs prédisposants	77
7.1.1.1.	Variables démographiques : sexe et âge	77
7.1.1.2.	Facteurs associés à la structure sociale	82
7.1.1.3.	Facteurs d'intégration sociale	84
7.1.1.4.	Facteurs de marginalité	88
7.1.1.5.	Consommation d'alcool	88
7.1.1.6.	Addiction aux drogues et partage de matériel d'injection	90
7.1.1.7.	Croyances sur la santé et les services de santé	95
7.1.2.	Facteurs facilitants	98
7.1.2.1.	Facteurs individuels	98
7.1.2.2.	Facteurs interpersonnels: Familles et Relations	102
7.1.2.3.	Facteurs communautaires: organisation des services de santé mesurée par l'appréciation du délai d'attente avant d'être reçu dans les services de soins	102
7.1.3.	Besoins de santé et déséquilibre bio-psycho-social	104
7.1.3.1.	Services communautaires d'aide aux indigents	104
7.1.3.2.	Appréciation subjective de sa santé	108
7.1.3.3.	Problèmes de santé auto-rapportés	108
7.1.4.	Utilisation des services de soins	113
7.1.4.1.	Utilisation des services de soins préventifs	113
7.1.4.2.	Épisodes de maladies et utilisation des services de soins curatifs dans les 6 derniers mois	114

Table des matières (suite)

<i>ARTICLE 1</i>	<i>Living Conditions and Illness among Injecting Drug Users in Montreal</i>	116
<i>ARTICLE 2</i>	<i>Factors Associated with Injection Drug Users' Choice between Emergency Department and Primary Health Care Services upon Occurrence of an Acute Illness</i>	147
<i>ARTICLE 3</i>	<i>Choice between Community Health Centers and Medical Cabinets among Injection Drug Users Seeking Medical Help in Primary Health Care Services</i>	177
<i>CHAPITRE 8 : DISCUSSION</i>		205
<i>CONCLUSION</i>		228
<i>RÉFÉRENCES</i>		229
<i>ANNEXES</i>		xx
ANNEXE 1	Formulaire de consentement	
ANNEXE 2	Questionnaire	
ANNEXE 3	Autorisations	
ANNEXE 4	Communications	
ANNEXE 5	Bourses et subventions	

Liste des Tableaux de la thèse

		Pages
Tableau I	Facteurs prédisposants: Distribution des UDIs selon les facteurs démographiques, l'orientation sexuelle et la scolarité	78
Tableau II	Facteurs prédisposants: Distribution des UDIs selon les facteurs associés à l'intégration sociale	83
Tableau III	Facteurs prédisposants: Distribution des UDIs selon les facteurs associés à la marginalité et à la consommation d'alcool	87
Tableau IV	Facteurs prédisposants: Distribution des UDIs selon l'addiction aux drogues	89
Tableau V	Facteurs prédisposants: Distribution des UDIs selon la consommation des drogues non-injectables	93
Tableau VI	Facteurs prédisposants: Distribution des UDIs selon le degré d'appréciation des services de soins	94
Tableau VII	Facteurs prédisposants: Distribution des UDIs selon leur appréciation de l'attitude du personnel médical	94
Tableau VIII	Facteurs facilitants: Distribution des UDIs selon l'habitat et le revenu	97
Tableau IX	Facteurs facilitants: Distribution des UDIs selon l'accessibilité aux services, l'état civil, les relations familiales et le soutien social	101
Tableau X	Facteurs facilitants: Distribution des UDIs selon l'appréciation du délai d'attente avant d'être reçu dans les services de soins	103
Tableau XI	Besoins de santé: Distribution des UDIs selon la fréquentation des services communautaires d'aide aux indigents	105
Tableau XII	Besoins de santé: Distribution des UDIs selon l'appréciation de leur état de santé	106
Tableau XIII	Besoins de santé: Distribution des UDIs selon les scores sur l'échelle de dépression (CES-D)	107
Tableau XIV	Utilisation des services: Distribution des UDIs selon l'utilisation des services de soins préventifs	107

Liste des figures de la thèse

		Pages
Figure 1	Cadre conceptuel de l'utilisation des services de soins par les UDIs	50
Figure 2	Distribution des sujets par tranches d'âge et par sexe	79
Figure 3	Distribution des sujets selon l'orientation sexuelle et selon le sexe	80
Figure 4	Distribution des sujets selon le niveau de scolarité et selon le sexe	81
Figure 5	Comparaison des hommes et des femmes quant aux sources légales de revenu	85
Figure 6	Comparaison des hommes et des femmes quant aux drogues consommées	91
Figure 7	Comparaison des hommes et des femmes quant à l'habitat	99
Figure 8	Distribution de la dépression selon la drogue consommée	109
Figure 9	Distribution des infections à VIH chez les UDIs qui pratiquent la prostitution	111
Figure 10	Distribution des infections à VHC chez les UDIs qui pratiquent la prostitution	112

Liste des tableaux des articles

<i>Article</i>		Pages
1	Table I Episodes of illness in last 6 months among IDUs in Montreal, by socio-demographic factors and economic conditions	126
	Table II Episodes of illness in last 6 months among IDUs in Montreal, by factors of marginality and risk behaviors	127
	Table III Episodes of illness in last 6 months among IDUs in Montreal, by social support and health status factors	128
	Table IV Odds ratios for factors associated with episodes of illness in last 6 months among IDUs in Montreal	130
2	Table I Predisposing factors associated with ED versus PHCS utilization for acute care in previous 6 months among IDUs in Montreal	158
	Table II Enabling factors associated with ED versus PHCS utilization for acute care in previous 6 months among IDUs in Montreal	159
	Table III Health needs associated with ED versus PHCS utilization for acute care in previous 6 months among IDUs in Montreal	160
	Table IV Factors independently associated with ED versus PHCS utilization for acute care in previous 6 months among IDUs in Montreal	162
3	Table I Predisposing factors associated with preference for primary health care site by IDUs in Montreal	189
	Table II Enabling factors associated with preference for primary health care site by IDUs in Montreal	190
	Table III Health needs factors associated with preference for primary health care site by IDUs in Montreal	191
	Table IV Factors independently associated with preference for CHC utilization among IDUs in Montreal	193

LISTE DES ABBRÉVIATIONS

ARV: Anti-rétroviraux
CLSC: Centre Local de Services Communautaires
CM avec RDV: clinique médical avec rendez-vous
CHC: community health centers
CM sans RDV: clinique médical sans rendez-vous
ED: emergency department
IDUs: injection drug users
MC+A: medical clinic running on appointment basis
MCs: medical cabinets
MTS: maladies transmises sexuellement
OMS: Organisation Mondiale de la Santé
PC: permis de conduire
PHC: primary health clinic
PHCS: primary health care services
UDIs: utilisateurs de drogues injectables
VHA: virus de l'hépatite A
VHB: virus de l'hépatite B
VHC: virus de l'hépatite C
VIH: Virus de l'immunodéficience humaine
WIMC: walk-in medical clinic
WHO: World Health Organization

DÉDICACE

Thèse,

Pour la longue solitude ponctuée de soupirs,

Pour les dures épreuves affrontées,

Pour tous les sacrifices consentis,

Pour les chagrins inarticulés,

Je te dédie

À ma chère épouse Thérèse,

À ma chère fille Anny,

À ma chère fille Marlyn,

À mon cher fils Peter,

Et à mes bien-aimés triplets:

Christian,

Christiane

Et Christelle.

Remerciements

C'est un agréable devoir d'adresser mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont apporté leur soutien dans la réalisation de ce travail.

J'aimerais avant tout exprimer ma gratitude émue à Maria Victoria Zunzunegui, directrice de cette thèse, qui m'a guidé avec compétence et patience dans toutes les étapes de mes études de doctorat et plus particulièrement dans l'achèvement de cette thèse.

Je remercie ensuite Nimâ Machouf, la co-directrice de cette thèse, qui m'a inspiré le thème de recherche de ce travail, en a cherché le financement, m'a aidé à dépister un bon enquêteur, et m'a prodigué de multiples conseils dans la réalisation de ce travail.

Je m'en voudrais de ne pas exprimer ma reconnaissance à Mr JFV, qui a travaillé comme enquêteur pour cette étude, s'y adonnant avec enthousiasme, dévouement et rigueur, en affrontant aussi bien le froid hivernal que la chaleur estivale de cette ville nordique.

Je remercie mes professeurs du doctorat, notamment Dr Lise Goulet et François Béland, de même que la directrice du programme de PhD en Santé Publique, Mme Nicole Leduc.

France Pinsonneault a été un pilier indispensable dans mon cheminement, veillant constamment avec soins à mon dossier afin que je sois à jour avec les exigences administratives du programme.

Je remercie les membres du jury qui, malgré leurs multiples occupations, ont accepté de se pencher sur ce travail.

Cette thèse n'aurait pas été achevée sans le soutien financier des organismes GIRU, GREAS, GRIS, et FRSQ. Puissent-ils trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

Jean-Marie Bamvita

Contribution des auteurs

Le thème de recherche, soit l' « utilisation des services de santé par les utilisateurs de drogues injectables », a été suggéré par Nimâ Machouf.

Les précisions sur les aspects des services de santé à étudier, soit les services d'urgences versus les services de première ligne (CLSC, cliniques médicales sur rendez-vous, cliniques médicales sans rendez-vous), ont été apportées par JM Bamvita W.

La revue des écrits scientifiques sur le sujet, la composition du protocole de recherche, du questionnaire, du formulaire de consentement, ont été accomplies par JM Bamvita.

Les fonds pour la recherche obtenus de la part des organismes GIRUS-GREAS, FRSQ, GRIS, ont été sollicités respectivement par JM Bamvita, Nimâ Machouf et Maria Victoria Zunzunegui.

L'enquêteur a été engagé grâce aux efforts de Nimâ Machouf.

L'enquête sur le terrain a été supervisée par JM Bamvita.

Les analyses relatives à la thèse et aux trois articles, de même que la composition et la mise en forme finale de la thèse ont été effectuées par JM Bamvita.

La diffusion des résultats dans des congrès et séminaires a été assurée par JM Bamvita, notamment dans les séminaires du GIRU-GREAS à la DSP de Montréal-Centre (11 juin 2005), au Cercle d'épidémiologistes de l'université de Montréal (7 octobre 2005), à l'INSPQ de Montréal, dans les congrès du CAHR à Vancouver (12-15 mai 2005) et à Toronto (26-28 avril 2007), dans le congrès organisé par ALASS à Montréal (14 octobre 2005), et dans un séminaire de recherche du CLSC Côtes-des-Neiges (15 décembre 2005).

À chacune des étapes de l'élaboration de ce travail, JM Bamvita a bénéficié des conseils de Maria Victoria et Nimâ Machouf.

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

Depuis les années 70s, suite aux recommandations de l’OMS, les soins de santé primaires ont été reconnus partout dans le monde comme étant la forme d’organisation des systèmes de santé la plus apte à fournir les meilleurs résultats en santé de population à un moindre coût (Doggett 2007; Engström *et al.*, 2001; Starfield, 1998). L’organisation des services de soins primaires implique le renforcement des services de première ligne (Starfield 2005) et un encouragement de la population à utiliser préférentiellement celles-ci, pour ne considérer les services d’urgence des hôpitaux et les services spécialisés que comme un second recours.

Au Québec, plusieurs critiques se sont levées contre l’efficacité du système de santé de cette province quant à répondre aux besoins de santé de la population, notamment du fait de son modèle d’organisation de la première ligne, jugé inadapté (Lamarche *et al.*, 2003). Depuis la Commission Clair (MSSS 2001), jusqu’à l’actuel Plan d’Action en Santé Mentale (MSSS, 2005), les efforts de réorganisation du système de santé se poursuivent en vue d’atteindre une meilleure efficacité. L’utilisation rationnelle des services de soins est particulièrement problématique pour certaines couches de la population pour qui les services d’urgence constituent la principale porte d’entrée dans le système de santé, notamment les personnes âgées (Ionescu-Ittu *et al.*, 2007), et les utilisateurs de drogues injectables (Kerr *et al.*, 2001; Palepu *et al.*, 2001).

L’usage de drogues injectables constitue un problème de santé important dans le monde et plus particulièrement en Amérique du Nord. L’OMS a rapporté que, chaque année, environ 100 000 à 200 000 décès dans le monde étaient attribuables aux drogues injectables (WHO, 1996). Ce phénomène est également pointé du doigt comme l’un des pourvoyeurs des épidémies meurtrières d’infections à VIH (WHO₁, 1997) et d’hé-

patite C (WHO₂, 1997).

Selon les écrits sur ce sujet, malgré leur mauvais état de santé, les utilisateurs de drogues injectables (UDIs) semblent solliciter moins qu'il ne faudrait les services de santé de prévention et de soins primaires (Stein et al., 2003; Sterk et al., 2002; Knowlton et al., 2001; Laine et al., 2001; Crofts et al., 2000; Solomon et al., 1998; Selwyn et al., 1993; Solomon et al., 1991). Paradoxe inquiétant. Plusieurs raisons portent plutôt à affirmer que les besoins en soins médicaux devraient être plus importants chez les UDIs que dans la population générale: 1) Leur taux de mortalité est plus élevé (McCorkel JA et al., 1998); 2) Ils accusent une forte prévalence de chômage, de faible éducation, de comportements criminels, (Susser et al., 1996), et bénéficient en général d'un support social inadéquat (French et al., 2000; Fiscella et al., 1998; Rice et al., 1991). Certaines études ont signalé un taux de chômage de 67 à 74% chez les UDIs, et une histoire d'emprisonnement chez 37 à 40% d'entre eux (Rumbold and Fry 1998; Loxley et al., 1995). Selon certains auteurs, le faible recours aux services de soins de première ligne par les UDIs a pour conséquence une fréquentation accrue des services d'urgence et un taux plus élevé d'hospitalisation par rapport aux non UDIs (Stein et al., 2003; Sterk et al., 2002; Knowlton et al., 2001; Laine et al., 2001; Crofts et al., 2000; Selwyn et al., 1993; Solomon et al., 1991).

CHAPITRE 2 : PROBLÉMATIQUE

2.1. Historique

L'intérêt accordé aux UDIs dans la recherche sur la santé des populations s'est accru vers 1983, avec la découverte de leur association avec l'infection à VIH. Bien qu'en général l'infection à VIH soit essentiellement de transmission sexuelle, dans certaines métropoles, un nombre croissant de personnes infectées par le VIH suite aux injections de drogues a changé quelque peu le portrait de l'épidémie. Depuis les années 1980s, les études épidémiologiques et les programmes d'intervention avaient orienté leurs efforts vers la recherche de médicaments capables d'enrayer cette pandémie. Avec l'efficacité de plus en plus remarquable des antirétroviraux (ARV) depuis les années 1990s, la recherche sur les issues biologiques du traitement des personnes infectées par le VIH, notamment la mutation virale, la résistance aux médicaments et les déterminants biologiques de la mortalité, a également pris de l'expansion. Constatant que tous les patients infectés par le VIH ne bénéficiaient pas de la pleine efficacité des ARV, les déterminants psychosociaux en rapport avec l'adhérence au traitement et la résistance aux ARV ont attiré de plus en plus l'attention des chercheurs. Actuellement on constate que bon nombre de personnes potentiellement infectées, notamment certains UDIs, ont tendance à moins fréquenter les services de santé de première ligne et que leur observance du traitement est faible, ne dépassant pas 50% (Strathdee et al., 1998).

2.2. Problèmes de santé associés à l'usage de drogues injectables

2.2.1. L'usage de drogues injectables est très répandu

L'usage de drogues injectables constitue un problème de santé important dans le monde y compris au Canada (Aceijas et al., 2004). Selon Santé Canada, environ 125 000 Canadiens et Canadiennes s'injectent des drogues (Santé Canada, 2001). D'autres études canadiennes sur la prévalence de ce phénomène ont estimé que 17 à 40% des jeunes de la rue s'injectent des drogues (Ochnio et al., 2001; Roy et al., 2000; DeMatteo et al., 1999).

L'usage de drogues injectables à Montréal est un phénomène social actuellement étalé au grand jour. Le nombre d'UDIs y était estimé à près de 12 000 personnes (Allard, 2004; Remis R, Leclerc P, 1999). Ce chiffre a été revu à la hausse ces dernières années et se situerait autour de 13 600 personnes (De Prithwish et al., 2007; Morissette et al., 2004). Une étude prospective menée dans cette ville par Roy et collaborateur (coll.)₁ (2003) a révélé que parmi 415 jeunes de la rue suivis entre 1995 et 2000, 74 s'étaient initiés aux drogues injectables, soit un taux d'incidence de 8.2 par 100 personnes-années.

Alors qu'en Europe (Lovell AM, 2002) et en Australie (Crofts et al., 2000) la drogue injectable la plus utilisée est encore l'héroïne, au Canada (Toronto, Vancouver, Montréal), la drogue la plus utilisée est la cocaïne (66%) (De Prithwish et al., 2007; Morissette et al., 2004), suivie par l'héroïne blanche (37%), puis pas l'héroïne brune (24%) (ITSS 2003; Roy₂ et al., 2003; Palepu et al., 2001; Lamothe et al., 1993). Aux États-Unis, les données varient d'un État à l'autre, la cocaïne étant la plus utilisée à

New York (Cronquist et al., 2001) et Rhode Island (Stein et al., 2003), et l'héroïne dans le Colorado (Booth et al., 1999) et à San Francisco (Kral et al., 2001). Ces particularités régionales ont des implications importantes sur la prise en charge des UDIs. Alors qu'il existe des programmes de maintenance à la méthadone pour les injecteurs d'héroïne, il n'existe pas de programme de substitution pour la cocaïne. Or, l'insertion dans un programme de maintenance à la méthadone permet de rapprocher les UDIs des services de soins de première ligne et d'augmenter du fait même leur fréquence d'utilisation de ces services (Sambamoorthi et al., 2000; Strathdee et al., 1998).

2.2.2. L'usage de drogues injectables augmente le risque de contracter les maladies infectieuses transmises par voie sanguine

2.2.2.1. VIH

L'association entre l'usage de drogues injectables et le risque d'infections à VIH est un fait bien documenté à ce jour. Le partage de seringues usagées et autres matériels d'injection constitue le principal facteur explicatif de cette association. Bien que ce phénomène tende à la baisse actuellement, il constituait une pratique courante chez les UDIs jusqu'au milieu de la dernière décennie (Coates et al., 1992).

La prévalence des infections à VIH chez les UDIs est élevée. Dans une étude multicentrique européenne portant sur 1 198 femmes UDIs, 28% avaient été dépistées séropositives (Estebanez et al., 2000). En 1997, la prévalence et l'incidence des

infections à VIH chez les UDIs de Vancouver étaient estimées à 25% et 18,6 par 100 personnes-années respectivement (Strathdee, 1997). Le taux de prévalence du VIH chez les UDIs du Québec varie selon les régions, entre 5 et 20%, et en 1996-1999, 23% des nouveaux cas de SIDA dans la même province étaient diagnostiqués chez les UDIs (Hankins et al., 2002;).

En 2002, la proportion des UDIs infectés par le VIH était estimée à 14,7% pour l'ensemble du Québec (ITSS 2003). La prévalence du VIH chez les UDIs montréalais était de 11%, plus accrue chez les hommes que chez les femmes (12% versus 7,5%) (Bruneau et al., 2001). Le taux d'incidence du VIH chez les UDIs de Montréal s'élève à 6 par 100 personnes-années (Hankins et al., 2002).

2.2.2.2. Hépatite A, B et C

Le risque de contracter l'hépatite est très élevée chez les UDIs et augmente proportionnellement à la durée de l'usage de drogues injectables.

L'hépatite A est fréquente chez les UDIs. Une étude menée chez les UDIs de Californie avait révélé une prévalence d'hépatite A de l'ordre de 28% (Katz et al., 1997). Sa transmission se fait essentiellement par voie oro-fécale, et prévaut surtout chez les UDIs homosexuels.

Le virus de l'hépatite B est moins transmissible que celui de l'hépatite C. En Australie sa prévalence chez les UDIs ne dépassait pas 2% (Crofts et al., 1999). Selon les estimations de 1999, 48% des UDIs de Montréal avaient été infectés par le virus de l'hépatite B (ITSS 2003). Ce rapport ne permet pas de savoir s'il s'agissait d'infec-

tions actives ou de cas résolus.

Le virus de l'hépatite C est le plus virulent. En Australie, environ 11000 nouveaux cas d'hépatite C sont dénombrés chaque année (Crofts et al., 2000). Une étude faite à Melbourne chez les UDIs d'origine vietnamienne avait révélé une prévalence de 79 à 100% d'infections par le virus de l'hépatite C (Kelsall et al., 1999; Louie et al., 1998). Chez les prisonniers UDIs, en Australie, la prévalence de l'hépatite C était de 90% (Crofts et al., 1996_b). La prévalence de l'hépatite C chez les UDIs de Montréal était estimée à 70-90% (Patrick et al., 2001; Patrick et al., 2000; Lamothe et al. 1997).

2.2.3. Le double diagnostic toxicomanie/maladie mentale est fréquent

L'usage de drogues injectables est une problématique qui chemine rarement seule. Bien souvent, il fait tandem avec d'autres comportements à risque, tel l'abus d'alcool ou d'autres drogues non injectables. Amalgame qui débouche chez certains sur des troubles psychiatriques qui viennent interférer avec leur capacité déjà amoindrie de demander des soins médicaux (Cuffel, 1996).

Plusieurs recherches ont montré que la co-existence de la toxicomanie et de maladies mentales est très répandue (Gilvarry 1998; Farrell et al., 1998; Scott et al., 1998; McKey 1998). Le « *dual diagnosis* » se définit comme la présence chez un toxicomane d'une quelconque maladie mentale (Bearman et al., 1997). Les formes de troubles le plus souvent rencontrées sont la dépression, les troubles maniaco-dépressifs, la schizophrénie, l'anxiété, les personnalités antisociales, et les attaques de panique. Dans l'étude australienne de Crofts et coll. sur les toxicomanes (2000), 89% des répondants présentaient de la dépression, 36% des troubles maniaco-dépressifs, et 18% de la schi-

zophrénie. Dans une vaste étude faite aux États-Unis sur les troubles mentaux chez les adultes, [*The Epidemiological Catchment Area (ECA) Study*], les affections psychiatriques les plus fréquentes chez les UDI étaient l'anxiété (28%), les troubles maniaco-dépressifs (26%), les personnalités antisociales (18%), et la schizophrénie (7%) (Regier et al., 1990).

Au Québec, le taux de double diagnostic est estimé différemment en fonction des milieux de traitement: 33 à 50% de la clientèle en milieu psychiatrique, 30 à 40% dans un centre privé, 25% dans le service hospitalier de désintoxication (Hôpital Saint-Luc de Montréal), 2 à 8% dans les centres publiques de réadaptation pour alcoolisme et toxicomanie (Mercier et Beaucage, 1997). À Montréal, le nombre de personnes associant toxicomanie et maladie mentale était compris entre 25 000 et 40 000 (RRSSS de Montréal-Centre, 1999).

Le double diagnostic toxicomanie/maladie mentale rend difficile l'estimation de la prévalence réelle de ce problème dans la société. En effet, la drogue masque un grand nombre de manifestations des maladies mentales (Crofts et al., 2000) et peut en exacerber d'autres. Autant la drogue que la maladie mentale constituent, pour l'UDI, des obstacles à l'expression de ses besoins de santé.

2.2.4. L'usage de drogues injectables s'accompagne d'autres troubles de comportement et de complications aux sites d'injection ou à distance

De la première injection de drogue aux problèmes graves de santé, il se dessine un réseau complexe de causalité qui comprend de nombreux facteurs tels un statut socio-économique bas, une faible scolarité, une instabilité dans le logement, un manque

d'emploi stable et légal, la violence sous toutes ses formes, les vols, les dettes, les incarcérations à répétition, pour ne citer que ceux-là.

La consommation de drogues va souvent de pair avec celle d'alcool et de cigarette (Sterk et al., 2002). Crofts et coll. (2000) ont rapporté que dans leur groupe d'étude, 95% d'UDIs fumaient la cigarette (en moyenne 19,6 cigarettes par jour), et 48% consommaient des boissons alcoolisées (soit 5 à 17 consommations par jour).

Des complications dues aux injections de drogues, telles que le tétanos, le botulisme, la septicémie, l'endocardite et les abcès, sont relativement rares dans les pays développés. Par contre, une fréquence élevée de complications vasculaires dues aux injections répétitives a été observée (Woodburn and Murie 1996).

L'usage de drogues injectables augmente le risque de vagabondage sexuel et prédispose les UDIs aux maladies transmises sexuellement (MTS), telles la chlamydiae, la gonorrhée, l'herpès génital, le condylome acuminé et la syphilis. Walsh (1998) a estimé que, parmi les sans-abri, les UDIs encouraient 3 fois plus de risque d'attraper une MTS que les non UDIs.

Vingoe et coll. (1999) ont également signalé une association entre l'overdose par héroïne et les tentatives de suicide. La violence est aussi un phénomène courant chez les UDIs, expliquée par plusieurs mobiles tels la dispute d'un territoire de prostitution ou de vente de drogue, ou les querelles autour des dettes (Bourgeois 1998; Wodak 1998).

2.2.5. L'usage de drogues injectables a plusieurs impacts sur l'utilisation du système de soins

Selon les écrits sur ce sujet, les problèmes liés à l'utilisation des services de santé par les UDIs revêtent au moins quatre aspects: 1) la faible utilisation des services de santé préventifs; 2) la faible utilisation des services de santé de première ligne pour des besoins de santé; 3) l'utilisation des services d'urgence comme première source de traitement pour ses problèmes de santé; 4) la non observance du traitement lorsqu'on est pris en charge pour une affection quelconque.

2.2.5.1. Faible utilisation des services de santé préventifs

Les écrits scientifiques montrent que les UDIs utilisent moins les services de santé de prévention que la population générale (Stein et al., 2003; Sterk et al., 2002; Knowlton et al., 2001; Laine et al., 2001; Crofts et al., 2000; Selwyn et al., 1993; Solomon et al., 1991).

En outre, le fait de fréquenter un service préventif n'est pas en lui-même une garantie de bonne disposition totale quant à l'abandon d'un comportement à risque. McGarry et coll. (2002) ont comparé deux groupes d'UDIs, dont l'un fréquentait un centre de distribution de seringues, et un autre un centre de désintoxication à la méthadone. La proportion des UDIs qui rapportaient avoir passé des tests pour le dépistage de l'hépatite B et C était significativement plus élevée dans le groupe « méthadone » que dans le groupe « distribution de seringue ». Par ailleurs, les UDIs séropositifs qui

s'intègrent dans des programmes de maintenance à la méthadone semblent plus disposés à bien adhérer au traitement antirétroviral que les UDIs séropositifs qui ne suivent pas un programme de maintenance à la méthadone (Sambamoorthi et al., 2000).

En se basant sur la théorie du « *health belief model* » (Rosenstock, 1974a,b), Booth soutient qu'une plus grande utilisation des services de santé par les UDIs va contribuer à diminuer les comportements à risque reliés à l'usage de drogues injectables (Booth et al., 1999).

2.2.5.2. Faible utilisation des services de santé de première ligne pour des besoins de santé

Plusieurs études sont arrivées à la conclusion que les UDIs recourent moins aux services de santé de première ligne que la population générale (Stein et al., 2003; Sterk et al., 2002; Kidder et al., 2001; Knowlton et al., 2001; Solomon et al., 1991). Une étude conduite à Baltimore, Maryland, sur 1 881 UDIs séropositifs, a montré que, malgré qu'ils connaissent leur statut, ils ne recouraient à un service de santé qu'en présence de deux ou plusieurs signes de SIDA; la seule connaissance de la séropositivité ou d'un taux bas de CD₄ n'était pas significativement associée à l'utilisation des services de soins (Solomon et al., 1991). L'étude de Kidder et coll. (2001), conduite sur 149 femmes d'Atlanta qui utilisaient la cocaïne, a également conclu à une faible utilisation des services de première ligne par les répondantes.

2.2.5.3. Utilisation des services d'urgence comme première source de traitement pour ses problèmes de santé

Dans leur étude sur la fréquentation des services de santé par les femmes toxicomanes et non toxicomanes, à Atlanta, aux États-Unis, Sterk et coll. (2002) concluent que les grandes utilisatrices des drogues avaient tendance à ne pas rechercher les soins dont elles avaient besoin (RC ajusté = 3,31; IC à 95% = 1,18 - 9,29). En conséquence, comparativement aux autres femmes, la salle d'urgence des hôpitaux constituait bien souvent leur premier point de contact avec les services de santé (RC ajusté = 6,04; IC à 95% = 1,97 - 18,56). Dans cette étude, l'utilisation des urgences comme première source de soins par les femmes toxicomanes étaient associée aux facteurs suivants: l'ethnie noire, une faible scolarité, une santé perçue comme mauvaise, une consommation récente de drogues, le manque d'une assurance médicale, et le fait d'éprouver des contraintes financières. D'autres études américaines (Stein et al., 2003; Solomon et al., 1991) sont arrivées au même constat: les UDIs utilisent moins les services de soins de première ligne et ont plus tendance à recourir aux services d'urgence des hôpitaux comme première source de soins. L'étude de French et coll. (2000) estime que cette utilisation excessive des services d'urgence par les UDIs et autres utilisateurs chroniques de drogues entraîne des coûts annuels supplémentaires de 1 000\$ US par individu.

2.2.5.4. Non observance du traitement

En dépit de l'abondante littérature sur ce sujet, la non adhérence au traitement ne constitue qu'un des aspects de l'utilisation des services de soins par les UDIs. Ce phénomène a surtout été étudié dans le cadre du traitement antirétroviral, où l'usage de drogues, injectables ou non, est pointé du doigt comme un prédicteur important de la non adhérence (Aloisi et al., 2002; Howard et al., 2002). Les meilleurs prédicteurs de l'adhérence au traitement antirétroviral sont notamment le fait d'être inclus dans un programme de désintoxication à l'alcool ou aux drogues, ainsi qu'une bonne expérience du médecin dans la prise en charge du sujet infecté par le VIH (Strathdee et al., 1998).

2.2.6. La gratuité des soins ne suffit pas pour garantir l'utilisation des services de soins

Certains chercheurs ont pensé qu'une façon de résoudre le problème de l'utilisation des services de santé pour les couches sociales défavorisées était de fournir au maximum de personnes un accès gratuit aux soins. En effet, une étude menée à Harlem sur les jeunes adultes UDIs a conclu que le meilleur prédicteur de l'utilisation des services préventifs par ces jeunes était le fait de bénéficier d'une assurance médicale (Cronquist et al., 2001).

Cependant l'accès gratuit aux soins médicaux n'est pas une garantie totale de l'utilisation des services de santé par les UDIs. Ceci est illustré par une étude conduite à

Portland, Oregon, sur les UDIs atteints par le VIH, qui ne fréquentaient pas un service de santé (Sibthorpe et al., 1996). Un bon de traitement gratuit par les antirétroviraux fut offert à 824 UDIs. Au début de l'étude, 272 sujets (33%) avaient exprimé un réel intérêt dans le traitement; mais après 6 mois de suivi, seulement 9 sujets (1%), ont continué à adhérer au traitement.

Ce paradoxe est encore plus criant dans un système de santé avec couverture universelle comme celui du Canada, où l'accessibilité aux soins est ouverte à toutes les couches socio-économiques de la population. Une étude menée à Vancouver sur l'utilisation des services de santé par les UDIs signale en effet que ces derniers n'entrent en contact avec les services de soins que lorsque leur affection est devenue grave, ce qui a pour conséquence de peser lourdement sur le service et le coût des soins d'urgence (Palepu et al., 2001). Une recherche prospective conduite dans la même région a montré que, malgré la gratuité du traitement antirétroviral, seulement 40% d'UDIs infectés par le VIH (soit 71 sur 177 sujets) avaient reçu un quelconque antirétroviral (Strathdee et al., 1998). Parmi ceux qui étaient traités, les auteurs ont retenu deux prédicteurs importants de non adhérence: le jeune âge (RC par classe de 10 ans d'intervalle = 0,47; IC = 0,28-0,80) et le sexe féminin (RC = 2,53; IC = 1,08-5,93). Les autres prédicteurs - tels que le fait d'être autochtone, le manque de logis, le revenu, l'orientation sexuelle, la maladie mentale, l'emprisonnement, les caractéristiques comportementales et cliniques - se sont démontrés non significatifs.

2.2.7. La faible utilisation des services de soins par les UDIs a un impact négatif sur la santé de la population

La faible utilisation des services de santé de prévention et de première ligne par les UDIs a au moins deux conséquences majeures sur la santé de la population. Premièrement, elle favorise la propagation des maladies liées aux drogues injectables, plus particulièrement l'hépatite C et le VIH. En effet, les UDIs représentent un important chaînon de la transmission hétérosexuelle du VIH aux non-UDIs (Vermund, 1997; Ginzberg, 1988; Raymond, 1988; Des Jarlais and Friedman, 1987; Friedman and Klein, 1987; Guinan and Hardy, 1987; Drucker, 1986). Deuxièmement, cette utilisation sous-optimale entretient un pool élevé de prévalence des troubles de comportement chez les jeunes de la rue (French et al., 2000; Fiscella et al., 1998; Rice et al., 1991). En outre, elle contribue dans une certaine mesure à une utilisation « évitable » des services d'urgence des hôpitaux pour le traitement des intoxications aiguës aux drogues (McGeary, French, 2000; Comerford et al., 1998; Padget, Struening, 1991). L'encombrement des services d'urgence est reconnu comme pouvant avoir un impact négatif sur la qualité des soins et sur la sécurité des patients (Li et al., 2007; Schull et al., 2004). Par ailleurs, plusieurs auteurs Canadiens ont présenté l'encombrement des urgences comme un véritable problème de santé publique du fait qu'il contribue aux décès, qu'il augmente le niveau de stress chez les intervenants et détériore la qualité générale des services offerts aux patients (Bond et al., 2007; Rondeau et al., 2005; Kollek 2002; Dickinson 1989).

CHAPITRE 3 : QUESTIONS DE
RECHERCHE ET OBJECTIFS
DE L'ÉTUDE

3.1. Questions de recherche

Il ressort de la revue des écrits scientifiques que plusieurs études ont été consacrées à l'observance du traitement par les UDIs. Par contre peu d'articles ont été axés sur l'utilisation des services de soins. Plus particulièrement pour la ville de Montréal, cette problématique est très peu documentée. Aussi sera-t-elle le thème principal de la présente étude, dont le but principal sera de répondre à la question suivante: « **Quels sont les facteurs favorisants et les obstacles associés à l'utilisation des services de soins de première ligne et des services d'urgence par les UDIs?** » Cette question principale ramène plusieurs sous-questions:

- 1) Quel est l'impact des comportements à risque (injection de drogues, échange de seringues usagés, etc.) et des conditions socio-économiques des UDIs sur leur état de santé?
- 2) Les UDIs de Montréal utilisent-ils plus les urgences que les services de premières lignes? Quels sont les déterminants de cette utilisation différentielle?
 - a) Les expériences d'utilisation antérieure des services de santé par les UDIs influencent-elles leur choix de consulter dans les services d'urgence par rapport aux services de soins de première ligne?
 - b) Les conditions de marginalité des UDIs sont-elles associées à une utilisation plus fréquente des urgences par rapport aux services de soins de première ligne?
 - c) Le fait d'avoir suivi un traitement quelconque contre la toxicomanie est-il associé à une utilisation plus accrue des services de santé de première ligne plutôt que des services d'urgence?

3) Dans leur utilisation des services de première ligne (CLSC, cabinets médicaux sur rendez-vous, cabinets médicaux sans rendez), les UDI marquent-ils une préférence pour un service par rapport à un autre? Quels facteurs déterminent cette préférence?

Seule une approche holistique pourra permettre d'apporter des éléments de réponse à ces questions. Aussi allons-nous bâtir un modèle explicatif de type écologique, comprenant le niveau macro-social, microsocial, et individuel.

3.2. Objectifs

3.2.1. Objectif général

La visée générale de cette étude est de vérifier l'hypothèse de l'utilisation plus fréquente des services d'urgence par les UDI comparativement aux services de soins de première ligne et de ressortir les facteurs associés à ce profil d'utilisation des services de santé.

3.2.2. Objectifs spécifiques

A) Mesurer les conditions de santé des UDI et ressortir les déterminants de leur morbidité.

Notre hypothèse se résume dans l'affirmation que, si les UDI sont décrits comme étant de grands consommateurs des services d'urgence, cela relève du fait que leur degré de morbidité est élevé. La première étape vers l'élaboration des stratégies d'inter-

vention sur cette population particulière consisterait donc à ressortir les déterminants modifiables de cette morbidité élevée. Il sera ainsi possible de suggérer des pistes de solution mieux adaptées aux déterminants de santé de ce groupe. Les conditions de marginalité des UDIs et le statut socio-économique défavorable de la plupart d'entre eux pourraient jouer un rôle majeur dans leur propension à souffrir de maladies aiguës ou de crises des maladies chroniques qui pourraient les amener à consulter.

B) Évaluer l'utilisation des services d'urgence versus des services de première ligne par les UDIs et ressortir les déterminants de leur préférence d'un service par rapport à un autre.

Il existerait une relation dynamique entre l'utilisation des services de santé de première ligne (CLSC, cabinet du médecin de famille, clinique médicale sans rendez-vous) et des services d'urgence. La tendance à recourir à l'un ou l'autre de ces services dépendrait du degré de rupture de l'équilibre biopsychosocial du sujet. Plus ce déséquilibre sera aigu, plus l'UDI aura tendance à recourir aux services d'urgence pour demander des soins. De manière plus spécifique, cette recherche vise à ressortir les déterminants biopsychosociaux de l'utilisation des services de première ligne d'une part et des services d'urgence d'autre part.

Cette étude s'inscrit dans le cadre général de l'accessibilité aux soins pour les minorités à risque que représentent les UDIs. De louables efforts ont été déployés au Canada pour faciliter l'accès aux soins à toutes les couches sociales. Mais des disparités demeurent encore. Les raisons profondes de l'utilisation sous-optimale des services courants des soins de prévention et de première ligne par les UDIs sont inconnues. En

effet, les obstacles d'accessibilité aux soins au Canada, relevant des contraintes financières, sont levés du fait que tous les résidents du Canada ont droit aux soins de santé. Ces obstacles ne devraient pas être cherchés uniquement du côté des UDIs, mais aussi du côté du système de santé, de l'attitude du personnel médical et des autres professionnels du système de santé.

C) Mesurer la préférence des UDIs dans leur utilisation de l'un ou l'autre service de premier ligne et cibler les facteurs qui expliquent leurs choix.

Idéalement, les UDIs devraient recourir davantage aux services de première ligne, et n'aller vers les urgences qu'en cas de maladies graves. Il faudra donc mieux comprendre les facteurs qui expliquent leur préférence à utiliser tel ou tel autre service de première ligne de manière à suggérer des pistes d'intervention pour une utilisation plus rationnelle des services de santé. Il est probable que le fait de manquer des pièces d'identité ou de vivre sur la rue soient des exemples d'obstacles qui vont limiter l'accès des UDIs à certains services de première ligne, tels les cabinets médicaux, et conditionner leur recours soit aux CLSC soit aux urgences, qui sont des institutions publiques où certains services sociaux sont intégrés.

Une compréhension plus approfondie des obstacles et des facteurs favorisant l'utilisation des services de santé par les UDIs sera un pas de plus dans l'organisation d'un système de santé canadien mieux adapté à toutes ses réalités sociales. Cette idée est partagée par Rivers, qui a étudié la même problématique aux États-Unis (Rivers, 1998). On ne saurait combattre le VIH et autres maladies chez les UDIs si on ignore les obstacles et les facteurs favorisant qui conditionnent leur accessibilité au système de soins.

CHAPITRE 4 : REVUE DES ÉCRITS
SUR LES FACTEURS ASSOCIÉS À
L'UTILISATION DES SERVICES DE
SOINS PAR LES UDI_s

La majorité des publications sur l'utilisation des services de soins proviennent d'études réalisées aux États-Unis. La différence entre le Canada et les États-Unis en matière d'accès universel au système de soins pourrait-elle rendre boiteuse toute tentative de comparaison entre ces deux pays ? Une étude conduite par Li et collaborateurs (2007) permet de répondre à cette question. En comparant l'utilisation des services d'urgences aux États-Unis et au Canada, ces chercheurs ont observé que le taux de fréquentation était le même. Le manque d'assurance pour les soins médicaux chez les moins nantis des États-Unis et les longues listes d'attente pour accéder aux services médicaux au Canada pèsent sur la balance avec le même poids pour expliquer cette utilisation comparable des services d'urgence.

L'exploitation de la littérature scientifique permet d'observer qu'un grand nombre de variables reliées à l'utilisation des services de soins ont déjà été étudiées. Ces variables peuvent être regroupées en 3 catégories selon le modèle comportemental d'Andersen (Andersen RM, 1995), qui distingue trois groupes majeurs de déterminants de l'utilisation des services de santé: les facteurs prédisposants, les facteurs facilitants et les besoins en santé. Le modèle comportemental d'Andersen a été élaboré dans les années 1960, aux États-Unis, avec pour objectif d'approfondir la compréhension de l'utilisation des services de santé par les familles, et promouvoir l'équité dans l'accès aux services de soins de santé. Ce modèle a été abondamment adapté à plusieurs modes d'utilisation des services de santé (Bradley EH et al., 2002; Stein JA et al., 2000; de Klerk MM et al, 1997).

Ces trois groupes de déterminants mis en évidence par Andersen se différencient les uns des autres par leur proximité d'avec l'utilisation des services de soins. En effet,

les besoins en santé constituent des impératifs biologiques immédiats qui conditionnent l'utilisation des services. Les facteurs facilitants représentent des dispositifs individuels ou sociaux qui conditionnent un accès aisé et sans embûche aux services de soins. Par contre les facteurs prédisposants sont plus lointains, remontant parfois jusqu'à la petite enfance et l'environnement familial, pour expliquer le lien souvent indirect entre les particularités du sujet et l'utilisation des services.

4.1. Facteurs prédisposants

4.1.1. Facteurs démographiques

4.1.1.1. Âge

L'âge des sujets, de même que l'attitude envers le système de santé, sont associés à l'utilisation des services de santé. Fiscella et coll. (1998) ont montré notamment que les personnes plus jeunes étaient les plus sceptiques vis-à-vis des soins médicaux, adoptaient davantage des comportements à risque, et étaient les plus nombreuses à ne pas avoir une assurance médicale; tandis que les personnes plus âgées avaient plus tendance à avoir un médecin de famille. Ces associations se maintiennent même entre les populations des UDI (Sterk et al., 2002).

4.1.1.2. Sexe

D'une façon générale, les femmes consultent plus les services de santé que les hommes (Chitwood et al., 1998). Dans le contexte des UDIs, cette différence pourraient se maintenir, du fait que, à part les risques d'infection et d'intoxication, les femmes UDIs présentent également le risque de grossesses non désirées ou des troubles menstruelles (Comerford et al., 1998; Novick et al., 1997; Minkoff et al. 1990). Dans une étude menée à Vancouver, la prévalence des infections à VIH chez les femmes UDIs était 40% plus élevée que chez les UDIs mâles (Spittal et al., 2002).

4.1.2. Facteurs psychosociaux

4.1.2.1. Maladies mentales

La prévalence du double diagnostic toxicomanie/maladie mentale est très élevée (Crofts et al., 2000; Gilvary, 1998; Farrel et al., 1998; Scott et al., 1998; McKey, 1998). Aussi bien la drogue que la maladie mentale émusent l'expression des besoins de santé de l'UDI et contribuent à une faible utilisation des services de soins.

4.1.2.2. Violence verbale, physique ou sexuelle, et consommation de drogues dans la famille

Plusieurs études affirment que l'initiation à l'abus de drogues injectables chez les

jeunes est généralement associée à l'occurrence d'événements traumatisants dans la famille, notamment l'abus sexuel, l'abus physique, la violence verbale ou la consommation de drogues par les parents (Roy₁ et al., 2003; Martinez et al., 1998; Neisen 1993).

Martinez et coll. (1998), dans une étude comparant les UDIs aux non-UDIs, signalent que les premiers ont plus tendance à rapporter des antécédents de traumatismes psychosociaux, y compris l'usage de drogues par les parents, d'institutionnalisation forcée, d'abus d'alcool et autres drogues non injectables, de rapports sexuels en vue de la survie, et d'usage de bâtisses abandonnées comme logement. Ceci pourrait expliquer, au moins partiellement, pourquoi les UDIs ont tendance à souffrir davantage de troubles de personnalité antisociaux que les non-UDIs (Dinwiddie et al., 1996).

4.1.2.3. Structure sociale

A. Scolarité et occupation

Rares sont les UDIs qui ont une scolarité élevée. Dans l'étude de Crofts (2000), seulement 16% des UDIs avaient complété 12 ans de scolarité. Un faible niveau de scolarité s'associe à une difficulté accrue d'accès au marché du travail pour aboutir en fin de compte à un risque plus élevé de morbidité et d'utilisation accrue des services de soins.

B. Réseau social

Le réseau social joue un rôle majeur tant pour l'adoption de bonnes que de mau-

vaises habitudes. Les études montrent que bon nombre de jeunes se sont engagés dans l'abus de drogues injectables sous l'influence d'un réseau social (Roy¹ et al., 2003; Lai et al., 2000; Martinez et al., 1998; Kipke et al., 1997). Les caractéristiques du réseau social des UDIs influencent la susceptibilité aux épisodes d'overdoses (Latkin et al., 2004) et la tendance à partager des seringues usagés (Lakon et al., 2002; Stein et al., 2002). Par contre, le soutien offert aux UDIs par les services communautaires constitue un tremplin efficace vers la réinsertion sociale, et un déterminant positif de l'utilisation des services de soins de première ligne. Dans l'étude de Crofts (2000) sur les toxicomanes australiens, 87% des répondants avaient déclaré que les services offerts par les travailleurs de rue contribuaient substantiellement à l'amélioration de leurs conditions. Plusieurs autres études ont confirmé ce rôle majeur joué par les travailleurs de rue dans la référence des UDIs vers les services de soins (Greenberg et al., 1998; Ashery et al., 1993; Bux et al., 1993).

C. Interactions sociales

1) Vécu social

L'usage de drogues injectables est un phénomène dont la source est à rechercher d'abord dans le vécu social du sujet. D'un point de vue macro-social, parmi les facteurs qui pourraient avoir influencé l'initiation aux drogues injectables, il convient de citer les récessions économiques, les restructurations du marché du travail des dernières décennies et l'ascension du phénomène des jeunes sans-abri (MacKenzie & Chamberlain 1998). Et une des grandes conséquences de ce phénomène a été la flambée de l'usage de drogues illicites par injection (Horn 1999; Farrel et al., 1998; Gilvarry 1998; Klee

and Reid 1998). La ville de Montréal compterait 4000 à 5000 jeunes de la rue âgés de 14 à 25 ans, dont 29% de filles (Roy et al.; 2000). Parmi eux, 40% sont des UDI. Un vécu social défavorable constitue un déterminant indirect de l'utilisation des services de soins, dans la mesure où il peut représenter un tremplin vers la toxicomanie et l'usage de drogues injectables en particulier.

2) Responsabilités familiales

La responsabilité familiale des sujets, estimée sur base du nombre d'enfants à charge, est un déterminant majeur de l'utilisation des services de soins. Dans l'étude de Sterk et coll. (2002), le fait d'avoir un enfant à charge constituait un bon facteur protecteur en ce qui concerne la bonne disposition à utiliser les services médicaux pour les besoins de santé (RC = 0,10; IC = 0,01-0,44).

3) Degré d'addiction aux drogues

L'utilisation des services seraient également associée au degré d'addiction aux drogues, injectables ou non-injectables (Stein et al., 2003). Sterk et coll. (2002) ont mesuré la sévérité de l'addiction en la stratifiant en trois catégories: 1) usage de drogues illégales dans les derniers 2 jours; 2) dans les 30 derniers jours; 3) et dans les 90 derniers jours. L'association s'est révélée très significative, tant avec la non-utilisation des services de santé de première ligne (RC = 3,31; IC = 1,18-9,29), qu'avec l'utilisation des salles d'urgence comme premier contact pour les services de soins médicaux (RC = 6,04; IC = 1,97-18,56).

4) Effets de la marginalité

Pour les UDI, le fait de vivre dans une sous-culture et un monde séparé, avec peu de liens avec la société dans son ensemble, a un effet évident sur l'utilisation des

services, tant du fait de leur répulsion par le personnel des institutions de santé que du fait de leur propre attitude de retrait vis-à-vis de la société. Crofts et coll. (2000) ont rapporté que 49% des UDIs interrogés se refusaient à utiliser les services de soins locaux. D'autres études soutiennent que, malgré l'offre d'un service adéquat pour le maintien de la santé de la population, il n'en va pas de même pour les minorités sociales dont les activités sont jugées illégales (Pates 1995). Les toxicomanes sont généralement considérés comme les moins bien servis de toute la clientèle des centres communautaires (Whittaker & MacLeod 1998).

5) Expérience de discrimination et maltraitance

Dans l'étude de Crofts (2000), 69% des UDIs interrogés ont rapporté avoir été victimes de discrimination de la part des professionnels de la santé. Tout sentiment de rejet par le personnel médical aura pour conséquence une réticence accrue des UDIs envers l'utilisation des services de soins.

6) Casier judiciaire et emprisonnement

Trente sept à quarante pour cent des UDIs australiens présentent une histoire d'emprisonnement (Rumbold & Fry 1998; Loxley et al. 1995). Ce fait constitue un marqueur de risque pour les violences physiques et la marginalité, phénomène dont le lien avec le besoin en soins de santé n'est pas à démontrer.

4.1.2.4. Croyances sur la santé et les services de santé

A. Expérience positive antérieure de l'utilisation des services de santé

La satisfaction quant à une utilisation antérieure des services de santé constitue un prédicteur important d'une utilisation ultérieure. Chitwood et coll. (2002) ont montré ce fait dans une étude sur 1 477 sujets, qui comparait les toxicomanes aux non toxicomanes. Ils concluent que les toxicomanes étaient moins satisfaits des services de santé et leur fréquentation de ces services pour les soins de première ligne était moindre.

B) Perception favorable sur les services de santé

La perception des UDIs sur la qualité du système de santé est un facteur déterminant. L'étude de Crofts et coll. (2000) a révélé que la faible utilisation des services par les UDIs serait expliquée en partie par le fait qu'ils perçoivent le service de santé comme étant inaccessible, inapproprié pour leurs besoins, et qu'ils se sentent jugés par le personnel.

C) Perception des professionnels de la santé par les UDIs

L'attitude du personnel de santé envers la clientèle, et son impact sur la perception de la qualité et de l'efficacité du traitement, influe sûrement sur l'utilisation des services de soins. Certaines études ont rapporté des difficultés d'accessibilité aux soins de santé pour des minorités spécifiques, les UDIs notamment, du fait qu'elles percevaient l'attitude du personnel de santé et plus particulièrement des médecins traitants, comme étant inhospitalière (Oliva et al, 1999; Kiefe & Hyman, 1996).

4.2. Facteurs facilitants

4.2.1. Facteurs individuels

4.2.1.1. Revenu

Sterk et coll. (2002) ont mesuré le revenu des sujets, sous le terme de « contraintes financières », dans une étude faite aux États-Unis. Ce facteur s'est démontré significativement associé à la variable « utilisation des salles d'urgence comme premier contact pour les soins médicaux » (RC = 1,25; IC = 1,10-1,48), mais non avec la variable « non utilisation des services médicaux de première ligne pour les problèmes de santé » (RC = 1,21; IC = 0,99-1,36).

4.2.1.2. Domicile fixe et qualité du logement

Dans l'étude de Crofts (2000), 37% des UDIs étaient sans logis, et 50% des femmes UDIs vivaient sur la rue. L'impact de l'habitat sur la propension à utiliser les services de soins a été souligné dans l'étude de cohorte conduite à Vancouver par l'équipe de Palepu (1999) sur une population de 1 103 UDIs. Le but de cette étude était de décrire les liens entre l'utilisation des services de santé, le statut sérologique des sujets quant au VIH, ainsi que leurs caractéristiques sociodémographiques. Parmi ces UDIs, 65% étaient des hommes, et 23% étaient VIH-positifs, la drogue la plus consommée était la cocaïne, et 47% ont recouru à un service de soins dans les 6 mois avant l'inter-

view. L'instabilité du logement était le principal déterminant social de l'utilisation des services d'urgence dans leur échantillon (RC: 1,44; IC à 95%: 1,11-1,86). Les autres déterminants étaient le sexe féminin (1,45; 1,11-1,89); le statut VIH-positif (1,43; 1,06-1,92); l'injection de cocaïne (1,50; 1,12-2,02); et une visite chez un médecin de première ligne dans les 6 mois précédents l'interview (1,91; 1,39-2,64).

4.2.1.3. Assurance maladie

L'assurance maladie est un déterminant important de l'utilisation des services de soins (Cronquist et al., 2001). L'étude de Sterk et coll. (2002) montre cependant que ce facteur n'est pas un incitatif suffisant pour conduire un UDI à consulter à temps pour ses besoins de santé.

4.2.1.4. Source régulière de soins

1) Accès à un centre social et aux services préventifs et disponibilité des services de soins pour les UDIs

L'étude de Crofts (2000) a révélé que 50% des UDIs avaient des difficultés à se trouver un conseiller, 70% avaient rencontré des obstacles pour accéder à un programme de désintoxication, et 91% avaient éprouvé des difficultés à s'approvisionner en seringues neuves. L'accès des UDIs aux services préventifs constitue un pont vers un changement positif des comportements à risque. Ceci a été largement étudié pour, notamment, la maintenance à la méthadone. En effet, certaines études ont montré que les

UDIs qui participaient à un programme de maintenance à la méthadone manifestaient une réduction substantielle de l'abus de drogues et de l'échange de seringues (Ball, et al., 1988; Hubbard, et al., 1988; MacGowan, et al., 1997). Cet impact positif a également été observé sur les comportements sexuels à risque (McGowan, et al., 1997). Par ailleurs, d'autres auteurs ont signalé un taux de séroconversion plus bas chez les UDIs sous traitement comparativement aux UDIs non traités (Metzger, et al., 1993; Moss, et al., 1994).

2) Accès à un médecin de famille

Le fait d'avoir un médecin de famille à sa portée constitue un prédicteur important de l'utilisation des services de soins de première ligne (Sterk et al., 2002; Fiscella et al., 1998), parce qu'il facilite l'accès aux soins. Ce fait est soutenu par une étude menée de concert par Statistique Canada et une équipe de chercheurs du Département de géographie de l'Université McGill, qui ont montré que les Canadiens qui n'avaient pas de médecin de famille rencontraient deux fois plus de difficulté à accéder aux soins de premier contact que ceux qui en avaient un (Statistique Canada, 2003).

4.2.2. Facteurs communautaires

4.2.2.1. Attitude du personnel de santé

Certaines études ont dévoilé le mauvais accueil fait aux UDIs par le personnel médical (Oliva et al, 1999; Kiefe, Hyman, 1996). Dans l'étude de Crofts et coll.

(2000), deux tiers des participants ont affirmé avoir été victimes de discrimination par les pharmaciens, et 69% par le personnel du système de santé. Cette attitude répulsive du personnel des services médicaux entame la perception de la qualité des soins et entre pour une part en ligne de compte dans l'explication de la non-utilisation des services de soins par les UDI. Cette affirmation sur le lien entre la perception de la qualité des soins et l'utilisation des services de soins est soutenue notamment par l'étude de Rahman et coll. (2002) conduite au Bangladesh.

4.2.2.2. Équité dans l'accès aux soins et iniquité systémique

L'équité dans l'accès aux services de soins peut être compromise lorsque les facteurs démographiques et les besoins de santé influencent significativement la variance de l'utilisation des services (Andersen 1968). L'iniquité dans l'accès apparaît lorsque la structure sociale, les croyances en santé et les facteurs facilitants déterminent qui reçoit effectivement les soins (Andersen 1995). Et lorsque cette hétérogénéité dans l'accès aux soins dépend des aspects structurels et conjoncturels du système de santé, elle constitue une discrimination ou iniquité systémique (Gravel et Battaglini, 2000). Elle est de nature involontaire et passe facilement inaperçue, mais pourrait se révéler par ses effets, en termes d'inégalités de résultats (Chicha-Pontbriand, 1990) ou de faible utilisation des services par les membres du groupe marginalisé (Gravel et Battaglini, 2000).

Aucun système de santé n'est totalement exempt d'iniquité systémique. De nombreux pays ont adhéré à la Charte d'Ottawa sur les droits de la personne et ont déployé de louables efforts d'ouverture au système de soins pour toutes les couches sociales.

Mais certaines inadéquations dans l'organisation des services de santé vis-à-vis de certaines minorités demeurent encore. Avec sa richesse considérable en personnel et en structures de soins, le système de santé canadien recourt constamment à ses experts en santé pour l'autodiagnostic de son efficience face à la problématique des minorités sociales, notamment les UDIs. Les problèmes suivants ont notamment été soulignés:

1) Manque de disponibilité du personnel de santé

Dans un système de santé où les médecins sont payés à l'acte, les longues heures consacrées aux UDIs découragent les praticiens. Cette remarque s'applique plus particulièrement aux « cliniques sans rendez-vous » et aux cabinets des médecins de famille. Par ailleurs, tant dans les services de première, de deuxième que de troisième ligne, le réseau de la santé de Montréal manque de personnel qualifié, sensibilisé et disponible pour la prise en charge des UDIs. Fait encore plus grave, certains patients étaient exclus des services de psychiatrie en raison de leur addiction à la drogue (RRSSS de Montréal-Centre, 1999).

2) Manque de compétence du personnel de santé pour la prise en charge des UDIs

Plusieurs praticiens australiens s'avouent parfois non équipés et sans habileté pour prendre en charge les UDIs (Crofts, 2000). Le même problème existe au Canada, et à Montréal en particulier. L'accès aux programmes de maintien à la méthadone, par exemple, est difficile du fait, entre autres, du nombre limité des médecins formés en toxicomanie (DSP, 2001).

3) Faible intérêt du personnel de santé pour les UDIs

Bon nombre de médecins australiens déclarent ne pas s'intéresser à la clientèle UDIs du fait que leurs consultations sont plus longues que la normale et que leurs pro-

blèmes de santé sont souvent difficiles à résoudre (Crofts, 2000). Il en est de même au Canada. Les publications scientifiques indiquent notamment que les toxicomanes souffrant de maladies mentales, dans la région de Montréal, sont mal desservis, sont souvent exclus, et que le réseau de santé est fort peu sensibilisé et intéressé par cette clientèle (RRSSS de Montréal-Centre, 1999; Mercier et Beaucage, 1997). Lorsqu'ils ne sont pas exclus, les services qui leur sont offerts ne sont pas intégrés, les maladies mentales étant traitées sans tenir compte de la toxicomanie. Une des conséquences de ce faible intérêt pour la clientèle UDIs se matérialise dans le faible nombre de médecins formés en toxicomanie et la faible couverture des programmes de méthadone.

4) Disponibilité limitée des structures de santé pour les UDIs

À tous ces problèmes ci-dessus s'ajoute la faible disponibilité en services de toxicomanie spécialisés, ayant un personnel psychologiquement préparé à s'occuper de cette clientèle (RRSSS de Montréal-Centre, 1999; DSP, 2001). Par ailleurs, la toxicomanie est avant tout un mal social, et une approche thérapeutique qui ne vise qu'à désintoxiquer physiquement l'UDIs, sans chercher aussi à le rééquilibrer psychologiquement ni à le réinsérer socialement, indépendamment de la désintoxication, est vouée à l'échec.

5) Adéquation des structures de santé existante à la problématique des drogues injectables

Selon Roy et collaborateurs (2007), les services de première ligne de Montréal ne sont pas convenablement organisés pour la prise en charge des UDIs, plus particulièrement en ce qui concerne l'hépatite C. La même critique a été formulé par les chercheurs de la Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre,

qui soulignent que ces services de première ligne de Montréal évaluent rarement le double diagnostic, réfèrent peu aux services spécialisés, et sont inadaptés pour cette clientèle (RRSSS de Montréal-Centre, 1999). Les heures d'ouverture des cliniques et CLSC ne sont pas nécessairement celles où un UDI en crise peut venir chercher de l'aide. Les services hospitaliers de toxicomanie de la ville de Montréal sont concentrés à la région centre-sud de la ville, alors que le nord de la ville (Saint-Laurent, Montréal-Nord, Rivière-des-Prairies), où la toxicomanie est également courante, ne dispose d'aucune structure spécialisée en toxicomanie. La distance à parcourir pour rejoindre les services spécialisés du centre-ville pourrait constituer une barrière géographique pour un UDI en difficulté financière.

Cet amalgame de défaillance du système de santé dans la prise en charge des UDIs (notamment l'insuffisance des médecins de famille, le manque de formation des médecins en toxicomanie, l'accès réduit aux programmes de désintoxication), conduit souvent à une situation déplorable dans laquelle l'incarcération prend le dessus sur le traitement et la réhabilitation des UDIs. Or, il est connu que les prisons n'ont aucun effet positif sur la réhabilitation des détenus et pourraient même exacerber le mal (Ware 1999).

4.3. Besoins en santé

Bien souvent, l'UDI est lourdement chargé de facteurs prédisposants défavorables et n'a que faiblement accès aux facteurs facilitants. Son profil psychosocial particulier le conduit à l'adoption d'un style de vie qui va le disposer à contracter un grand

nombre de problèmes de santé (Stein, 1990).

L'adéquation entre les services offerts et les besoins de santé des UDIs est un déterminant majeur à prendre en compte. Dans l'étude australienne de Crofts et coll. (2000), 44% des UDIs interrogés ont déclaré que les services de soins ne rencontraient pas leurs besoins, et 91% ont soutenu qu'il n'y avait pas assez de centres disponibles où se procurer des seringues neuves.

Les besoins des UDIs sont généralement complexes et difficiles à satisfaire. Et comme ils consultent le plus souvent dans des situations de crise, d'overdose, de besoin crucial d'argent, ou de manque de logement (Hunter and Judd 1998; MacDonald 1994), il est courant que leurs attentes soient disproportionnées par rapport aux possibilités d'offre d'aide par le personnel de santé ou les assistants sociaux (Hunter and Judd 1998; Pates 1995).

Un refus de recourir aux services de soins peut résulter aussi du fait que ces derniers sont parfois perçus par les UDIs comme un prolongement de la police. Ainsi par exemple les jeunes filles-mères qui s'injectent la drogue éviteront de consulter les services sociaux ou les services de santé par crainte que la garde de leurs enfants ne leur soit retirée (Whittaker and MacLeod 1998).

4.3.1. Besoins en services communautaires

4.3.1.1. Hygiène corporelle

Pour bon nombre d'UDIs, le maintien d'une hygiène corporelle correcte est un

défi de taille. Dans l'étude de Crofts, 53% d'UDIs ont déclaré avoir rencontré des difficultés à s'accorder une douche. Ce manque d'hygiène contribue à creuser le fossé entre les UDIs et la population générale et constitue un facteur d'enlèvement dans des comportements à risque. Certaines études ont établi un lien entre le manque de satisfaction des besoins reliés au logement et l'absence de changement dans les comportements à risque (Von Bargen et al., 1998; Evans, et al., 1996; Jain, et al., 1994).

4.3.1.2. Besoins nutritionnels

La plupart des UDIs sont astreints à un style d'alimentation inadéquat. Crofts et coll. (2000) ont rapporté que parmi leurs répondants, 60% se contentaient d'un seul repas par jour. Seulement un quart des sujets, dans cette étude, ont affirmé prendre une quantité suffisante de nourriture. Et 84% de ces UDIs ont déclaré avoir éprouvé des difficultés à se procurer de la nourriture dans les 12 derniers mois, pour des raisons financières.

4.3.1.3. Services de *counselling*

Le besoin en *counselling* est réel pour bon nombre d'UDIs. Dans l'étude de Crofts et coll. (2000), 68% de répondants ont affirmé avoir eu recours à un service de *counselling* relativement à leur usage de drogues, et parmi ceux-ci, 64% ont rapporté que ce service leur avait été bénéfique. Cependant la moitié de répondants ont déclaré avoir éprouvé des difficultés à trouver un conseiller quand ils en avaient besoin.

4.3.1.4. Accès à des seringues neuves

Malgré que certaines études aient contesté l'efficacité des programmes d'échange de seringues dans la réduction de l'incidence des infections à VIH (Bruneau et al., 1997; Strathdee et al., 1997), à VHB et VHC (Hagan et al.; 1999), la distribution de seringues a connu un bond spectaculaire à partir de la dernière décennie, soit une augmentation de 75% (Finlinson et al., 2000). À Montréal, plusieurs organismes distribuent gratuitement des seringues aux UDIs. Mais il fallait bien plus que cette distribution de seringues pour endiguer l'épidémie des hépatites chez les UDIs. D'autres matériels d'injection (tels filtre, manchon, tampon, alcool, garrot) devaient également être offerts, en plus d'un encadrement par des intervenants préalablement formés sur cette problématique. Le dépliant « Chacun son kit, une idée fixe », lancé en 2003 par la Direction de la protection de la santé publique (Santé et Services sociaux, Gouvernement du Québec), est venu souligner cette préoccupation, qui semble actuellement résolu. Des locaux communautaires où les UDIs peuvent s'injecter de manière sécuritaire constituent également un besoin reconnu dans la littérature scientifique (Wood et al., 2001).

4.3.2. Santé perçue

Le premier incitatif à la recherche volontaire des soins médicaux est l'état de santé tel que perçu par l'individu. Dans l'étude de Sterk et coll. (2002), les personnes qui

s'estimaient en meilleure santé avaient moins tendance à utiliser les services médicaux (RC = 0,33; IC = 0,13-0,85).

4.3.3. Besoin de prévention

4.3.3.1. Dépistage et vaccination

Bon nombre d'UDIs manifestent le besoin de subir des tests de dépistage pour des maladies infectieuses et certains demandent à être vaccinés. L'étude de Crofts et coll. (2000) a rapporté que 87% des sujets avaient subi des tests pour l'hépatite C, dont 48% s'étaient révélés positifs; et 36% ont déclaré avoir été vaccinés contre le virus de l'hépatite B.

4.3.3.2. Désintoxication

Les techniques de cure de la toxicomanie sont fonction du type de drogues consommées. La désintoxication à la cocaïne se fait essentiellement par le soutien psychologique, alors que la désintoxication à l'héroïne se fait médicalement avec la méthadone ou le buprénorphine. Cette dernière n'est pas autorisée au Canada, mais s'utilise déjà en France. La désintoxication à la méthadone peut être de courte durée (programme de sevrage) ou de longue durée (programme de maintien).

Cependant l'accès aux cures de désintoxication est généralement difficile. Une proportion de 92% des UDIs enquêtés par Crofts et coll. (2000) ont déclaré avoir tenté

d'accéder à des tels services. Environ 70% d'entre eux ont éprouvé des difficultés à y être admis. L'enrôlement dans un programme de désintoxication est une marque de désir de se réinsérer socialement. Les études australiennes ont rapporté que le délai d'attente pour l'enrôlement dans un programme de désintoxication était d'au moins quatre semaines (Fitzgerald et al. 1999; Parson 1999). Ce long délai peut compromettre les chances de guérison pour ces UDIs en loupant l'opportunité d'intervenir lorsqu'ils expriment le mieux leur volonté de s'en sortir. Dans l'étude de Strathdee (1998) sur l'adhérence au traitement anti-rétroviral chez les UDIs, les personnes non enrôlées dans un programme de désintoxication avaient 3 fois plus de risque de ne pas adhérer au traitement anti-rétroviral que les personnes enrôlées dans un tel programme (RC = 3,49; IC = 1,45-8,40).

Les UDIs de Montréal rencontrent également beaucoup de difficultés pour accéder aux programmes de maintenance à la méthadone. Ces difficultés sont expliquées par des contraintes d'ordre budgétaire et par un nombre réduit de médecins formés en désintoxication ou intéressés à cette formation. Un rapport de la Direction de la Santé Publique de Montréal-Centre (DSP, 2001) indique que la ville de Montréal compte trois centres spécialisés en désintoxication: le CRAN (qui inclut le centre Relais Méthadone), la Clinique Herzl (Family Practice Centre Methadone Maintenance Program, SMBD-Jewish General Hospital) et la Clinique de Prévention, Santé et Toxicomanie de l'Hôpital Saint-Luc. Ces centres ont une disponibilité annuelle de traiter environ 450, 300, et 200 patients respectivement, soit un total d'environ 950 places. Selon le même rapport, environ 10% des UDIs se font désintoxiquer en dehors de ces principaux centres grâce à des assurances privées. Pour être habilité à prescrire la méthadone,

un médecin autorisé à exercer au Canada doit obtenir une licence fédérale du Ministère de la Santé sur recommandation du Collège de Médecin de sa province, après une courte période de formation en service de maintien à la méthadone. Au Québec, 140 médecins détiennent cette licence, dont 73 exercent à Montréal. Sachant que la ville de Montréal compte environ 13 600 UDIs (De Prithwish, 2007, Morissette 2004), il ressort des remarques ci-dessus qu'avec 73 médecins et 950 places disponibles annuellement dans les programmes de maintenance, l'accès au traitement doit être très difficile.

4.3.4. Besoin de soins curatifs

Les études montrent que les UDIs consultent rarement pour des problèmes de santé mineurs (Palepu et al., 2001; Sterk et al., 2002; Solomon et al., 1991), si bien que leur premier contact avec le système de santé se fera plus souvent qu'autrement par la porte de la salle d'urgence des hôpitaux, du fait des complications dues à la négligence. Ceci s'explique en partie par le fait que les drogues, de même que certains troubles mentaux tels que l'angoisse ou la dépression, émoussent les manifestations aiguës des maladies infectieuses, telles les caries dentaires (Hurkmans 1996; Wodak 1998).

4.3.4.1. Maladies infectieuses

Les maladies infectieuses sont assez courantes chez les UDIs, expliquées par l'insalubrité des « piqueries », la mauvaise hygiène, l'alimentation défectueuse, le vagabondage sexuel, la promiscuité, l'exposition aux intempéries et bien d'autres facteurs.

Dans l'étude de Crofts, 39% d'UDIs ont rapporté avoir contracté une gastroentérite dans les 12 derniers mois, 32% une dermatite, et 26% une bronchite. Seulement 6% avaient déclaré une MTS contractée dans la même période. L'étude de Palepu et coll. (2001), menée à Vancouver, a révélé que les principales maladies pour lesquelles les UDIs s'étaient fait hospitaliser étaient la pneumonie (26,7%), les infections des tissus mous (18,2%) et la septicémie (7,9%). Par ailleurs, la menace de contamination par le virus de l'hépatite B et C, de même que par le VIH, est constante chez les UDIs qui s'échangent des seringues (Garfein et al., 1996).

4.3.4.2. Complications diverses

Les complications de l'usage de drogues, plus spécialement de la cocaïne, vont des simples douleurs thoraciques, dues aux effets hyper-adrénergiques de la cocaïne (27,4% des sujets) aux problèmes cardio-pulmonaires (56,2%), neurologiques (39,1%) et psychiatriques (35,8%) (Berger et al., 1999). En outre, la fréquence de neuropathies périphériques chez les UDIs non-séro-positifs est plus élevée que dans la population générale. Les complications liées aux voies sanguines sont parmi les plus fréquentes chez les UDIs. Dans l'étude de Crofts et coll. (2000), 36% de sujets ont déclaré avoir fait une obstruction des veines, 13% un abcès au site d'injection, et 40% une ou plusieurs overdoses. Brody et collaborateurs ont estimé le taux de mortalité chez les UDIs à 1% (Brody et al., 1990).

4.3.4.3. Santé dentaire

La vie aventureuse des UDIs les expose couramment aux problèmes de maladies dentaires, surtout pour les sans-logis. Crofts et coll. (2000) ont rapporté qu'environ trois quart de leurs répondants présentaient des problèmes dentaires, mais seulement 32% d'entre eux avaient consulté un dentiste une fois dans les 12 derniers mois, et 16% deux fois.

4.3.4.4. Santé mentale

Comme nous l'avons signalé plus haut, les maladies mentales sont souvent associées à la consommation de drogues. Dans l'étude de Crofts et coll. (2000), les manifestations psychiatriques les plus courantes chez les UDIs étaient la dépression (89%), l'agitation (70%), et l'anxiété (70%). La maniaco-dépression, la paranoïa, les troubles de personnalité, la schizophrénie et les attaques de paniques se rencontraient aussi couramment.

4.3.4.5. Intimidations, coups et blessures

Les UDIs sont plus exposés que la population générale aux actes de violence sous forme d'intimidations, coups et blessures. Crofts et coll. (2000) rapportent que parmi leurs répondants, 59% avaient été sujets aux actes de violence durant les 12 derniers mois, plus particulièrement les sans-logis (2/3) et les filles (72%). Environ 18% de ces

actes de violence s'étaient soldés par des blessures, fractures ou contusions qui avaient nécessité des soins médicaux urgents.

CHAPITRE 5 :

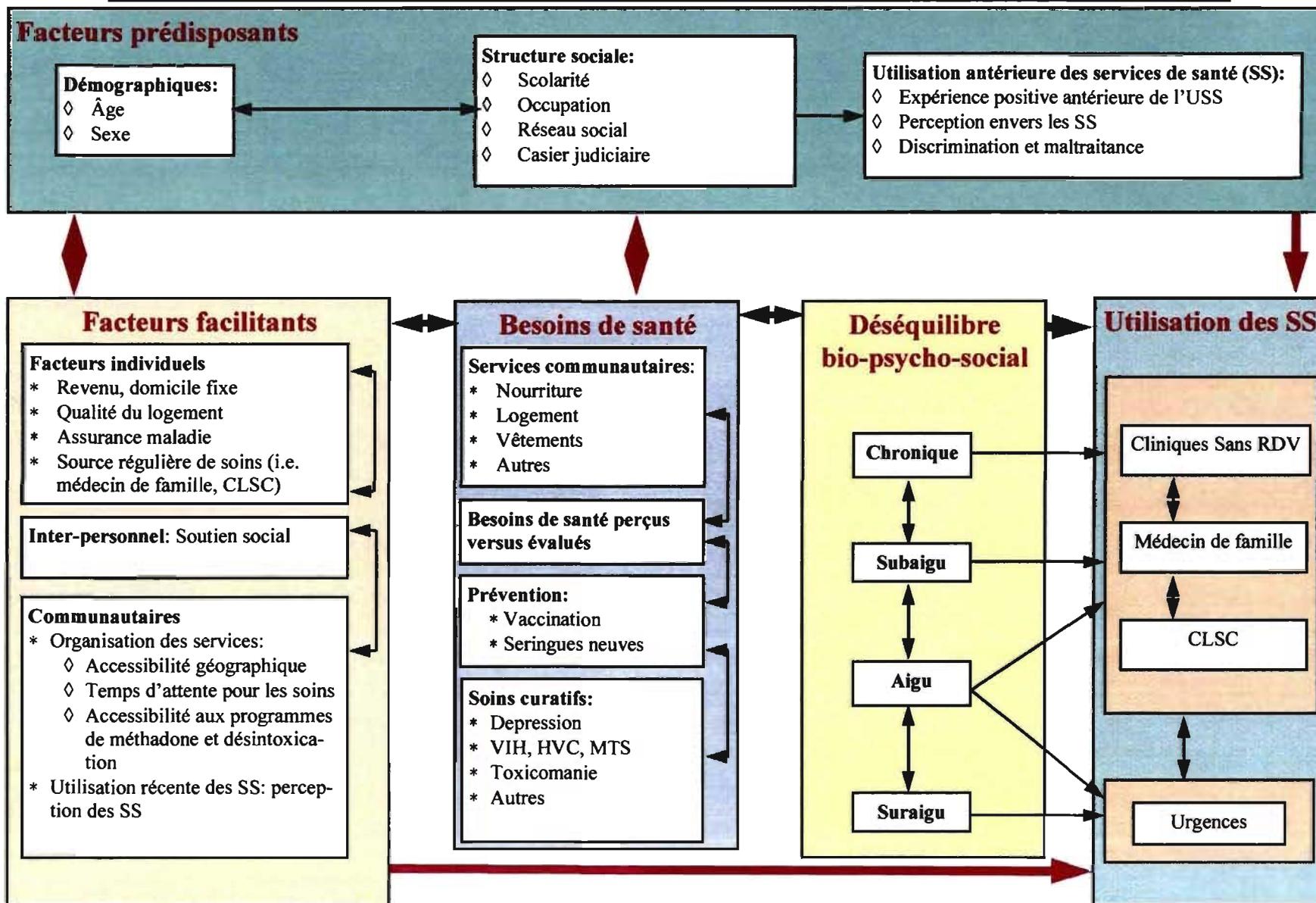
CADRE CONCEPTUEL

L'élaboration de ce cadre conceptuel est inspirée du modèle d'Andersen (Andersen RM, 1995). Tels que développés ci-dessus, les déterminants de l'utilisation des services de soins par les UDIs peuvent être subdivisés en trois parties: les facteurs prédisposants ou distaux, les facteurs facilitants ou intermédiaires, et les besoins en santé, qui représentent des impératifs biologiques proximaux. C'est en fonction de la gravité de la santé (telle que perçue par lui-même ou telle qu'évaluée par les spécialistes du système de soins) que l'UDI s'orientera vers les urgences ou vers les autres services de santé de première ligne. Le déterminant le plus proximal de l'utilisation des services de soins est donc le besoin en soins de santé, qui peut être décrit comme un déséquilibre bio-psycho-social qui constitue un impératif incontournable de consulter le service le plus immédiatement accessible. La structure sociale et les croyances dans la santé modulent l'expression des besoins en soins de santé (Coulton and Frost 1982; Gilbert, Branch, and Longmate 1993; Mechanic 1979; Wolinsky and Jonson 1991) et représentent des facteurs distaux. L'âge, le sexe, le niveau de scolarité, et l'emploi, constituent d'autres déterminants distaux dont il faut également tenir compte dans l'évaluation de l'utilisation des services de soins.

Tous ces facteurs exposés ci-dessus devraient au mieux être considérés, non pas seulement horizontalement comme l'indique la figure 1, mais aussi verticalement, selon une pyramide comprenant à la base le niveau macro-social, surmonté du niveau micro-social, et chapeauté par le niveau individuel. Les trois niveaux se conditionnent l'un et l'autre. Si bien qu'un changement dans l'un entraîne inexorablement une modification dans l'autre.

Les facteurs prédisposants et facilitants, de même que les besoins de santé, se répartissent entre les trois niveaux de la pyramide. Le macro-social comprend les politiques sociales et les grandes organisations institutionnelles qui tracent les lignes de conduite et définissent les espaces de manœuvre pour les citoyens et les services, notamment les budgets consacrés aux systè-

Figure 1. Cadre conceptuel de l'utilisation des services de soins (USS) par les UDI



mes de soins et aux services sociaux. Le microsocial englobe tous les éléments de l'environnement immédiat du sujet, notamment la famille, les amis, et les biens personnels. Le niveau individuel est celui où s'expriment les caractéristiques génétiques, biologiques, psychologiques et anthropologiques des sujets. La malléabilité des déterminants augmente tout aussi du sommet à la base de la pyramide, le macro-social étant plus difficile à modifier que le niveau individuel. Cette vision holistique permet d'avoir une saisie globale de la problématique des UDI, saisie sans laquelle aucune perspective adéquate ne saurait se dessiner vers une solution efficace et durable.

Le niveau individuel est particulièrement intéressant à démêler. L'individualisation du sujet est la résultante dynamique des interactions continues entre ses particularités biopsychologiques et les diverses composantes sociales auxquelles il doit se confronter en vue de conserver son homéostasie. Chacune des variables retenues dans ce cadre conceptuel est une composante de ce système biopsychosocial, et les modes d'influence spécifiques à ces divers facteurs sur l'utilisation des services de soins ont été développés plus haut. Un déséquilibre de ce système biopsychosocial complexe aboutit à la maladie et au recours vers le système de soins. Le choix entre les services de soins de première ligne et les services d'urgence sera conditionné par le degré d'acuité de cette perte d'homéostasie: les déséquilibres chroniques ou subaigus orienteront l'UDI vers les cliniques sans rendez-vous, le médecin de famille ou le CLSC, alors que les déséquilibres suraigus le précipiteront vers les services d'urgence. Entre ces deux extrêmes se situent les cas aigus, dont une partie ira vers les services de soins de première ligne, tandis qu'une autre, proportionnellement plus importante par rapport aux cas survenant dans la population générale, va recourir aux services d'urgence.

On comprend donc aisément que la philosophie du blâme à l'endroit des UDI et autres marginaux constitue une politique de l'autruche qui voile la face sur l'origine biologique et sociale du mal et sur la responsabilité collective face à cette problématique. Et on comprend aussi du même coup qu'il ne suffit pas d'offrir des seringues neuves ou des cures de désintoxication si aucun effort n'est fourni pour suivre le toxicomane après sa cure et l'aider à résoudre les problèmes sociaux qui l'ont précipité dans l'abîme. La problématique de l'usage de drogues injectables constitue donc une interpellation de la société toute entière, et apparaît plus profonde qu'on ne le croit à première vue, tel un cancer qui semble ronger un petit bout du corps social mais a déjà poussé des métastases lointaines.

CHAPITRE 6 : MÉTHODES

6.1. Population à l'étude

Notre population d'étude est constituée d'UDIs âgés de 18 ans et plus, vivant à Montréal. En nous servant d'un informateur clé, ex-toxicomane qui connaissait les différents sites des « piqueries » de la ville, nous avons procédé au recrutement des sujets sur la rue, plus précisément dans les zones de concentration des UDIs et aux points de vente de drogues. L'enquête s'est déroulée entre février et septembre 2005.

6.2. Variables à l'étude

En nous servant de notre cadre conceptuel comme guide, nous pouvons schématiser ainsi les variables qui ont été mesurées dans notre étude:

I. Facteurs prédisposants

1. Variables démographiques : âge et sexe. La variable âge a servi à créer la variable « tranches d'âge » comprenant 6 classes, soit 18 à 19 ans, 20 à 29 ans, 30 à 39 ans, 40 à 49 ans, 50 à 59 ans et 60 à 69 ans.
2. Variables associées à la structure sociale : orientation sexuelle, scolarité. L'orientation sexuelle comprend 3 catégories : hétérosexuels, homosexuels et bisexuels. La scolarité est répartie en 4 niveaux selon le diplôme le plus élevé qui a été obtenu : primaire, secondaire, collégial (ou professionnel) et universitaire.
3. Facteurs d'intégration sociale: emploi stable et légal antérieur, situation d'em-

ploi, adresse fixe, pièces d'identité, réseau social. La variable « emploi stable et légal antérieur » consistait à savoir si le sujet avait déjà occupé dans le passé un emploi légal pendant au moins trois mois. Par contre, la « situation d'emploi » correspondait à un poste légal occupé au moment de l'interview. La prostitution, la vente de drogue, le lavage des vitres d'autos sur la rue (« *squeeje* »), le vol, la mendicité étaient plutôt considérée comme des sources « illégales » ou non officielles de revenu.

4. Facteurs de marginalité : Ces sources non officielles de revenu étaient aussi comptées comme des marqueurs de marginalité. À cette liste il faut ajouter le fait d'avoir déjà reçu une amende pour une quelconque infraction, ainsi que les antécédents d'emprisonnement. Ces marqueurs ont été combinés pour créer la variable « nombre de marqueurs de marginalité ».
5. Consommation d'alcool : Ce facteur a été mesuré en demandant si le sujet consommait ou non l'alcool, mais aussi, dans l'affirmative, la quantité et la fréquence de consommation.
6. Addiction aux drogues et partage de matériel d'injection : cette rubrique a permis d'enquêter sur le type de drogues consommées, injectables et non injectables, de même que la fréquence de cette consommation. Le fait de partager ou non le matériel d'injection (seringue, cuillère ou autres objets) a également été précisé, de même que la durée de cette pratique et le type de personnes avec qui elle se faisait (amis, conjoint ou personnes inconnues).
7. Croyances sur la santé et les services de santé : relativement à cette catégorie, les participants ont été interrogés sur leur appréciation de la qualité de l'ac-

cueil dans les différents services de soins qu'ils ont fréquenté dans le passé et aussi dans les six mois avant l'interview dans l'éventualité d'un épisode de maladie. Ils ont également été questionnés sur leur appréciation de la compétence du personnel de santé et l'efficacité du traitement.

II. Facteurs facilitants

A. Facteurs individuels

1. Habitat : Le participant devait rapporter s'il avait un logement ou non. Dans l'affirmative, des précisions sur le type de logement étaient demandées : maison, condominium, appartement ou chambre (personnel ou loué); résidence temporaire chez des amis, dans sa famille, ou dans un centre d'hébergement; refuge dans une maison abandonnée. Cette dernière catégorie a été fusionnée avec celle des sans-abri.

2. Assurances et sources régulières de soins : le participant devait préciser s'il avait une assurance publique et/ou privée, de même que s'il avait un médecin de famille.

B. Facteurs interpersonnels: cette rubrique consistait à explorer les rapports entre le participant et les membres de sa famille, de même qu'avec ses amis. Cette variable a été explorée dans son aspect qualitatif (relation jugée par le participant comme étant excellente, très bonne, bonne, médiocre, mauvaise, ou totalement inexistante) et quantitatif (nombre de fois que le sujet a eu des contacts avec ses relations, face à face, par écrit ou par téléphone). Le soutien de l'entourage a été mesuré grâce à l'échelle fonctionnelle de support social DUKE-

UNC (Broadhead 1988). Cette échelle fut construite en 1982 à l'université DUKE de la Caroline du Nord. Elle comprend 14 items construits selon le format d'une échelle de Likert, représentant 4 dimensions: la quantité du support, le support en matière de confiance, le support affectif et le support instrumental. La première validation de cette échelle a été faite par Broadhead et coll. en 1988 sur une population anglophone des États-Unis. Tout récemment, cette échelle a été validée sur une population francophone d'étudiants suisses par Bovier et coll. (2002).

- C. Facteurs communautaires: cette rubrique devait permettre de collecter l'information nécessaire pour mesurer l'impact de la présence des services de santé dans la communauté sur leur utilisation par la clientèle UDI. Cependant, il ne suffit pas qu'un service soit disponible pour qu'il soit utilisé. Il faut aussi qu'il soit bien apprécié. Le critère qui a été choisi pour mesurer la perception des services de soins disponibles dans la communauté a donc été l'appréciation du délai d'attente avant d'être reçu en consultation lors d'un épisode de maladie. Le participant avait quatre possibilités de réponse quant à cette question pour qualifier ce délai d'attente: court, long, très long, ou trop long à tel point qu'il n'a jamais été reçu.

III. Besoins de santé

1. Services communautaires : Les besoins en santé de la catégorie de l'alimentation et de l'hygiène corporel ou de l'hygiène de l'habitat sont adressés, non pas aux services de santé, mais aux centres communautaires. La variable « recevoir l'aide des centres communautaires » a donc été choisie pour mesu-

rer l'association entre ce genre de soutien et l'utilisation des services de soins par les UDIs.

2. **Appréciation subjective de sa santé** : les participants ont été questionnés sur la perception de leur propre état de santé, avec possibilité de choisir entre « santé excellente », « très bonne », « bonne », « médiocre » ou « mauvaise ».
3. **Problèmes de santé auto-rapportés** : Les participants ont été interrogés sur les maladies dont ils souffrent habituellement et celles dont ils ont souffert dans les six mois avant l'interview. Pour contourner les non-réponses dues au caractère invasif de cet item, la question suivante demandait les noms des médicaments consommés habituellement. Ceci a permis de retracer des cas de VIH non déclarés dans la question précédente. Pour éviter de demander de manière directe si la personne souffrait de troubles mentaux, une question dressait une liste des types de médecins spécialistes parmi lesquelles figurait le psychiatre. Le sujet devait rapporter lequel des médecins il avait consulté dans les 12 derniers mois, ainsi que le nombre de visites. La présence ou non de symptômes dépressifs a été mesurée grâce à l'échelle de dépression CES-D à 13 items (Poulin et al., 2005). Cette échelle est l'une des plus utilisée pour mesurer les symptômes dépressifs dans la population générale (Radloff 1977), mais aussi auprès des populations ayant des caractéristiques spécifiques, telles les personnes âgées (Coyle & Roberge, 1992; Davidson, Feldman, & Crawford, 1994; Pretorius, 1991). Cette échelle a été validée sur plusieurs populations depuis 1973 (Fuhrer & Rouillon, 1989) en ce qui concerne ses qualités psychométriques. Sa version anglaise a été évaluée entre autre par Radloff

(1977), qui en a encouragé l'utilisation, spécialement du fait qu'elle présente une fidélité élevée de consistance interne, soit des corrélations variant de 0,85 à 90. Sa version française a été validée par Simard (1997) sur une population de personnes âgées francophones, qui lui a trouvé une consistance interne de 0,86, une validité concomitante de 0,68 avec l'Inventaire de Dépression de Beck, et une fidélité test-retest de 0,61 pour un intervalle de 3 semaines.

IV. Utilisation des services de soins: les participants ont été interrogés sur le type de services de soins utilisés dans le passé.

1. Services de soins préventifs : les questions relatives à cette rubrique consistaient à savoir si le sujet avait déjà recouru à un service de prévention quelconque depuis qu'il s'injecte de la drogue (vaccination contre la grippe ou l'hépatite, dépistage des MTS, VIH, VHC, VHB ou VHA), et dans quelle circonstance il a été amené à chercher ces services (de sa propre initiative, référé par une infirmière ou un travailleur d'un centre communautaire, ou suite à une campagne publicitaire).
2. Services de soins déjà utilisés dans le passé : la question concernant cette rubrique avait pour but de savoir si le sujet avait une expérience antérieure quelconque avec le système de soins à Montréal, et plus spécifiquement quel type de service (urgence, CLSC, clinique médical avec ou sans rendez-vous).
3. Utilisation habituelle des services de soins : le sujet devait préciser vers lequel des services ci-dessus il allait consulter habituellement.
4. Utilisation des services de soins lors d'un épisode de maladie dans les six mois avant l'interview : pour être encore plus précis, il devait rapporter le service

consulté en cas d'épisode de maladie dans les six derniers mois. Le participant devait aussi préciser, si cela s'appliquait à lui, le genre d'affection dont il aurait souffert dans les 6 derniers mois, s'il avait ou non consulté un service de soins, le type de service consulté, et dans le cas contraire la raison pour laquelle il n'a pas consulté.

6.3. Critères d'inclusion

Tout sujet sélectionné dans cette étude a dû répondre aux conditions suivantes:

- 1) Être âgé de 18 ans et plus. En effet, les recherches sur les personnes plus jeunes exigent des permissions spéciales, notamment celles des parents, qui pourraient être difficiles à rejoindre.
- 2) Avoir pour lieu de résidence la ville de Montréal, et y résider depuis au moins un an. Nous fixons arbitrairement ce délai de résidence à Montréal en considérant qu'il faut un certain temps pour adopter des habitudes caractéristiques du milieu tout en connaissant les règles d'accès aux services de soins.
- 3) Avoir utilisé des drogues injectables dans les six mois avant l'interview.

6.4. Planification opérationnelle de la collecte des données

Les étapes suivantes ont été planifiées et franchies en vue de la collecte des données:

1. Embaucher comme enquêteur un ex-UDI qui connaît le milieu de la drogue de

Montréal.

2. Identifier les sites où se regroupent les UDIs (en excluant les centres des soins de santé): organismes sociaux d'aide aux UDIs (centres de distribution de nourriture, vêtements, etc.), parcs, rues, etc.
3. Prendre contact avec le responsable du site identifié, ou avec une personne ressource (en excluant les policiers), qui va faciliter le contact avec les UDIs.
4. Faire connaître notre étude dans le milieu des UDIs.
5. Collecter les données grâce à un questionnaire auto-administré.
6. Accorder une compensation de 10\$ après l'entrevue, somme qui représente le temps alloué par le sujet au remplissage du questionnaire.

6.5. Prévention des biais associés à l'enquête

Avant de commencer l'enquête, nous avons tenté de prévenir certains biais qui pouvaient survenir en fonction de notre type d'étude. Voici certains des principaux biais ainsi que les mesures adoptées pour les contourner.

1. Précautions pour éviter ou minimiser les biais de rappel et de télescopage:
 - a) Bonne formulation des questions;
 - b) Choix des interviewers appartenant au milieu des UDIs;
 - c) Bonne formation des interviewers recrutés.
 - d) Limiter le plus possible le nombre d'interviewers.
2. Précautions pour éviter les non-réponses et les refus de participer:
 - a) Bien choisir les lieux et le temps de l'interview.

b) Choisir un interviewer qui sache mettre les candidats à l'aise.

3. Précautions pour éviter la duplication des questionnaires. Un sujet aurait pu se présenter plus d'une fois pour remplir le questionnaire et encaisser la compensation de 10\$, soit auprès du même enquêteur en changeant de nom, soit en passant d'un enquêteur à un autre. Ce problème a été prévenu à trois niveaux:

1) Dans l'élaboration du questionnaire:

- a) Un sujet qui remplirait plus d'une fois le questionnaire en apposant son vrai nom, sa signature et sa date de naissance serait repéré facilement grâce au logiciel EXCEL.
- b) Un répondant peut donner un faux nom, mais remplir le questionnaire en donnant des vraies réponses. Dans ce cas, en faisant certaines analyses de corrélation entre les sujets, notamment le carré de la distance euclidienne, il est possible de ressortir les sujets qui sont très proches. En comparant alors les signatures et la calligraphie, il sera possible de relever les doublures.
- c) Au cas où un répondant donnait un faux nom et des fausses informations, le questionnaire est assez long, si bien qu'il va se buter plus loin à des contradictions, car il ne pourra pas facilement se souvenir de ce qu'il avait dit au début du questionnaire. D'où l'éventualité de ratures nombreuses et d'incohérences qui vont attirer l'attention lors de la saisie des données.
- d) Certaines informations sont demandées plus d'une fois, pour tester la fiabilité du répondant: l'âge et la date de naissance; les

noms, les initiales, et la signature; les traitements reçus contre la drogue; etc.

- e) Un enquêteur peut montrer de la laxité envers ses amis UDIs qui voudraient remplir le questionnaire plus d'une fois. Non seulement les mesures prises ci-dessus vont aider à le découvrir, mais aussi il est prévu dans le questionnaire des questions relatives à la provenance du répondant (référé par un UDI, un centre communautaire, une connaissance, un ami, etc.). Ni l'enquêteur, ni les répondants ne savent le but pour lequel toutes ces questions sont posées. Elles vont servir à fixer un regard plus attentif sur les questionnaires des sujets qui pourraient éventuellement nouer des ententes complices avec l'enquêteur pour être interviewés plus d'une fois. Le « *gold standard* » de la vérification de l'identité commune demeure la calligraphie et la signature.

2) Dans la réduction maximale du nombre d'enquêteurs:

Pour être capable de calculer la variabilité entre enquêteurs, il est mieux d'avoir plus d'un enquêteur, et même des enquêteurs hommes et femmes. Un déroulement rapide de l'enquête exige aussi l'engagement de plusieurs enquêteurs. Cependant, l'expérience de l'étude pilote a permis de constater que les UDIs constituent une catégorie de répondants très ouverts dans les réponses aux questions, même les plus osées. Un répondant UDI ne se refuserait pas à répondre aux questions du simple fait que l'enquêteur est du sexe opposé, par

exemple. Ce constat a conduit à décider qu'un seul enquêteur peut suffire, en offrant l'avantage qu'il pourra facilement reconnaître les sujets qui tenteraient de revenir plus d'une fois pour remplir le questionnaire.

3) Dans l'évaluation de la fiabilité des données:

Après la saisie des données, un temps précieux a été consacré à la vérification de la qualité et de la fiabilité des réponses. Durant cette phase, grâce à des critères de fiabilité bien précis, notamment ceux mentionnés ci-dessus, chaque questionnaire a été examiné en détail pour relever les similarités dans les noms, signatures et date de naissance, les contradictions entre âge déclaré et âge calculé à partir de la date de naissance, les ratures multiples, les particularités suspectes (notamment les amis et connaissances de l'enquêteur, etc.)

4. Précautions pour éviter les biais de sélection, notamment une sélection influencée par la subjectivité de l'enquêteur. Un biais de sélection pouvait résulter du fait que l'enquêteur inclut volontairement les personnes qu'il connaît ou qu'il trouve sympathique. Malgré que la méthode utilisée ne fût pas basée sur une liste de sujets distribués aléatoirement, l'enquêteur devait à tout prix laisser jouer le hasard des rencontres. Il ne devait jamais, notamment, appeler ses amis et connaissances pour qu'ils viennent remplir le questionnaire. En abordant un sujet qu'il soupçonne d'être un UDI, il ne devait pas lui demander d'entrer dans l'étude, mais s'informer s'il connaissait un UDI qui voudrait participer à l'étude. Cette façon de mener l'enquête laisse le hasard opérer largement dans la sélection des sujets mê-

me si l'échantillonnage n'est pas de type probabiliste.

6.6. Technique d'échantillonnage

Étant donnée l'absence d'une base d'échantillonnage grâce à laquelle les sujets pourraient être approchés, l'enquête sur des sujets « occultes » tels que les UDIs pourrait être conduite grâce à une technique associant un échantillonnage accidentel et un effet boule de neige (Contandriopoulos et al., 1990). L'échantillonnage accidentel permet de rejoindre des sujets qui, par hasard, seraient à un moment donné en un lieu précis. Bien qu'elle s'approche de l'échantillonnage probabiliste, cette méthode a la faiblesse de n'introduire dans l'étude que les sujets pouvant se trouver dans ce lieu prédéterminé. Ce biais de sélection pourrait être atténué grâce à l'effet boule de neige, qu'il serait possible de mettre en branle en demandant aux sujets contactés d'informer d'autres injecteurs de drogues du déroulement de l'étude. Cependant, il ne s'agit pas d'un échantillonnage boule de neige proprement dit, lequel consiste à ramener un nombre précis de sujets dans l'étude (Roy, E et al., 2003; Biernacki et Waldord, 1981). Elle constitue la meilleure façon d'obtenir un échantillon représentatif de la population des UDIs par deux mécanismes. Premièrement, elle permet de rejoindre une gamme bien diversifiée d'UDIs, notamment ceux qui restent à la maison et ne paraissent que rarement sur la rue. Deuxièmement, elle permet d'augmenter rapidement la taille de l'échantillon.

6.7. Questionnaire

Le questionnaire a été produit en nous inspirant du cadre conceptuel, de manière à inclure toutes les variables prévues. La durée de l'interview était en moyenne de 30 minutes. Une version anglaise du questionnaire et du formulaire de consentement a été rédigée. Tel que mentionné plus haut, en plus de recueillir les informations nécessaires, le questionnaire est émaillé de questions-test pour éprouver la mémoire et la fiabilité des répondants, de même que la fiabilité de l'enquêteur.

Le questionnaire comprend 10 sections principales, contenant chacune plusieurs sous-questions:

1. Aspects démographiques
2. Aspects sociaux
3. Aspects reliés à la personnalité
4. Aspects reliés à la consommation de drogues et d'alcool
5. Aspects reliés à l'utilisation des services préventifs
6. Antécédents d'utilisation des services de soins
7. Aspects reliés aux besoins de santé
8. Aspects reliés à l'utilisation des services de soins lors du dernier épisode de maladie
(au cours des 6 derniers mois).
9. Satisfaction à l'égard des services de soins utilisés lors du dernier épisode de maladie
(au cours des 6 derniers mois).
10. Autres aspects (amendes reçues pour infraction quelconque, emprisonnement, besoin d'être référé à un service particulier)

Le questionnaire a été conçu de manière à échelonner les questions en fonction de leur caractère invasif, en vue de permettre un premier abord souple avec les répondants. Les questions faciles, relatives aux aspects sociodémographiques, viennent en début du questionnaire. Les questions plus invasives, notamment sur les antécédents d'emprisonnement, ont été propulsées à la fin du questionnaire. Par contre, les échelles de dépression et de soutien social, bien que difficiles à remplir, ont été placées au milieu du questionnaire plutôt qu'à la fin, de manière à ce que le sujet puisse y répondre avant d'être fatigué. À la fin du questionnaire, les questions sont plutôt courtes et directes. Le passage d'une question à la suivante est articulé par un titre explicatif que l'enquêteur doit verbaliser au besoin dans un petit texte, afin d'atténuer la transition brutale d'une dimension à une autre.

6.8. Aspects éthiques

Le protocole de recherche ainsi que le questionnaire ont été approuvés par le comité d'éthique de l'Université de Montréal et le déroulement de l'enquête a été conforme aux exigences de ce comité. Avant de remplir le questionnaire, l'enquêteur devait expliquer au sujet les objectifs et les méthodes de l'étude, ainsi que le contenu du questionnaire. Le répondant avait le droit de se retirer de l'enquête à tout moment. En cas d'acceptation, le répondant devait manifester son accord en inscrivant ses noms et en apposant sa signature sur la dernière page du formulaire de consentement. Sur ce formulaire de consentement, l'équipe de recherche garantit à tout répondant la confidentialité des données. Par ailleurs, pour assurer l'anonymat, le répondant était autorisé à

utiliser son pseudonyme, s'il le jugeait nécessaire. À part ses noms, sa date de naissance et ses initiales, aucune adresse ni autres indices permettant de relier les informations collectées au répondant n'étaient consignés sur ce formulaire ni sur le questionnaire.

Durant l'enquête, des précautions ont été prises pour conserver la confidentialité. L'enquêteur a été formé sur la manière d'aborder les UDIs sur la rue en toute discrétion et sans blesser leur personnalité. D'une façon générale, l'enquêteur devait demander à la personne rencontrée si elle connaissait un utilisateur de drogues injectables qui pourrait accepter de répondre à un questionnaire d'enquête sur l'utilisation des services de santé par les UDIs. Si le sujet se sentait concerné et éprouvait de l'intérêt pour l'étude, il se présentait lui-même et répondait aux questions. Dans le cas contraire il référerait l'enquêteur à d'autres UDIs, s'il en connaissait. De cette manière, aucune personne abordée par l'enquêteur ne s'est sentie étiquetée comme utilisatrice de drogues injectables.

Bien que toutes les questions utilisées pour cette enquête exploitent des variables qui ont déjà été mesurées dans plusieurs études antérieures, l'enquêteur devait expliquer au participant qu'il n'était pas obligé de répondre à une question si elle le mettait mal à l'aise ou lui semblait violer un peu trop son intimité.

À la fin du questionnaire, l'enquêteur devait s'informer auprès du répondant pour savoir s'il avait besoin d'être référé à un service d'aide pour un soutien social ou pour des soins de santé. Dans l'affirmative, l'enquêteur devait le guider vers une structure appropriée à ses besoins.

Les 10\$ remis aux répondants à la fin de l'interview ne représentent pas un paiement mais une compensation pour le temps accordé par le sujet à l'enquête. Malgré

Le questionnaire a été conçu de manière à échelonner les questions en fonction de leur caractère invasif, en vue de permettre un premier abord souple avec les répondants. Les questions faciles, relatives aux aspects sociodémographiques, viennent en début du questionnaire. Les questions plus invasives, notamment sur les antécédents d'emprisonnement, ont été propulsées à la fin du questionnaire. Par contre, les échelles de dépression et de soutien social, bien que difficiles à remplir, ont été placées au milieu du questionnaire plutôt qu'à la fin, de manière à ce que le sujet puisse y répondre avant d'être fatigué. À la fin du questionnaire, les questions sont plutôt courtes et directes. Le passage d'une question à la suivante est articulé par un titre explicatif que l'enquêteur doit verbaliser au besoin dans un petit texte, afin d'atténuer la transition brutale d'une dimension à une autre.

6.8. Aspects éthiques

Le protocole de recherche et le questionnaire ont été approuvés progressivement par le comité d'éthique de l'Université de Montréal et le déroulement de l'enquête a été conforme à ses exigences. Avant de remplir le questionnaire, l'enquêteur devait expliquer au sujet les objectifs et les méthodes de l'étude, ainsi que le contenu du questionnaire. Le répondant avait le droit de se retirer de l'enquête à tout moment. En cas d'acceptation, le répondant devait manifester son accord en inscrivant ses noms et en apposant sa signature sur la dernière page du formulaire de consentement. Sur ce formulaire de consentement, l'équipe de recherche garantit à tout répondant la confidentialité des données. Par ailleurs, pour assurer l'anonymat, le répondant était autorisé à utiliser son

pseudonyme, s'il le jugeait nécessaire. À part ses noms, sa date de naissance et ses initiales, aucune adresse ni autres indices permettant de relier les informations collectées au répondant n'étaient consignés sur ce formulaire ni sur le questionnaire.

Durant l'enquête, des précautions ont été prises pour conserver la confidentialité. L'enquêteur a été formé sur la manière d'aborder les UDIs sur la rue en toute discrétion et sans blesser leur personnalité. D'une façon générale, l'enquêteur devait demander à la personne rencontrée si elle connaissait un utilisateur de drogues injectables qui pourrait accepter de répondre à un questionnaire d'enquête sur l'utilisation des services de santé par les UDIs. Si le sujet se sentait concerné et éprouvait de l'intérêt pour l'étude, il se présentait lui-même et répondait aux questions. Dans le cas contraire il référerait l'enquêteur à d'autres UDIs, s'il en connaissait. De cette manière, aucune personne abordée par l'enquêteur ne s'est sentie étiquetée comme utilisatrice de drogues injectables.

Bien que toutes les questions utilisées pour cette enquête exploitent des variables qui ont déjà été mesurées dans plusieurs études antérieures, l'enquêteur devait expliquer au participant qu'il n'était pas obligé de répondre à une question si elle le mettait mal à l'aise ou lui semblait violer un peu trop son intimité.

À la fin du questionnaire, l'enquêteur devait s'informer auprès du répondant pour savoir s'il avait besoin d'être référé à un service d'aide pour un soutien social ou pour des soins de santé. Dans l'affirmative, l'enquêteur devait le guider vers une structure appropriée à ses besoins.

Les 10\$ remis aux répondants à la fin de l'interview ne représentent pas un paiement mais une compensation pour le temps accordé par le sujet à l'enquête. Malgré

quelques réclamations des sujets pour avoir un montant plus élevé, nous avons maintenu la compensation à ce niveau pour empêcher, dans la mesure possible, que le but de la participation soit l'argent perçu en retour.

Une fois la recherche terminée, les résultats de l'étude seront diffusés dans les milieux d'intérêt, notamment les centres communautaires d'aide aux UDIs de Montréal.

6.9. Déroulement de l'enquête

6.9.1. Enquêtes pilotes et calcul de la taille de l'échantillon

Une première enquête pilote a été conduite avec un groupe de 56 étudiants en ergothérapie de l'Université de Montréal, avec pour but de tester la compréhension et l'acceptation du questionnaire par les UDIs. Cette enquête s'est déroulée auprès des UDIs recrutés dans les rues de Montréal. Comme première expérience, elle a permis de constater que les UDIs sont très ouverts aux questions, et ont besoin de se confier à des personnes sûres. L'analyse des données de cette enquête pilote a permis de modifier le questionnaire dans sa formulation, et de supprimer les questions qui n'étaient pas très pertinentes.

Une deuxième enquête pilote a été conduite avec un seul enquêteur, afin de tester la formulation finale du questionnaire, tout en respectant les recommandations du comité d'éthique de l'Université de Montréal, particulièrement en ce qui concerne le formulaire de consentement. Elle s'est également déroulée sur les rues de Montréal auprès

de 124 UDIs.

Cette deuxième enquête pilote nous a permis de calculer la taille de l'échantillon en utilisant comme variable dépendante la « consultation aux urgences », et comme variable indépendante « être sans domicile ». Selon les données de cette étude pilote, la proportion de ceux qui consultent aux urgences parmi ceux qui ont un domicile est de 58,42%. Nous avons calculé la taille d'échantillon nécessaire pour estimer un ratio de prévalence de 2,054 pour ceux qui n'ont pas de domicile fixe par rapport à ceux qui en ont. Pour un niveau de confiance de 95% et une précision de 90%, il nous faut un minimum de 57 UDIs « non exposés » (avec domicile) et 57 UDIs « exposés » (sans domicile), pour un total de 114 sujets. Finalement, il faut gonfler l'échantillon pour inclure ceux qui n'utilisent aucun service dans les derniers 6 mois ($2 \times 57 / 0,60 = 190$). Cependant, l'étude pilote nous a montré que seulement un UDI sur trois était tombé malade dans les 6 derniers mois. Le nombre de sujets à interviewer devrait donc être multiplié par 3, pour un total d'au moins 600 sujets.

6.9.2. Enquête proprement dite

6.9.2.1. Enquêteur

Afin de faciliter le contact entre les UDIs et l'enquêteur, nous avons préféré engager un ancien UDI pour ce poste. La connaissance du milieu de la drogue, les particularités de langage propre à cette clientèle, et surtout la communauté d'identité entre l'enquêteur et les sujets, ont constitué des atouts précieux pour mener à bien cette étude.

de.

L'enquêteur choisi a suivi une semaine de formation afin de comprendre le but de l'étude, le sens des questions, et développer les habiletés nécessaires pour être opérationnel sur le terrain. Et tout au long de l'enquête, l'enquêteur devait rencontrer le responsable de l'étude tous les deux jours pour exposer en détail sa démarche et ses difficultés éventuelles.

L'enquêteur, qui est un ancien utilisateur de drogues injectables, était exposé à la récurrence lors de ses rencontres répétitives avec les UDIs actifs. Le responsable de l'étude a donc dû profiter de chaque rencontre de suivi pour faire de l'enquêteur un témoin privilégié des risques de santé encourus par les UDIs, tout en lui prodiguant des conseils pouvant l'aider à rester abstinent vis-à-vis de la drogue.

6.9.2.2. Conduite de l'enquête

L'enquête s'est déroulée sur les rues de Montréal, de février à septembre 2005. La première étape de notre démarche a consisté à répertorier les *piqueries* ou zones d'attroupement des UDIs de Montréal. Il n'a pas été nécessaire de parcourir les rues de tous les quartiers de la ville, étant donné que les UDIs en provenance d'un peu partout à Montréal se donnent généralement rendez-vous dans la partie centre-sud de la ville pour s'approvisionner en drogues. La suite de l'opération a consisté à contacter les UDIs aux endroits répertoriés, faire connaître notre enquête et distribuer les cartes de visite grâce auxquelles les personnes intéressées pouvaient nous joindre.

Chaque sujet contacté recevait une ou plusieurs cartes de visite contenant le nu-

méro de téléphone cellulaire de l'enquêteur, qu'il pouvait passer à ses amis et connaissances. Cette méthode de travail a contribué largement à faciliter et accélérer le déroulement de l'enquête. Le questionnaire était auto-administré, mais l'enquêteur était toujours à côté du répondant pour l'éclairer sur le sens de certaines questions. Après avoir répondu aux questions, l'enquêteur vérifiait si le sujet n'en avait pas oublié quelques unes, tout en respectant son droit de refuser volontairement de répondre à certaines.

Les précautions à prendre pour sa propre sécurité durant l'enquête faisaient régulièrement partie de nos discussions lors de chaque rencontre. Malgré les préjugés de violence à l'endroit des UDIs, plusieurs enquêtes auprès de cette clientèle ont été faites au Canada et ailleurs sans qu'un incident fâcheux n'aie été rapporté (Crofts et al., 2000; Zunzunegui et al., 1993; Rodriguez et al., 1996; Estebanez et al., 2000). Il en fut de même dans notre enquête: aucun incident fâcheux n'a été signalé.

6.10. Préparation des données aux fins d'analyses

6.10.1. Saisie et évaluation de la qualité des données

Les données ont d'abord étaient saisies sur un fichier EXCEL avant d'être transférées sur un fichier SPSS. Avant ce transfert, toutes les données ont été repassées en revue pour vérifier la conformité avec les réponses originales des questionnaires.

La première étape a consisté à élaborer des critères précis de manque de fiabilité d'un questionnaire. Les critères majeurs pour éliminer un questionnaire étaient les incohérences et contradictions multiples, ainsi que la similarité entre deux ou plusieurs

questionnaires en ce qui concerne les signatures et la calligraphie. Les critères mineurs étaient les dates de naissances identiques, les noms semblables, les indices suspects comme les ratures, le fait d'être référé par un même centre communautaire des UDIs, ou de faire partie d'une cohorte pour une autre étude en cours. La principale base d'élimination était les critères majeurs. Étant difficile de comparer les signatures et les écritures de 678 questionnaires, nous avons procédé en identifiant d'abord tous les questionnaires qui comportaient un critère quelconque de manque de fiabilité. Ceci a permis de réunir un total de 192 questionnaires. Ensuite chaque questionnaire à problème a été étudié en détail, en alignant successivement les données avec EXCEL par ordre de noms, de prénoms, de date de naissance, de date d'interview, de lieu d'interview, pour ressortir tous les questionnaires qui présentaient une communauté de critères spécifiques. Ensuite, ces « *clusters* » de questionnaires répondant aux mêmes critères (par exemple même date de naissance) étaient comparés quant aux signatures et à la calligraphie. Par ailleurs, en élaborant une matrice de dissimilarité entre les sujets grâce au carré de la distance euclidienne, certains autres questionnaires ont été épinglés et examinés à la loupe. Cette méthode nous a permis de retracer 6 doublures et 6 questionnaires incohérents. En cas de doublure, seul le premier questionnaire en date d'interview était conservé. Au total, nous avons éliminé 12 questionnaires, passant ainsi de 678 à 666 questionnaires.

6.10.2. Analyses effectuées

Les principales analyses effectuées peuvent être schématisées de la manière suivante:

- a) Analyses descriptives, consistant dans la description des fréquences des variables à l'étude (nombre et pourcentage). Pour les variables d'intérêt, des comparaisons ont été effectuées entre les hommes et les femmes. La différence entre les deux groupes a été estimée grâce au test du Chi-carré ou au test exact de Fisher pour les variables dichotomiques, et grâce au test *t* de Student pour les variables continues.
- b) Analyses bivariées : interaction avec le sexe pour chaque variables indépendantes et association avec les variables dépendantes. Trois variables dépendantes ont été mesurées : épisode de maladie dans les six derniers mois avant l'interview, utilisation exclusive des services d'urgence lors d'un épisode de maladie dans les six derniers mois, utilisation exclusive habituelle des CLSC.
- c) Analyses multivariées :
 - 1) Choix des variables à inclure dans les modèles multivariés : deux critères ont servi au choix des variables à retenir pour les analyses multivariées : a) une association significative avec la variable dépendante dans les analyses bivariées, avec une valeur $P < 0,10$; b) ainsi qu'une relation causale probable avec la variable dépendante.
 - 2) Construction des modèles : les modèles multivariées ont été construits par la méthode de blocs hiérarchiques. Pour l'estimation de la sus-

ceptibilité de maladie, cinq blocs de variables ont été introduits séquentiellement : les variables socio-démographiques, les variables décrivant les conditions économiques, les marqueurs de marginalité, les comportements à risque et les variables relatives à l'état de santé. Par contre, pour l'estimation des modèles sur l'utilisation des urgences et des CLSC, les blocs de variables introduites dans l'équation étaient successivement : les facteurs prédisposants, les facteurs facilitants, les besoins en santé et l'utilisation antérieure des services de soins. Dans les trois modèles, chaque bloc de variables était d'abord estimé grâce à la technique « *Backward LR* ». Dans le modèle produit, les variables qui montraient une association dont la valeur P était inférieure à 0,10 étaient retenues dans l'équation par la méthode « *Forced Entry* ». Le prochain bloc était alors introduit en suivant les mêmes étapes ci-dessus.

3) Évaluation du modèle : les modèles produits ont été estimés quant à leur calibration avec les données par le test d'ajustement de Hosmer-Lemeshow. L'amélioration du modèle au fur et à mesure que les blocs de variables étaient introduits a été estimée grâce au test du Chi-carré et au test de vraisemblance « *log-likelihood statistic* ».

CHAPITRE 7 : RÉSULTATS

7.1. PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE ET MAGNITUDE DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SOINS PAR LES UDI_s

7.1.1. Facteurs prédisposants

7.1.1.1. Variables démographiques : sexe et âge

Sur le total de 666 sujets retenus dans l'étude, les hommes étaient au nombre 556 (84%) et les femmes 110 (17%). L'âge des sujets s'échelonne de 18 à 62 ans, avec une moyenne de 31 ans (Tableau I). La comparaison entre les hommes et les femmes quant à l'âge a été effectuée grâce au test *t* sur l'égalité des moyennes. La moyenne d'âge chez les hommes est significativement supérieure à celle des femmes (32 versus 27 ans, $P < 0,001$).

La tranche d'âge qui compte le plus grand nombre de sujets est celle de 20 à 29 ans, avec 41% des sujets, suivie par celle de 30 à 39 ans, avec 26% des sujets. À elles seules ces deux tranches d'âge constituent 66% de tous les sujets interrogés. Entre 18 et 29 ans, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes, alors qu'au-delà de cet âge, c'est la tendance contraire qui est observée (Figure 2).

Dans la suite de ce chapitre, les caractéristiques sociodémographiques seront décrites séparément pour les hommes et pour les femmes, afin de détecter des différences qui pourraient être utiles pour la construction du modèle final.

**Tableau I. Facteurs prédisposants:
Distribution des UDIs selon les facteurs démographiques, l'orientation sexuelle et la scolarité**

Variables	Catégories	Total [N = 666] [n (%)]	Hommes [N = 556] [n (%)]	Femmes [N = 110] [n (%)]	P
<i>Facteurs démographiques</i>					
Sexe	Hommes	556 (83,5)			
	Femmes	110 (16,5)			
Âge	Moyenne (\pm écart-type)	30,83 (\pm 10,27)	31.68 (\pm 10.35)	26.55 (\pm 9.69)	<0,001*
Tranches d'âge	18-19 ans	78 (11,7)	60 (10,8)	18 (16,4)	<0,001
	20-29 ans	271 (40,8)	207 (37,2)	64 (58,2)	
	30-39 ans	169 (25,5)	153 (27,5)	16 (14,5)	
	40-49 ans	109 (16,4)	101 (18,2)	8 (7,3)	
	50-59 ans	35 (5,3)	32 (5,8)	3 (2,7)	
	60-69 ans	2 (0,3)	2 (0,4)	0 (0,0)	
<i>Orientation sexuelle</i>	Homosexuelle	42 (6,4)	39 (7,0)	3 (2,7)	<0,001
	Hétérosexuelle	556 (84,4)	476 (85,6)	80 (72,7)	
	Bisexuelle	61 (9,3)	36 (6,5)	25 (22,7)	
<i>Scolarité</i>					
Niveau de scolarité	Primaire	17 (2,6)	16 (2,9)	1 (0,9)	0,147
	Secondaire	531 (80,5)	444 (79,9)	87 (79,1)	
	Collégial	85 (12,9)	66 (11,9)	19 (17,3)	
	Universitaire/école professionnelle	27 (4,1)	26 (4,7)	1 (0,9)	
Âge d'abandon des études	Moyenne (\pm écart-type)	17,37 (\pm 3,02)	17,37 (\pm 3,1)	17,39 (\pm 2,65)	0,069*

*Test t sur l'égalité des moyennes

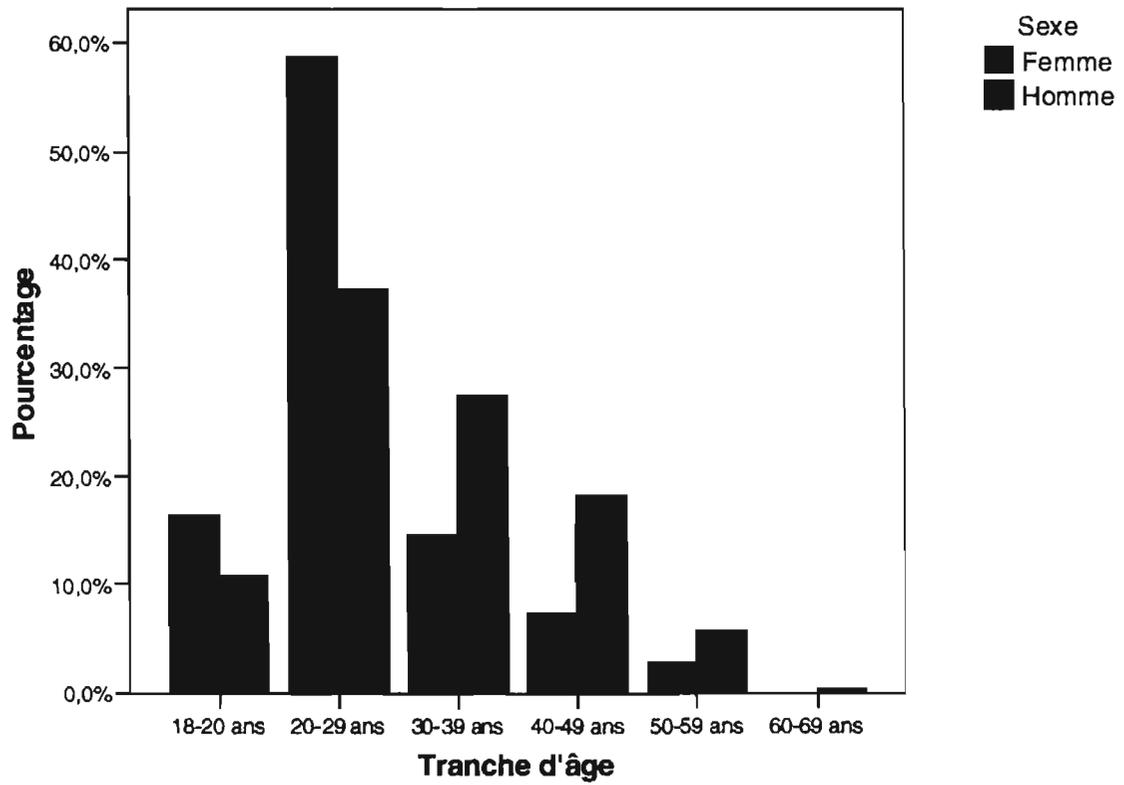
Figure 2. Distribution des sujets par tranches d'âge et par sexe

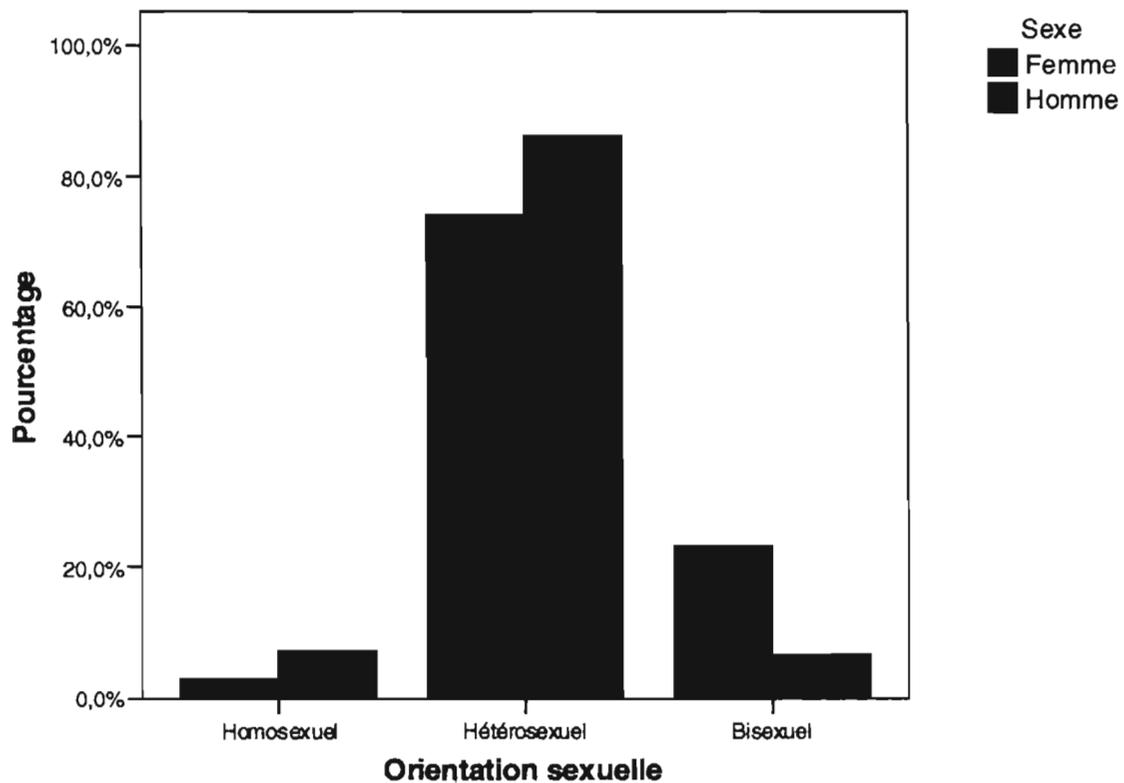
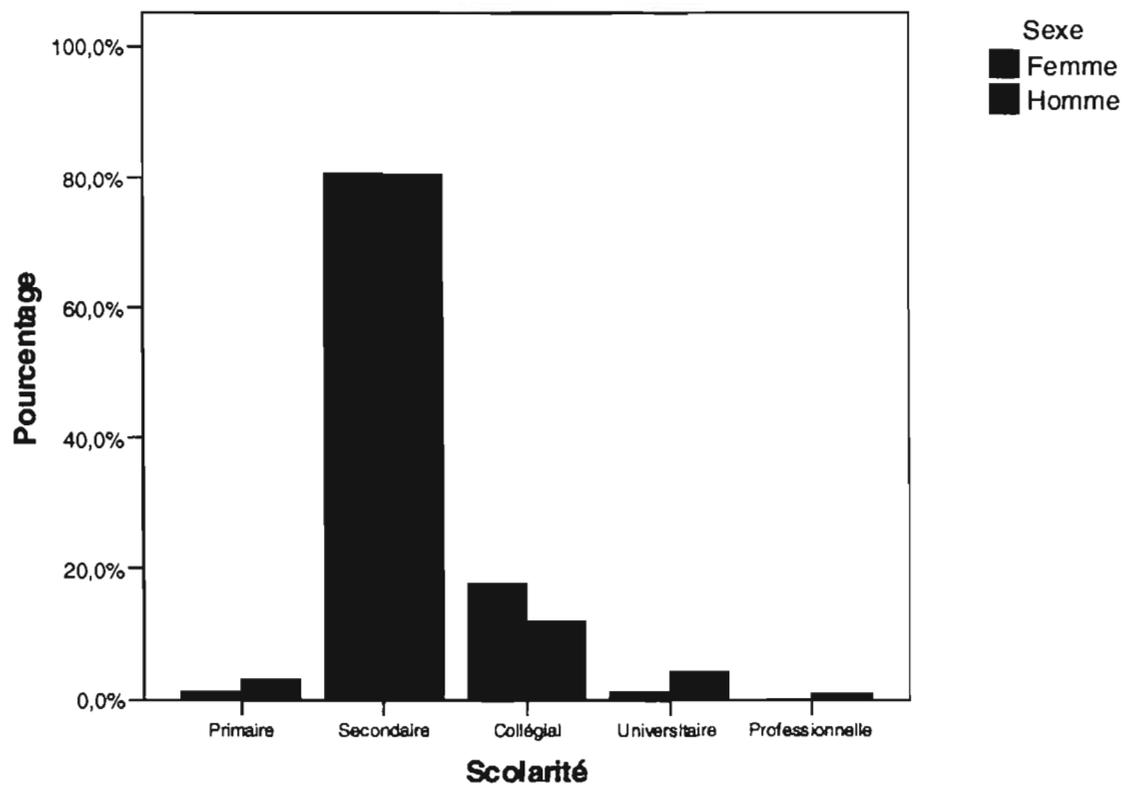
Figure 3. Distribution des sujets selon l'orientation sexuelle et selon le sexe

Figure 4. Distribution des sujets selon le niveau de scolarité et selon le sexe

7.1.1.2. Facteurs associés à la structure sociale

A. Orientation sexuelle

Au total, 84% des sujets se sont déclarés hétérosexuels, alors que 9% se sont identifiés comme bisexuels et 6% comme homosexuels. La comparaison entre les hommes et les femmes montre que les hommes sont plus nombreux que les femmes dans toutes ces catégories. Par contre, la proportion des bisexuelles chez les femmes est plus élevée que celle observée chez les hommes, soit 23% versus 7% (Figure 3). Cette différence dans l'orientation sexuelle entre hommes et femmes est statistiquement significative ($P < 0,001$).

B. Scolarité

La majorité des sujets interrogés ont achevé au moins les études secondaires (531 sujets, soit 81%) (Tableau I). Un bon nombre a complété des études post-secondaires: 85 sujets ont terminé les études collégiales (soit 13%), 23 sujets ont terminé l'université (soit 3,5%), et 4 sujets ont fait des études professionnelles (soit 0,6%). Tel qu'illustrée par la Figure 4, la différence dans le profil de scolarisation n'est pas statistiquement significative entre hommes et femmes ($P = 0,147$). En moyenne, l'âge d'abandon des études se situe à 17 ans.

**Tableau II. Facteurs prédisposants:
Distribution des UDIs selon les facteurs associés à l'intégration sociale**

Variables	Total [N = 666] [n (%)]	Hommes [N = 556] [n (%)]	Femmes [N = 110] [n (%)]	P
<i>Emploi stable et légal antérieur</i>	436 (65,5)	377 (67,8)	59 (53,6)	<0,001
<i>Situation d'emploi (N = 654)</i>				
Travail temps plein	73 (11,8)	69 (12,4)	4 (3,6)	0,032
Emplois intermédiaires (travail à temps partiel, travail sur appel, assurance chômage, travail autonome)	116 (18,7)	99 (17,8)	17 (15,5)	
Bien-Être Social	430 (69,5)	355 (63,8)	75 (68,2)	
<i>Adresse fixe</i>	458 (68,8)	367 (66,0)	91 (82,7)	<0,001
<i>Pièces d'identité</i>				
Carte d'assurance sociale	473 (72,5)	402 (72,3)	71 (64,5)	0,083
Carte d'assurance maladie	611 (93,7)	511 (91,9)	100 (90,9)	0,600
Permis de conduire	208 (31,9)	197 (35,4)	11 (10,0)	<0,001
<i>Nombre de pièces d'identité</i>				
0	36 (5,5)	29 (5,2)	7 (6,4)	<0,001
1	141 (21,6)	112 (20,1)	29 (26,4)	
2	274 (42,0)	211 (37,9)	63 (57,3)	
3	201 (30,8)	192 (34,5)	9 (8,2)	
<i>Réseau social</i>				
UDIs qui ont des amis non UDIs	571 (85,7)	471 (84,7)	100 (90,9)	0,089
Nombre d'amis non UDIs (Moyenne ± écart-type)	8 (± 7)	8 (± 8)	7 (± 5)	0,247**
<i>Fréquence des contacts avec amis non UDIs</i>				
Tous les 31-365 jours	21 (3,8)	16 (2,9)	5 (4,5)	0,495
Tous les 8-30 jours	70 (12,8)	58 (10,4)	12 (10,9)	
Tous les 2-7 jours	241 (43,9)	194 (34,9)	47 (42,7)	
Tous les jours	217 (39,5)	185 (33,3)	32 (29,1)	

*Test exact de Fisher

**Test t sur l'égalité des moyennes

7.1.1.3. Facteurs d'intégration sociale

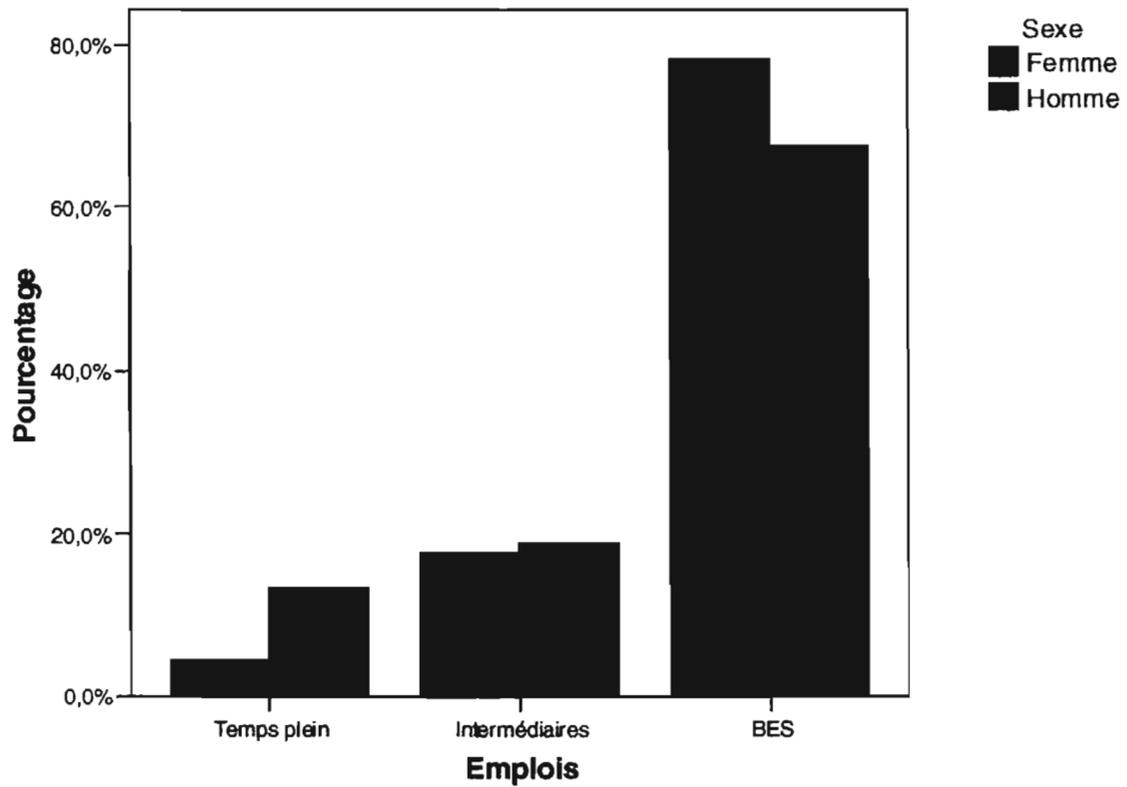
Pour refléter l'insertion sociale des sujets, nous avons considéré les variables suivantes : « emploi stable et légal antérieur », « situation d'emploi » actuelle, avoir une « adresse fixe » où l'on peut recevoir du courrier, détenir trois pièces d'identité [carte d'assurance sociale, carte d'assurance maladie, permis de conduire (PC)], ainsi que le réseau social des sujets (Tableau II). Au total, 66% des répondants (soit 436 personnes) ont occupé dans le passé un emploi stable et légal, les hommes étant significativement plus représentés que les femmes (68% contre 54%, $P < 0,001$).

Au total, 151 personnes ont déclaré gagner plus de 20 000\$ par an. Cependant parmi elles, 29% mendient sur la rue, 21% sont des sans-abri, et 29% recourent aux centres communautaires pour obtenir de la nourriture. Parmi les personnes qui ont déclaré posséder un PC, 67% vivaient dans un logement confortable (versus 37% avec un logement confortable parmi ceux qui n'avaient pas de PC), 25% possédaient un travail à temps plein (versus 4%), 5% étaient sans logement (versus 35%), 12% mendiaient sur la rue (versus 50%), et 22% recherchaient de l'aide dans les centres communautaires (versus 58%).

Parmi ceux qui mendient sur la rue, 74% recherchaient de l'aide dans les centres communautaires (versus 30% parmi ceux qui ne mendient pas), 53% étaient des sans-abris (versus 10%); 1% avait un travail à temps plein (versus 17%). Parmi ceux qui recherchaient un soutien dans les centres communautaires, 34% vivaient dans un logement commode (versus 60% parmi ceux qui ne recherchaient pas cette aide); 50% étaient des sans-abri (versus 5%), 5% avaient un travail à temps plein (versus 16%).

La principale source officielle de revenu dans les 12 derniers mois, telle que men-

Figure 5. Comparaison des hommes et des femmes quant aux sources légales de revenu



tionnée par les répondants, était le Bien-Être Social (70%). La proportion des femmes qui reçoivent le Bien-Être Sociale est légèrement plus élevée que celle des hommes (Figure 5). Cette différence n'est cependant pas statistiquement significative ($P = 0,468$). Seulement 12% des répondants ont occupé un emploi à temps plein, et 19% étaient soit dans un poste à temps partiel, un emploi sur appel, un travail autonome, ou ont bénéficié d'une assurance chômage (Tableau II).

Nous avons demandé aux sujets s'ils avaient une adresse fixe où ils pouvaient recevoir du courrier, qu'ils habitent à cette adresse ou non. Une proportion de 69% des sujets (soit 458 personnes) ont répondu affirmativement à cette question. Les femmes sont significativement plus nombreuses à rapporter une adresse fixe que les hommes (83% contre 66%, $P < 0,001$).

Six pour cent des répondants (soit 36 personnes) ne possédaient aucune pièce d'identité, alors que 94% (soit 616 personnes) en possédaient au moins une. Dans l'ensemble, 94% des répondants possédaient une carte d'assurance maladie, 73% une carte d'assurance sociale, et 34% un PC. Les hommes ne diffèrent pas des femmes quant au fait de détenir une carte d'assurance sociale ou d'assurance maladie. Par contre les hommes sont significativement plus nombreux à détenir un PC par rapport aux femmes (35% contre 10%, $P < 0,001$).

Le réseau social des UDIs est principalement composé des amis non UDIs, des amis UDIs et des relations familiales. La distribution de fréquence de ces deux dernières catégories sera mentionnée plus loin. En ce qui concerne les amis non UDIs, 86% des sujets ont rapporté en avoir au moins un, et le nombre moyen d'amis UDIs pour l'ensemble de l'échantillon est de 8 personnes. La plus grande proportion des sujets

**Tableau III. Facteurs prédisposants:
Distribution des UDIs selon les facteurs associés à la marginalité et à la consommation d'alcool**

Variables	Total [N = 666] [n (%)]	Hommes [N = 556] [n (%)]	Femmes [N = 110] [n (%)]	P
<i>Facteurs associés à la marginalité</i>				
Mendicité	253 (38,0)	217 (39,0)	36 (32,7)	0,238
Squeejee	48 (7,2)	40 (7,2)	8 (7,3)	0,961
Vol	117 (17,6)	103 (18,5)	14 (12,7)	0,154
Prostitution	89 (13,4)	24 (4,3)	65 (59,1)	<0,001
Amendes	344 (51,7)	293 (52,7)	51 (46,4)	0,355
Prison	300 (47,5)	262 (47,1)	38 (34,5)	0,024
Prison dans les 6 derniers mois	70 (11,4)	60 (10,8)	10 (9,1)	0,712
Nombre de fois en prison [Moyenne (\pm écart-type)]	5 (\pm 6)	5 (\pm 6)	3 (\pm 4)	0,070*
<i>Consommation d'alcool</i>				
UDIs qui consomment l'alcool	571 (86,8)	490 (88,1)	81 (73,6)	<0,001
Quantité d'alcool consommé				
<1 consommation/jour	90 (15,8)	67 (12,1)	23 (20,9)	0,001
1-5 consommations/jour	368 (64,7)	318 (57,2)	50 (45,5)	
>5 consommations/jour	111 (19,5)	103 (18,5)	8 (7,3)	
Âge de début/alcool [Moyenne (\pm écart-type)]	14,42 (\pm 2,6)	14,48 (\pm 2,48)	14,07 (\pm 3,2)	0,167
Ancienneté dans l'abus d'alcool [Moyenne (\pm écart-type)]	16,56 (\pm 10,47)	17,13 (\pm 10,6)	13,43 (\pm 9,4)	0,002

*Test t sur l'égalité des moyennes

(83%) contactent leurs amis non UDIs au moins une fois par semaine. Aucune différence statistiquement significative dans la fréquence des contacts avec les amis non UDIs n'a été notée entre les hommes et les femmes (Tableau II).

7.1.1.4. Facteurs de marginalité

Parmi les facteurs de marginalité, on retrouve la mendicité (38% des sujets), le fait d'être un « *squeeje* » ou laveur de vitres d'autos (7%), le vol (18%), la prostitution (13%), les antécédents d'emprisonnement (48%) et d'amendes pour infraction quelconque (52%) (Tableau III). Parmi ces marqueurs de marginalité, seule la prostitution et l'emprisonnement ont montré une différence significative entre les hommes et les femmes ($P < 0,001$ et $P = 0,024$ respectivement).

7.1.1.5. Consommation d'alcool

La consommation de drogues va souvent de paire avec celle d'alcool. En effet, 87% des répondants consomment de l'alcool, soit 571 sujets (Tableau III). Parmi eux, 19% prennent plus de 5 consommations par jour, 65% prennent 1 à 5 consommations par jour, et 16% prennent moins d'une consommation par jour. Les hommes sont significativement plus représentés que les femmes dans les deux premières catégories, alors que c'est le contraire dans la dernière ($P = 0,001$). Dans l'ensemble, les participants ont commencé à consommer l'alcool à l'âge de 14 ans, et ils comptent en moyenne 17 ans d'ancienneté dans cette consommation.

Tableau IV. Facteurs prédisposants: Distribution des UDIs selon l'addiction aux drogues

Variables	Total [N = 666] [n (%)]	Hommes [N = 556] [n (%)]	Femmes [N = 110] [n (%)]	P
<i>Consommation de drogue dans son entourage</i>				
Partenaire sexuel qui s'injecte la drogue	108 (27,0)	73 (13,1)	35 (31,8)	<0,001
Drogues dans la famille (père, mère, frères, sœurs)	153 (24,6)	112 (20,1)	41 (37,3)	<0,001
Amis UDIs	641 (96,5)	533 (95,9)	108 (98,2)	0,402*
Nombre d'amis UDIs [Moyenne (± écart-type)]	9 (±8)	9 (± 8)	9 (± 8)	0,646**
<i>Fréquence des contacts avec les amis UDIs</i>				
≥1 fois/8-30 jours	61 (9,6)	54 (9,7)	7 (6,4)	0,025
≥1 fois/2-7 jours	240 (37,8)	209 (37,6)	31 (28,2)	
≥1 fois/jour	334 (52,6)	265 (47,7)	69 (62,7)	
<i>Drogues qu'ils s'injectent</i>				
Héroïne (consommation exclusive)	77 (11,6)	47 (8,5)	30 (27,3)	<0,001
Cocaïne et dérivés (consommation exclusive)	476 (72,0)	430 (77,3)	46 (41,8)	
Héroïne + cocaïne et dérivés	108 (16,3)	76 (13,7)	32 (29,1)	
<i>Fréquence d'injection</i>				
1 fois/semaine ou moins	196 (29,7)	178 (32,0)	18 (16,4)	<0,001
1 fois/jour	172 (26,1)	149 (26,8)	23 (20,9)	
Plusieurs fois/jour	291 (44,2)	224 (40,3)	67 (60,9)	
<i>Partage de seringues et autre matériel d'injection (MI)</i>				
UDIs qui partagent le MI	104 (16,1)	85 (15,3)	19 (17,3)	0,713
Vouloir quitter la drogue	425 (65,0)	344 (61,9)	81 (73,6)	0,023

*Test exact de Fisher; **Test t sur l'égalité des moyennes

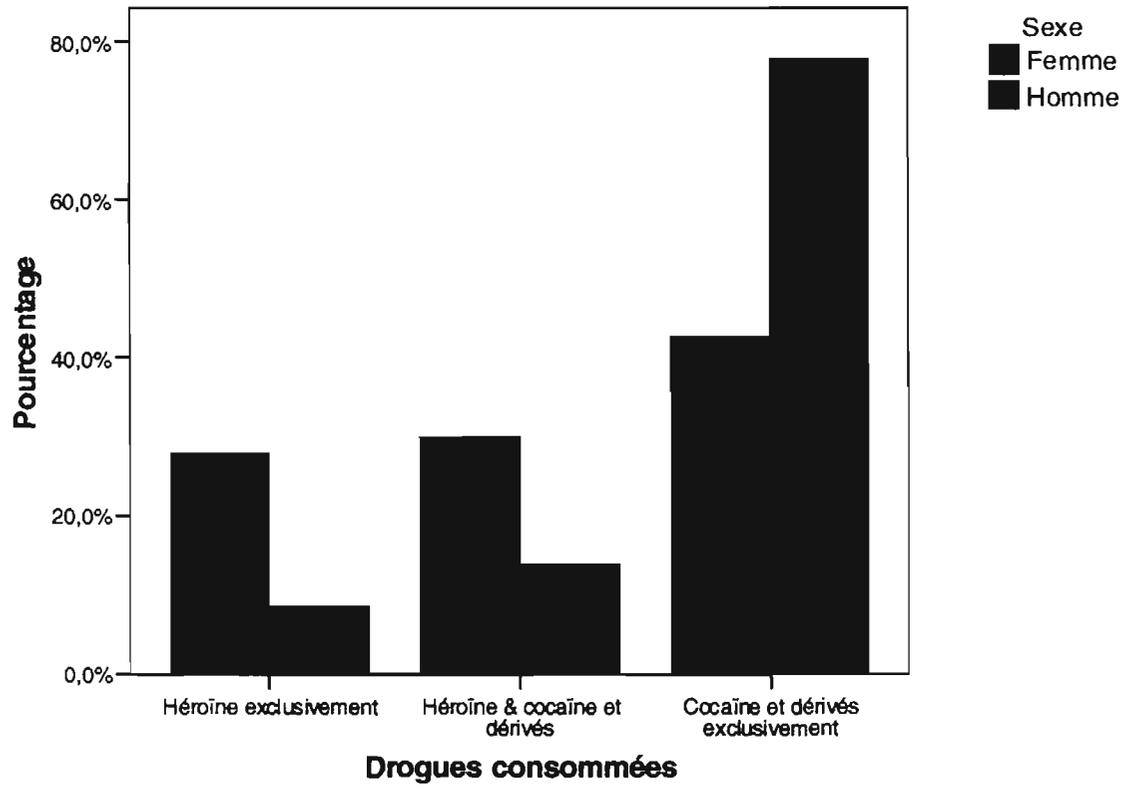
7.1.1.6. Addiction aux drogues et partage de matériel d'injection

Bon nombre de participants rapportent une consommation de drogues dans leur entourage: 27% de sujets ont des partenaires sexuels qui s'injectent la drogue, 25% ont un membre de famille (père, mère, frère ou sœur) qui consomme la drogue, et 97% ont un ami UDI (Tableau IV). Bien que dans l'ensemble les hommes soient plus nombreux dans toutes ces catégories, la proportion de ceux qui ont rapporté la consommation de drogue chez le partenaire ou dans la famille est plus élevée parmi les femmes que parmi les hommes ($P < 0,001$). En moyenne, le nombre d'amis d'UDIs rapportés s'élève à 9 personnes, et 90% des participants ont des contacts avec leurs amis UDIs au moins une fois par semaine.

La majorité des répondants ont déclaré s'injecter la cocaïne et ses dérivés (*crack* et *speedball*), soit exclusivement (72%), soit en alternant avec l'héroïne (16%). La consommation exclusive d'héroïne par injection a été déclarée seulement par 12% des répondants. La comparaison entre les sexes a permis de mettre en évidence le fait que la cocaïne est utilisée par une plus grande proportion d'hommes que de femmes (91% des hommes contre 71% des femmes), alors que le rapport est inversé pour l'héroïne (57% de femmes contre 22% des hommes). Ce constat est clairement illustré dans la Figure 6. Par contre dans l'ensemble, la cocaïne demeure la drogue la plus utilisée dans les deux sexes par rapport à l'héroïne.

La fréquence d'injection permet d'estimer le degré d'addiction à la drogue. La majorité des répondants s'injectent plus d'une fois par jour (44%) (Tableau IV). Ceux qui s'injectent une fois par jour se chiffrent à 26%, et ceux qui s'injectent une fois par semaine ou moins s'élèvent à 30%.

Figure 6. Comparaison des hommes et des femmes quant aux drogues consommées



En examinant les motifs qui ont initié les participants à l'injection de drogues, ceux qui ont commencé à s'injecter suite à un événement triste se répartissent de la manière suivante: 20% parmi ceux qui consomment exclusivement de l'héroïne, 23% parmi ceux qui consomment exclusivement de la cocaïne, et 26% parmi ceux qui consomment à la fois la cocaïne et l'héroïne. Parmi ceux qui s'injectent exclusivement l'héroïne, 79% présentent la dépression, versus 70% parmi ceux qui consomment les deux, et 67% parmi ceux qui s'injectent exclusivement la cocaïne.

Seize pour cent des sujets (104 répondants) rapportent avoir partagé le matériel d'injection, principalement les seringues, avec leurs conjoints, leurs amis, ou même avec des UDIs inconnus (Tableau IV). La répartition par sexe montre une prédominance féminine: 17% des femmes contre 15% des hommes, mais cette différence n'est pas significative ($P = 0,713$). De ces 104 sujets, 24% se savent atteints soit d'une infection à VIH, soit d'une hépatite C, soit des deux.

À la question de savoir s'ils désiraient un jour quitter le monde de la drogue, 65% des participants ont répondu affirmativement, la majorité d'entre eux étant des femmes (74 % contre 62%, $P = 0,023$).

Plus souvent qu'autrement, les injecteurs de drogues sont aussi des grands consommateurs des drogues non injectables. Dans notre groupe d'étude, 81% des répondants en consomment (soit 542 personnes) (Tableau V). Parmi ceux-ci, 45% en consomment une fois par jour ou plus, 30% au moins une fois tous les 2 à 7 jours, et 25% au moins une fois tous les 8 à 30 jours.

Parmi les drogues non injectables les plus rapportées, on trouve respectivement la marijuana (54%), le *crack* (25%), la *coke* (11%), l'*ecstasy* (8%), l'« acide » (8%), le

**Tableau V. Facteurs prédisposants:
Distribution des UDIs selon la consommation des drogues non-injectables**

Variables	Total [N = 542] [n (%)]
<i>Fréquence de consommation des drogues non-injectables</i>	
≥1 fois/8-30	131 (24,9)
≥1 fois/2-7 jours	159 (30,2)
≥1 fois/jour	236 (44,9)
<i>Drogues non-injectables consommées</i>	
Pot	358 (53,8)
Crack	168 (25,2)
Coke	71 (10,7)
Valium	60 (9,0)
Acide	56 (8,4)
Ecstasy	56 (8,4)
PCP	45 (6,8)
Speed	43 (6,5)
Mescaline	40 (6,0)
Ativan	15 (2,3)
Héroïne fumée	12 (1,8)
Dilaudid	11 (1,7)
LSD	11 (1,7)
Sniffe	10 (1,5)
Rivotril	10 (1,5)
Freeball	9 (1,4)
POP	7 (1,1)
Mushroom	7 (1,1)
Cristal	2 (0,3)
Buvar magique	2 (0,3)

**Tableau VI. Facteurs prédisposants:
Distribution des UDIs selon le degré d'appréciation des services de soins (N = 666)**

Variables	Catégories	Services d'urgence (%)	Cliniques médicales avec rendez-vous (CM+R) (%)	cliniques médicales sans rendez-vous (CM-R) (%)	CLSC (%)
Qualité de l'accueil et des services de soins	Excellent	15,2	16,7	15,7	20,3
	Très bon	12,3	27,2	24,2	16,4
	Bon	38,4	47,0	47,2	46,0
	Médiocre	26,5	8,7	11,2	16,4
	Très mauvais	7,6	0,4	1,7	0,8
Compétence du personnel des services de soins	Excellent	29,0	31,4	30,8	29,5
	Très bon	21,7	29,0	25,9	20,8
	Bon	37,6	37,7	39,5	42,2
	Médiocre	7,6	1,6	3,0	6,9
	Très mauvais	4,1	0,2	0,8	0,6
Efficacité du traitement	Excellent	26,5	30,5	29,5	27,4
	Très bon	32,7	35,3	33,7	32,5
	Bon	32,7	31,4	32,3	33,3
	Médiocre	5,7	2,6	3,4	5,9
	Très mauvais	2,9	0,2	1,1	0,8
Appréciation globale des services	Excellent	14,2	20,3	18,9	18,6
	Très bon	29,8	37,7	35,0	27,5
	Bon	43,9	40,3	42,5	47,7
	Médiocre	9,0	1,6	3,0	5,5
	Très mauvais	3,1	0	0,6	0,6

**Tableau VII. Facteurs prédisposants:
Distribution des UDIs selon leur appréciation de l'attitude du personnel médical**

Variables	Lors des consultations dans les 6 derniers mois (N = 150)				Lors des consultations antérieures (N = 666)			
	Fréquence (%)	Hommes [N = 115] [n (%)]	Femmes [N = 35] [n (%)]	P	Fréquence (%)	Hommes [N = 556] [n (%)]	Femmes [N = 110] [n (%)]	P
Discrimination	21 (14,0)	19 (16,5)	2 (5,7)	0,083*	79 (12,1)	60 (10,8)	19 (17,3)	0,060
Violence	2 (1,4)	2 (1,7)	0 (0,0)	1,00*	29 (4,8)	22 (3,9)	7 (6,4)	0,299*

*Test exact de Fisher

PCP ou phénilcyclidine (phényl-Cyclohexyl-Pipéridine) (7%), le *speed* (7%), et la mescaline (6%). Certains médicaments sont également consommés comme drogues récréatives, notamment le valium ou diazépán (9%), l'ativan ou lorazépán (anxiolytique et sédatif) (2%), le dilaudid ou chlorhydrate d'hydromorphone (un analgésique opioïde) (2%), et le rivotril ou clonazépán (un anticonvulsivant) (2%) (Tableau V).

7.1.1.7. Croyances sur la santé et les services de santé

A. Appréciation de la qualité de l'accueil et des services de soins par les UDIs

En ce qui concerne la qualité de l'accueil et des soins, les services les mieux appréciés sont les CLSC, suivis respectivement par les cliniques médicales avec rendez-vous (CM avec RDV), les cliniques médicales sans rendez-vous (CM sans RDV) et les urgences (Tableau VI). En effet, la proportion des UDIs qui jugent ces services « excellents » s'échelonne respectivement dans l'ordre suivant: 20% en faveur des CLSC, 17% en faveur des CM avec RDV, 16% en faveur des CM sans RDV, et 15% en faveur des urgences. De même plus nombreux sont ceux qui jugent « très mauvaise » la qualité de l'accueil et des soins aux urgences (8%), comparativement aux CM sans RDV (2%), aux CLSC (1%), et aux CM avec RDV (0%).

B. Appréciation de la compétence du personnel des services de soins par les UDIs

L'appréciation de la compétence du personnel des services de soins est presque

parallèle à celle de l'accueil et de la qualité des soins. En effet, les services les mieux appréciés (« excellent ») sont les CM avec RDV (31%), suivis respectivement par les CM sans RDV (selon 31% des sujets), les CLSC (30%), et les urgences (29%). À l'inverse, les services jugés « très mauvais » sont respectivement les urgences (selon 4% des sujets), les CM sans RDV (1%), les CLSC (1%), et les CM avec RDV (0%).

C. Appréciation de l'efficacité du traitement dans les services de soins par les UDI

L'appréciation de l'efficacité du traitement suit le même profil: 31% des sujets jugent « excellents » les CM avec RDV, 30% les CM sans RDV, 27% les CLSC, et 27% les urgences. À l'inverse, ceux qui jugent « très mauvaise » l'efficacité du traitement se classent selon les proportions suivantes: 3% pour les urgences, 1% pour les CM sans RDV, 1% pour les CLSC, et 0% pour les CM avec RDV.

D. Appréciation subjective de l'attitude du personnel médical

En se référant aux consultations antérieures, 12% des répondants (sur un total de 666 sujets) ont rapporté avoir été victimes de discrimination de la part du personnel médical en raison de leur condition de marginalité, alors que 5% ont rapporté des incidents de violence physique ou verbale envers eux (Tableau VII). Par contre, en se référant aux épisodes de consultation dans les 6 derniers mois, une proportion de 14% (sur un total de 150 personnes) ont rapporté une histoire de discrimination, et seulement 1%

Tableau VIII: Facteurs facilitants: Distribution des UDIs selon l'habitat et le revenu

Variable	Total [N = 666] [n (%)]	Hommes [N = 556] [n (%)]	Femmes [N = 110] [n (%)]	P
<i>Habitat</i>				
Bon logement (appartement ou condo personnel, maison personnelle, appartement loué, chambre louée, maison louée)	310 (47,8)	255 (45,9)	55 (50,0)	<0,001
Logement contraignant (hébergé par une connaissance, logement partagé, centre des sans abri)	210 (32,4)	161 (29,0)	49 (44,5)	
Sans logement (maison abandonnée, sans domicile)	128 (19,8)	122 (21,9)	6 (5,5)	
UDIs qui habitent avec un colocataire ou plus				
1	142 (40,2)	105 (18,9)	37 (33,6)	
2-4	182 (51,6)	148 (26,6)	34 (30,9)	
5 et plus	29 (8,2)	24 (4,3)	5 (4,5)	
<i>Revenu annuel (\$ CAN)</i>				
<10 000 \$	212 (32,5)	186 (33,5)	26 (23,6)	
11 000-20 000 \$	298 (45,7)	251 (45,1)	47 (42,7)	
21 000-30 000 \$	84 (12,9)	69 (12,4)	15 (13,6)	
31 000-40 000 \$	35 (5,4)	24 (4,3)	11 (10,0)	
>40 000 \$	23 (3,5)	16 (2,9)	7 (6,4)	
Nombre moyen d'activités pour avoir un revenu	2 (± 1)	2 (± 1)	2 (± 1)	

une histoire de violence.

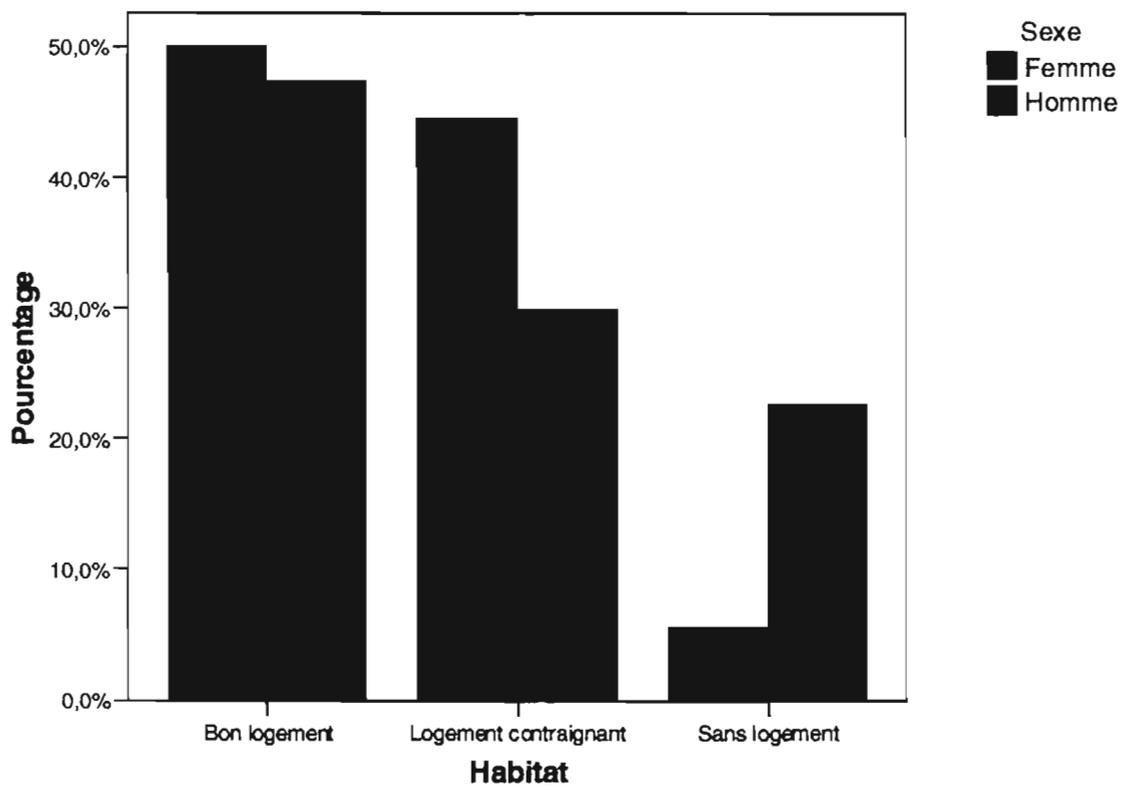
7.1.2. Facteurs facilitants

7.1.2.1. Facteurs individuels

A. Habitat

Les conditions d'habitat ont été regroupées en 3 catégories (Tableau VIII):

- 1) Bon logement: appartement ou condo personnel, maison personnelle, appartement loué, chambre louée, maison louée. Bien peu de répondants possèdent un condo personnel (2%), une maison louée (2%) ou une maison personnelle (1%). La plupart des sujets pouvant être classés comme logés dans des conditions décentes vivent soit dans un appartement loué (31%), soit dans une chambre louée (12%). L'ensemble des sujets ayant un logement com-mode représente 48% (soit 310 personnes).
- 2) Logement contraignant: hébergement par une connaissance, logement partagé, centre des sans abri. Un bon nombre d'UDIs interrogés vivent dans des logements où ils ne pourraient pas se sentir totalement à l'aise. Environ 17% des sujets sont hébergés par les amis ou les membres de famille, 16% partagent en commun un logement avec des personnes qui ne sont ni des conjoints ni des membres de famille, et 7% ont élu refuge dans l'un ou l'autre centre des sans-abri de Montréal. Au total, l'ensemble de cette catégorie représente

Figure 7. Comparaison des hommes et des femmes quant à l'habitat

32% (soit 210 sujets).

3) Sans logement: Cette catégorie regroupe les personnes qui n'ont aucun domicile, et ceux qui vivent dans des vieilles maisons abandonnées, soit un total de 20% des sujets.

Dans l'ensemble, les femmes sont proportionnellement mieux logées que les hommes ($P < 0,001$). Cette différence est bien illustrée dans la Figure 7.

B. Revenu annuel

En ce qui concerne le revenu annuel, une proportion de 33% des sujets a déclaré vivre de moins de 10 000\$ par année. Plus nombreux sont ceux qui ont rapporté gagner entre 11 000 et 20 000\$ par année, soit 46%. Entre 21 000 et 30 000\$ par année nous trouvons 13% des sujets, alors que entre 31 000 et 40 000\$ par année se retrouvent seulement 5% des sujets. Quatre pour cent des répondants ont déclaré gagner plus de 40 000\$ par année.

C. Assurances et sources régulières de soins

Selon la loi, toute personne résidant officiellement au Canada a droit à une couverture pour les soins médicaux. La situation des UDIs est particulière puisque certains d'entre eux (6%) n'ont pas de carte d'assurance maladie et ne pourraient pas bénéficier de la couverture universelle en cas de maladie. Quant aux assurances médicales privées, bien peu de sujets interrogés y ont souscrit, soit 2% (Tableau IX). Une proportion

Tableau IX. Facteurs facilitants: Distribution des UDIs selon l'accessibilité aux services, l'état civil, les relations familiales et le soutien social

Variables	Total [N = 666] [n (%)]	Hommes [N = 556] [n (%)]	Femmes [N = 110] [n (%)]	P
<i>Accessibilité aux services</i>				
Avoir une assurance privée	15 (2,3)	13 (2,3)	2 (1,8)	1,000*
Avoir un médecin de famille	339 (51,1)	289 (52,0)	50 (45,5)	0,192
<i>État civil</i>				
Célibataires	519 (78,5)	437 (78,6)	82 (74,5)	0,189
Mariés ou en couple	84 (12,7)	64 (11,5)	20 (18,2)	
Séparés	33 (5,0)	27 (4,9)	6 (5,5)	
Divorcés	25 (3,8)	23 (4,1)	2 (1,8)	
<i>Responsabilités familiales</i>				
UDIs qui ont des enfants	105 (17,1)	87 (15,6)	18 (16,4)	0,800
UDIs qui ont des personnes à charge	35 (5,7)	32 (5,8)	3 (2,7)	0,200
<i>Nombre de relations familiales</i> [Moyenne (\pm écart-type)]	(4 \pm 2)	(4 \pm 2)	(4 \pm 2)	
UDIs qui a au moins une relation excellente avec un membre de sa famille	126 (18,9)	101 (18,2)	25 (22,7)	0,264
UDIs qui a des contacts avec un membre de sa famille au moins une fois par semaine	302 (45,3)	271 (48,7)	31 (28,2)	<0,001
<i>UDIs qui reçoivent l'aide de la famille</i>	105 (15,8)	85 (15,3)	20 (18,2)	0,400
<i>Score moyen de soutien social (UNC-DUKE)</i> [Moyenne (\pm écart-type)]	26,35 (\pm 17,82)	24,92 (\pm 18,04)	33,93 (\pm 14,46)	<0,001**

*Test exact de Fisher; **Test t sur l'égalité des moyennes

de 51% des participants ont déclaré avoir un médecin de famille.

7.1.2.2. Facteurs interpersonnels: familles et relations

En ce qui concerne l'état civil, la majorité des répondants se sont déclarés célibataires (79%) (Tableau IX). Seulement 13% vivent en couple comme conjoints de fait ou comme mariés. Bien que 17% rapportent avoir des enfants, moins de 6% vivent avec eux. Une proportion de 6% des sujets dit avoir au moins une personne à leur charge, soit leur enfant, soit une parenté. En moyenne, le nombre de relations familiales (père, mère, frères, sœurs) autour de l'UDI est de 4 personnes. Le nombre de participants qui comptent au moins une relation excellente avec un membre de leur famille est de 126, soit 19%. Par ailleurs, le nombre d'UDIs qui ont des contacts avec un membre de leur famille au moins une fois par semaine est de 105 sujets, soit 16%.

Pour mesurer le soutien social, nous nous sommes servis de l'échelle fonctionnelle de support social DUKE-UNC. Le score moyen de soutien social dans notre population d'étude est de 26, les femmes marquant un score plus élevé que les hommes (soit 34 contre 25).

7.1.2.3. Facteurs communautaires: organisation des services de santé mesurée par l'appréciation du délai d'attente avant d'être reçu dans les services de soins

L'impact de l'organisation du système de santé sur l'attitude des UDIs envers les services de soins se reflète notamment au niveau de leur appréciation du délai d'attente

Tableau X. Facteurs facilitants: Distribution des UDI selon l'appréciation du délai d'attente avant d'être reçu dans les services de soins

Variables	Catégories	Total [N = 666] [n (%)]	Hommes [N = 556] [n (%)]	Femmes [N = 110] [n (%)]	P
Aux services d'urgence	Court	19 (3,1)	14 (2,5)	5 (4,5)	0,005
	Long	178 (29,0)	162 (29,1)	16 (14,5)	
	Très long	413 (67,3)	330 (59,4)	83 (75,5)	
	Jamais reçu	4 (0,7)	4 (0,7)	0 (0,0)	
Dans les cliniques médicales avec rendez-vous (CM+R)	Court	129 (23,6)	111 (20,0)	18 (16,4)	0,472
	Long	329 (60,1)	274 (49,3)	55 (50,0)	
	Très long	88 (16,1)	68 (12,2)	20 (18,2)	
	Jamais reçu	1 (0,2)	1 (0,2)	0 (0,0)	
Dans les cliniques médicales sans rendez-vous (CM-R)	Court	92 (17,4)	82 (14,7)	10 (9,1)	0,142
	Long	309 (58,4)	258 (46,4)	51 (46,4)	
	Très long	123 (23,3)	95 (17,1)	28 (25,5)	
	Jamais reçu	5 (0,9)	5 (0,9)	0 (0,0)	
Dans les CLSC	Court	166 (34,2)	129 (23,2)	37 (33,6)	0,180
	Long	252 (51,9)	215 (38,7)	37 (33,6)	
	Très long	64 (13,2)	52 (9,4)	12 (10,9)	
	Jamais reçu	4 (0,8)	4 (0,7)	0 (0,0)	

avant d'être reçu par le médecin consultant lors d'un épisode de maladie. La distribution des fréquences de leur appréciation est radicalement inversée entre les urgences et les services de première ligne (Tableau X). Trois pour cent des sujets jugent que le délai d'attente aux urgences est court, plus particulièrement ceux qui ont été amenés par ambulance; alors que pour les CLSC, les CM avec RDV et les CM sans RDV, les délais sont estimés respectivement comme étant court par 34%, 24% et 17% des répondants. À l'inverse, 67% estiment le délai d'attente très long aux urgences, alors que pour les CM sans RDV, les CM avec RDV et les CLSC, respectivement 23%, 16% et 13% estiment le délai très long dans ces services.

7.1.3. Besoins de santé et déséquilibre bio-psycho-social

7.1.3.1. Services communautaires d'aide aux indigents

Les services communautaires constituent une ressource précieuse pour le dépannage des UDIs, plus particulièrement en ce qui concerne leur besoin en nourriture et vêtements. Presque la moitié des sujets interrogés, soit 49% (correspondant à 314 sujets), admettent fréquenter un service communautaire pour recevoir une aide en vivres, vêtements ou autres biens pour la maison (Tableau XI). Les centres d'aide les plus cités sont respectivement: l'Accueil Bonneau (19% sur un total de 314 sujets), la Maison du Père (13%) et la Mission Old Brewery (10%).

**Tableau XI. Besoins de santé:
Distribution des UDIs selon la fréquentation des services communautaires d'aide aux indigents**

Variables	Total [N = 666] [n (%)]	Hommes [N = 556] [n (%)]	Femmes [N = 110] [n (%)]	P
UDIs qui fréquentent un service communautaire	314 (49,1)	266 (47,8)	48 (43,6)	0,443
Services fréquentés				
Accueil Bonneau	125 (18,8)	106 (19,1)	19 (17,3)	
Maison du Père	85 (12,8)	74 (13,3)	11 (10,0)	
Old Brewery Mission	65 (9,8)	57 (10,3)	8 (7,3)	
POPs	30 (4,5)	18 (3,2)	12 (10,9)	
Jeunesse au Soleil	21 (3,2)	19 (3,4)	2 (1,8)	
Banque alimentaire Saint-Henri	18 (2,7)	12 (2,2)	6 (5,5)	
Saint-Vincent de Paul	17 (2,6)	13 (2,3)	4 (3,6)	
Armée du Salut	13 (2,0)	10 (1,8)	3 (2,7)	
Aide-Direct SIDA	12 (1,8)	11 (2,0)	1 (0,9)	
Groupe de femmes/STELLA	10 (1,5)	7 (1,3)	3 (2,7)	
Le Bon Dieu dans la rue	7 (1,1)	2 (0,4)	5 (4,5)	
Églises	5 (0,8)	3 (0,5)	2 (1,8)	
Bunker	5 (0,8)	3 (0,5)	2 (1,8)	
Maison des Jeunes	5 (0,8)	5 (0,9)	0 (0,0)	
Le Refuge	3 (0,5)	3 (0,5)	0 (0,0)	
L'itinéraire	2 (0,3)	1 (0,2)	1 (0,9)	
Mission Montréal	2 (0,3)	2 (0,4)	0 (0,0)	

**Tableau XII. Besoins de santé:
Distribution des UDIs selon l'appréciation de leur état de santé**

Variables	Catégories	Total [N = 666] [n (%)]	Hommes [N = 556] [n (%)]	Femmes [N = 110] [n (%)]	P
<i>Santé perçue</i>	Très mauvais	27 (4,2)	26 (4,7)	1 (0,9)	0,011
	Médiocre	95 (14,6)	69 (12,4)	26 (23,6)	
	Bon	413 (63,5)	351 (63,1)	62 (56,4)	
	Très bon	73 (11,2)	63 (11,3)	10 (9,1)	
	Excellent	42 (6,5)	33 (5,9)	9 (8,2)	
<i>UDIs qui se perçoivent à risque d'attraper une maladie</i>		441 (67,3)	376 (67,6)	65 (59,1)	0,043
<i>Affections auto- rapportées</i>	Maladie mentale	78 (11,7)	59 (10,6)	19 (17,3)	0,173
	VIH	62 (9,3)	56 (10,1)	6 (5,5)	0,038
	Hépatite A	3 (0,5)	3 (0,5)	0	
	Hépatite B	6 (0,9)	6 (1,1)	0	
	Hépatite C	143 (21,5)	116 (20,9)	27 (24,5)	0,456
	Maladie aiguë	7 (1,1)	3 (0,5)	4 (3,6)	
	Maladie chronique	22 (3,3)	18 (3,2)	4 (3,6)	
	Co-infection VIH/VHC	42 (6,3)	37 (6,7)	5 (4,5)	0,175

**Tableau XIII. Besoins de santé:
Distribution des UDIs selon les score sur l'échelle de dépression (CES-D)**

	Ensemble des sujets (N = 666)	Sujets sans maladie mentale (N = 536)	Sujets avec maladie mentale (N = 78)
Moyenne	17,42 (± 6,88)	16,87 (± 6,63)	20,56 (± 6,89)
Percentiles			
25	12,00	12,0	15,00
50	16,00	16,0	20,00
75	22,00	21,0	26,00

**Tableau XIV. Utilisation des services:
Distribution des UDIs selon l'utilisation des services de soins préventifs**

Variables	Total [N = 666] [n (%)]	Hommes [N = 556] [n (%)]	Femmes [N = 110] [n (%)]	P
<i>UDIs qui ont eu recours à un service de prévention</i>	491 (74,1)	408 (73,4)	83 (75,5)	0,833
<i>Circonstances d'utilisation des services de prévention</i>				
Campagne annoncée par les médias	21 (4,4)	19 (3,4)	2 (1,8)	0,591*
Approché par une infirmière ou un travailleur social	132 (27,8)	106 (19,1)	28 (25,5)	0,929
De sa propre initiative	323 (67,0)	272 (48,9)	51 (46,4)	0,657
Autres circonstances	15 (3,1)	11 (2,0)	4 (3,6)	0,665*
<i>Services de prévention utilisés</i>				
VIH (dépistage)	486 (87,1)	403 (72,5)	83 (75,5)	0,667
ITS (dépistage)	295 (52,8)	238 (42,8)	57 (51,8)	0,306
Hépatite (dépistage ou vaccin)	305 (54,6)	251 (45,1)	54 (49,1)	0,444
Grippe (vaccination)	142 (25,4)	115 (20,7)	27 (24,5)	0,135
Programme de distribution de matériel d'injection	466 (70,7)	382 (68,7)	84 (76,4)	0,080
<i>Traitement quelconque contre l'addiction à la drogue</i>				
UDIs qui ont eu au moins un traitement	259 (42,9)	213 (38,3)	46 (41,8)	0,643
Maintenance à la méthadone (pour héroïnomanes)	70 (35,0)	43 (7,7)	27 (24,5)	0,634
Programme de désintoxication à la cocaïne	236 (40,3)	205 (36,9)	31 (28,2)	0,391

*Test exact de Fisher

7.1.3.2. Appréciation subjective de sa santé

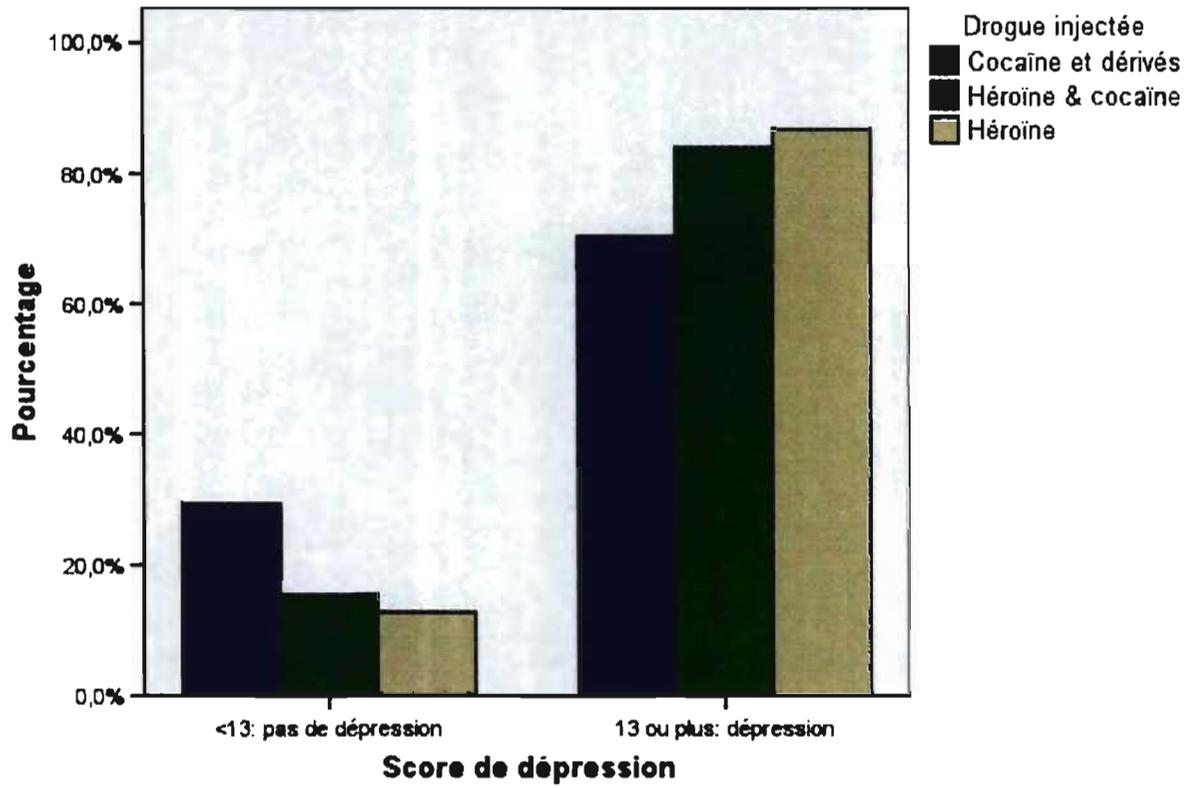
La plupart des sujets interrogés estiment leur santé comme étant « bonne », soit 64% (Tableau XII). Seulement 4% ont déclaré leur santé « très mauvaise », et 7% comme étant « excellente ». Par contre, plus de la moitié s'estiment à risque de contracter une maladie infectieuse (67%), alors que 32% ne reconnaissent pas ce risque. Parmi les 441 sujets qui se reconnaissent à risque, 62% estiment ce risque « négligeable », 27% l'estiment « moyen », et 10% le jugent « très élevé ».

7.1.3.3. Problèmes de santé auto-rapportés

Parmi les affections rapportées par les répondants, l'hépatite C est la plus citée (22%), suivie par les maladies mentales (12%) (Tableau XII). Parmi ceux qui souffrent de maladies mentales, 15% sont suivis par un psychiatre. Pour l'ensemble de l'échantillon, l'échelle de dépression (CES-D) a donné une cote moyenne de 17 (Tableau XIII). En séparant ceux qui avaient déclaré une maladie mentale et les autres, nous avons obtenu une cote moyenne de 16 chez les premiers, et de 21 chez les seconds. Le point de coupure de l'échelle CES-D à 13 items a été fixé à 13 points, ceux qui étaient en dessous de ce repère étant considérés comme négatifs quant à la présence des symptômes dépressifs (Poulin et al., 2005; Radloff 1977). Dans notre échantillon, 69% de participants avaient une cote de dépression de 13 points ou plus.

Le croisement entre les scores de l'échelle de dépression et le type de drogues consommées montre que la proportion des UDIs qui ont exprimé des symptômes dé-

Figure 8. Distribution de la dépression chez les UDI's selon la drogue consommée



pressifs est plus faible parmi ceux qui consomment la cocaïne que parmi ceux qui consomment la cocaïne et l'héroïne, ou ceux qui consomment exclusivement l'héroïne (Figure 8), soit respectivement 67%, 70%, 79%.

Les autres maladies les plus déclarées sont, par ordre de fréquence: les infections à VIH (9%), les maladies chroniques telles la cirrhose du foie ou les cancers (3%), et les maladies infectieuses aiguës, telles la grippe, la pneumonie, la bronchite, et la gastro-entérite (1%). Pris ensemble, le VIH et les hépatites (A, B et C) affectent 29% des sujets. Six pour cent de sujets sont co-infectés par le VIH et le virus de l'hépatite C.

Le partage de seringues et autres matériels d'injection usagés est étroitement relié au statut sérologique des participants. La comparaison entre ceux qui ont déclaré échanger du matériel d'injection et ceux qui n'ont jamais adopté cette pratique montre que, parmi les premiers, une proportion de 17% ont rapporté une infection à VIH (contre 5% parmi les seconds), 2% une infection à VHB (contre 0,7%), 35% une hépatite C (contre 15%), et 13% une co-infection à VIH et VHC (contre 5%).

L'injection de la cocaïne semble exposer à un risque plus élevé pour l'infection à VIH que l'injection de l'héroïne. Parmi les UDIs qui se sont déclarés VIH positifs, 85% sont des utilisateurs exclusifs de cocaïne injectable, alors qu'aucun d'entre eux ne s'injecte exclusivement l'héroïne. Les 15% restants sont des UDIs qui s'injectent à la fois la cocaïne et l'héroïne. Il en est de même pour le risque d'attraper une infection à VHC: parmi les UDI qui ont rapporté une infection à VHC, 76% s'injectent exclusivement la cocaïne, alors que seulement 3% s'injectent exclusivement l'héroïne.

Tel qu'illustré par les Figures 9 et 10, les UDIs qui pratiquent la prostitution ont déclaré une fréquence élevée d'infections à VIH et à VHC, soit respectivement 11% et

Figure 9. Distribution des infections à VIH chez les UDIs qui pratiquent la prostitution

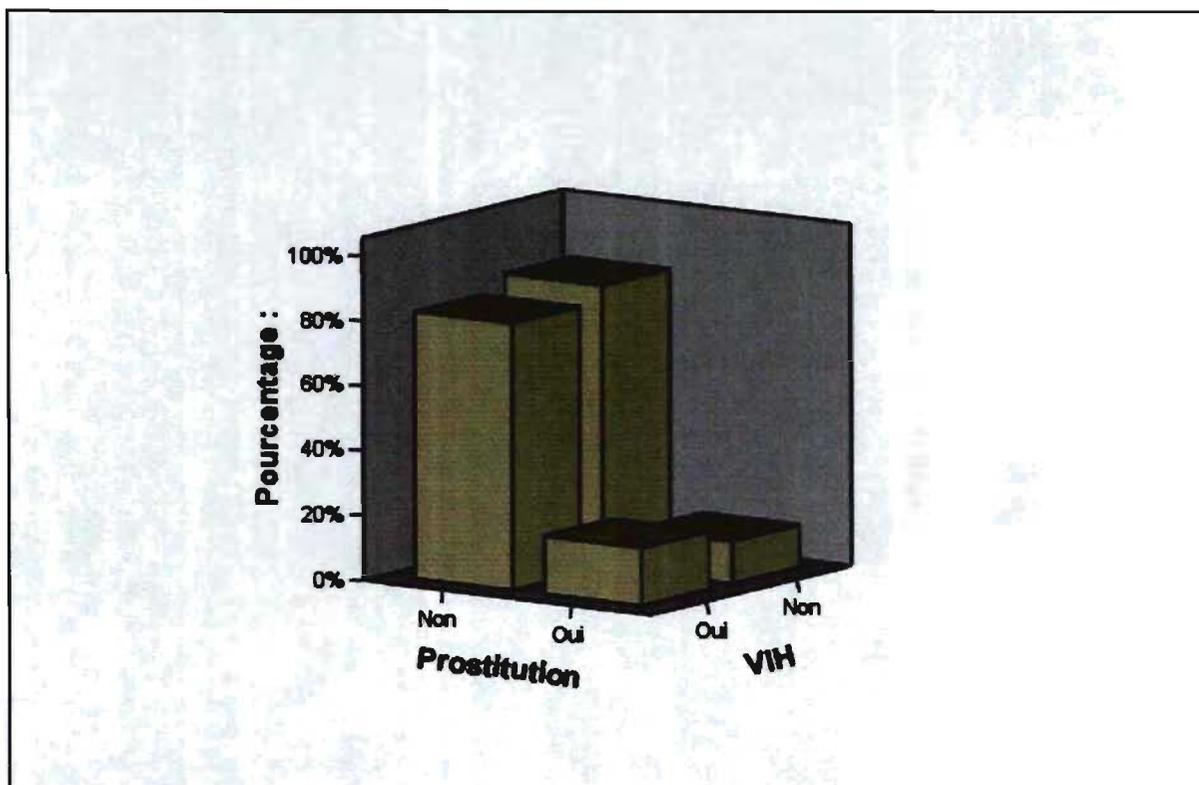
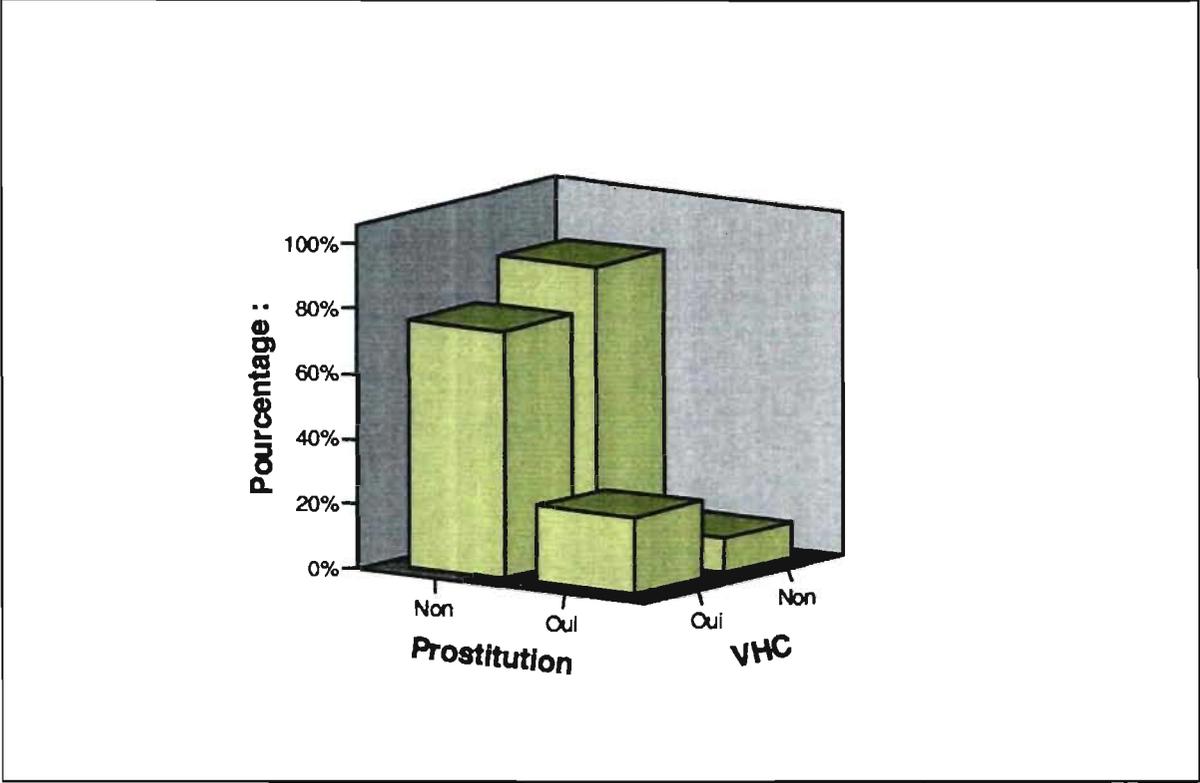


Figure 10. Distribution des infections à VHC chez les UDIs qui pratiquent la prostitution



34%. Alors que parmi ceux qui n'ont pas rapporté cette pratique, la fréquence de l'infection à VIH est de 8%, et celle de l'infection à VHC 17%. Parmi ceux qui pratiquent la prostitution, 36% ont déclaré l'hépatite C (versus 19%), 17% une maladie mentale (versus 11%), 10% une co-infection par le VIH et le VHC (versus 6%), et 1,1% l'hépatite B (versus 0,9% parmi ceux qui ne la pratiquent pas).

7.1.4. Utilisation des services de soins

7.1.4.1. Utilisation des services de soins préventifs

Une proportion de 74% des sujets interrogés ont consulté un service quelconque de prévention (Tableau XIV). La majorité s'y sont rendus de leur propre initiative (67%), tandis que 28% y ont été référés par une infirmière ou un travailleur social d'un centre communautaire, et 4% seulement ont décidé de s'y rendre à la suite d'une campagne annoncée par les médias. En ce qui concerne les services de prévention eux-mêmes, il s'agit principalement du dépistage du VIH (87% des sujets), suivi respectivement par le dépistage ou la vaccination contre l'hépatite (55%), le dépistage des ITS (53%), et la vaccination contre la grippe (25%). Par ailleurs, les programmes de distribution de seringues stériles ont attiré une grande proportion d'UDIs, soit 71% des répondants. Les autres UDIs (29%) se procurent les seringues dans les pharmacies ou puisent à même le stock de leurs amis UDIs.

Au total, 43% des sujets (soit 259 personnes) ont déjà reçu un traitement quelconque contre l'addiction à la drogue. Parmi les 185 personnes qui consommaient de

l'héroïne, 35% (soit 70 personnes) ont déjà été dans un programme de maintenance à la méthadone. Et parmi les 547 personnes qui s'injectaient la cocaïne, 40% (soit 236 personnes) ont subi dans le passé un traitement de désintoxication.

7.1.4.2. Épisodes de maladies et utilisation des services de soins curatifs dans les 6 derniers mois

Quels sont les facteurs qui rendent les UDIs susceptibles d'attraper des maladies ? Lorsqu'ils tombent malades, qu'est-ce qui détermine leur choix d'aller consulter dans les services d'urgence ou dans un service de première ligne? Et s'ils choisissent d'aller vers la première ligne, préfèrent-ils les CLSC ou les cabinets médicaux. Obtenir une solution à ces questions pourrait nous permettre de faire un pas important dans la compréhension des risques de santé chez les UDIs et dans la connaissance de l'utilisation des services de soins par cette population. Cette compréhension et cette connaissance pourront alors nous permettre d'envisager des pistes d'amélioration de la situation globale des UDIs. Nous tenterons de répondre à ces questions à travers les trois articles qui suivent, et dont voici les titres:

ARTICLE 1:

“Living Conditions and Illness among Injecting Drug Users in Montreal”

ARTICLE 2:

“Factors Associated with Injection Drug Users' Choice between Emergency Depart-

ment and Primary Health Care Services upon Occurrence of an Acute Illness”

ARTICLE 3:

“Choice between Community Health Centers and Medical Cabinets among Injection
Drug Users Seeking Medical Help in Primary Health Care Services”

**ARTICLE 1 : Living Conditions and
Illness among Injecting Drug Users
in Montreal**

Living Conditions and Illness among Injecting Drug Users in Montreal

Jean-Marie Bamvita¹, M.D., M.Sc., Maria-Victoria Zunzunegui¹, Ph.D.,

Nima Machouf², PhD

1. Social and Preventive Medicine, Montreal University. 2. Clinique Médicale l'Actuel, Montreal, Quebec, Canada.

Abstract

Background: The harsh living conditions of injecting drug users (IDUs) are associated with substantial morbidity. Despite the many steps taken to improve the health of IDUs, notably through harm reduction programs, most strategies have focused primarily on proximal risk factors, whereas distal determinants have been poorly addressed.

Objectives: This study identifies distal and proximal factors associated with recent episodes of illness among IDUs living in Montreal in 2005.

Methods: A cross-sectional survey was carried out between February and September 2005 in 666 IDUs 18 years old and over, living in Montreal, Quebec.

Results: The living conditions of IDUs illustrate their marginality: 70% are on social welfare, 38% beg for a living, 48% have a history of imprisonment, and 20% live on the street. Among the study sample, 176 subjects (26%) reported an episode of illness in the 6 months before the interview. Multiple regression analysis showed that the pathway from socio-demographic conditions to illness in IDUs is mediated by financial strain, marginality, risk behaviors and chronic health conditions. Eight distal factors were associated with episodes of illness in the last 6 months: female gender, older age, bisexual orientation, financial strain (begging on the street, receiving help from com-

INTRODUCTION

Injection drug behavior constitutes a serious public health problem in the developed world, especially in North America^{1,2,3,4,5,6}. At the end of the last decade in Montreal, Quebec, about 12,000 persons⁷ were injecting drugs. Public health concerns related to illegal drug injection include the spread of HIV^{3,8,9} and HCV infections^{10,11,12}, sexually transmitted diseases¹³ and mental health problems^{14,15}. In spite of their high morbidity, injection drug users (IDUs) reportedly misuse health services, particularly by overusing hospital emergency rooms^{16,17,18,19,20,21,22,23}.

The living conditions of IDUs result in an accumulation of health risk factors. In addition to illegal drug abuse, alcohol and cigarette consumption are common¹⁷. Many IDUs have a history of homelessness⁴. Substance abuse in IDUs constitutes a major determinant of unsafe sexual contacts leading to sexually transmitted diseases¹³. Drug dependency, financial strain and debt may drive them to violence or to trade sex to obtain money or drugs^{20,24,25}. Such harsh living conditions may eventually lead to illegal behaviors and multiple imprisonments^{26,27,28}. The social and health problems of IDUs are interwoven with poverty and social exclusion. Phelan and colleagues²⁹ have extensively studied the way ill health conditions could impact people's health status, conditions they called "fundamental causes" of social inequalities in health.

A number of health problems are associated with drug use. It has been estimated that 70 to 80% of IDUs in Montreal may be infected with HCV^{10,11,12}. The estimated prevalence of HIV-infected IDUs amounts to 11% in Montreal city^{8,30}. Dual di-

agnosis of drug addiction and psychiatric problems is frequent. At the end of the last decade, the number of illicit drug users (by injection or any other route) suffering from mental illness in Montreal city ranged from 25,000 to 40,000¹⁴. A study carried out in other contexts among drug users reported a high frequency of complications stemming from drug injection, such as soft tissue infections, thrombosis, embolism and septicemia³¹. Illicit drug use is frequently associated with alcohol abuse and cigarette smoking¹⁷, sex trade and traumas from violence^{13,25,32}. One study has reported an association between overdoses from heroin and suicide attempts³³.

Despite over a decade of intensive harm reduction strategies and the many steps taken to address drug-related health issues, the health status of IDUs is still a cause for concern. In a study carried out in Vancouver, Spittal and colleagues³⁴ revealed the high health risk of female IDUs (compared to the female general population of British Columbia) by observing a fifty-fold increase in their mortality rate. Corneil and colleagues³⁵ showed an increased risk of HIV infection among Vancouver IDUs who reported living in unstable housing conditions.

This study identifies both proximal and distal factors associated with recent episodes of illness among IDUs. By targeting acute manifestations of illness in IDUs, such as overdoses and soft tissue infections, intervention programs only partly address morbidity issues among this population. First, etiologic research should identify distal determinants of IDUs' morbidity, in order to implement well-tailored intervention programs targeting the entire spectrum of IDUs' risk factors for morbidity. By focusing prevention on those distal determinants, or "fundamental causes" according to Phelan

& Link²⁹, health service managers could redirect efforts to integrated care for chronic problems such as alcohol dependency, HIV infection, hepatitis C and mental health, in tandem with social services devoted to the IDU population.

METHODS

Study population and data collection

The study population consisted of injecting drug users living in Montreal who were 18 years of age or older. Participants were recruited on the streets of downtown Montreal using a snowball-like method^{36,37}. The interviewer, a former injection drug user, completed a training session before the survey and had easy access to IDUs. To avoid selection bias due to subjective selection of known IDUs, the interviewer was instructed not to contact friends or relations, but simply to inform IDUs about the study and distribute his business cards so that those interested could call to arrange an interview. Each IDU contacted was also asked to invite other known IDUs to participate in the study. The inclusion criteria were: residence in Montreal for at least one year, age 18 years or over, and intravenous drug use at least once in the previous 6 months. Participants signed an informed consent form, which contained a numerical code to match with the anonymous questionnaire. The Research Ethics Board of the University of Montreal approved the study.

On completion of the questionnaire, participants received a payment of CAN\$10

to compensate them for their time. Respondents whom the interviewer judged to require particular services were also given a brief counseling session and referred to a social service. The use of a single interviewer was helpful in preventing people from answering the questionnaire more than once, since he could generally recognize those who had already participated. The study was conducted from February to September 2005.

Measurements

The dependent variable for this study was the self-reported occurrence of any illness episode in the 6 months before the interview, in response to the questions: “Have you suffered from any illness during the last 6 months? What was your health problem?”

The list of potential explanatory variables was drawn from the literature on the morbidity of IDUs and included sociodemographic variables, economic conditions, marginality, risk behaviors and health status, according to the schema proposed by Estébanez and colleagues³⁸. Socio-demographic characteristics (gender, age, education and sexual orientation) may have a direct or indirect impact (through marginality and risk behaviors) on the occurrence of episodes of illness. Sexual orientation included three categories: homosexuals, heterosexuals and bisexuals. Employment, type of housing and obvious indicators of financial strain, such as receiving regular help from a community center (i.e. clothing, food or furniture) and begging on the street, were used

as a measure of economic condition. Combining the latter two factors (receiving help and begging) yielded the variable “number of indicators of financial strain”. Employment status consisted of three categories: full time job, other jobs (part time job, independent job, occasional jobs), and welfare.

Marginality may act directly or indirectly through risk behaviors, on the occurrence of an episode of illness. The marginality indicators included: sex trade, fines for criminal offenses, previous imprisonment, unemployment and homelessness. Living arrangements consisted of three categories: independent living arrangements (rented apartment or house), dependent living arrangements (family house, friend’s house, public shelter for homeless people), and homelessness (living on the street or in abandoned houses). The variable “number of marginality indicators” was created by combining history of imprisonment, fine for criminal offense, stealing and lack of identity cards.

Risk behaviors included alcohol consumption, the type of drug injected, the frequency of drug injection and sharing injection materials. The injection drugs considered were mainly heroin, cocaine and their derivatives (crack cocaine, speedball). Two variables - having participated in treatment for drug abuse and past or present participation in a needle exchange program – were used to evaluate access to social support, while prior visit to preventive health clinics was the criterion for health services utilization.

The health-related variables were chronic infectious disease (HIV infection,

HCV infection) and a history of mental illness. Depressive symptoms were assessed using a 13-item CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression) scale³⁹, scored on a scale of 0 to 39 points (i.e., 0 to 3 points per item) with a cut-off at 13 points.

All those potential risk factors for episodes of illness can be divided in two main groups: distal factors (demographic factors, socio-economic conditions, marginality and risk behavior) and proximal factors (health status and chronic diseases).

Statistical Analysis

Data quality was monitored by checking for possible duplications after listing subjects in an Excel file by name, reported age, birthday, and age calculated from reported birthday. Major discordances or incoherencies (e.g. declared age that did not match age calculated from the birthday), similarities in names or age, were then analyzed using SPSS software. Questionnaires considered to be duplicates based on the foregoing information and a comparison of participants' signatures, were excluded

Bivariate analyses were performed for each independent variable to calculate the potential association with the occurrence of illness in the previous 6 months, and the statistical significance of the relation was assessed using Pearson's χ^2 test. Multiple logistic regression models were fitted using staggered entry of variables according to the previously described schema: sociodemographic factors, economic conditions, marginality, risk behaviors, support and service use, and health status. Within each block,

variables were selected by using a stepwise backward strategy in which statistical criteria for entry and retention of variables in each model were $p \leq 0.10$ and $p \leq 0.05$, respectively. Blockwise entry is the best strategy to highlight changes in the values of the coefficients following inclusion of explanatory variables in the model. The log-likelihood statistic and the Chi-square test were used to assess improvement in the model, while the Hosmer-Lemeshow test was used to evaluate its goodness of fit.

RESULTS

A total of 678 subjects responded to the questionnaire. After completing the data-quality monitoring process, 12 questionnaires were excluded. Further analyses were carried out on the remaining 666 participants. Only 17% of them had completed more than secondary school (college or university); 12% had a full time job, while 70% were receiving social welfare benefits. Six percent had no identity card, 38% begged on the street, 48% had a history of imprisonment, 49% reported receiving help from a community center on a regular basis, and 20% were living strictly on the street.

Within the whole sample, 176 subjects (26%) reported an episode of illness in the previous 6 months. These episodes included overdoses [28 (16.5%)] and abscess at the site of injection [16 (17.6%)]; acute infections such as pneumonia [20 (11.4%)], influenza [20 (11.4%)], and gastroenteritis [12 (6.8%)]; mental illness [10 (5.7%)] and suicide attempts [5 (2.8%)]; traumas from violence [10 (10.8%)] and HCV [8 (4.5%)] and HIV-related illness [5 (2.8%)].

Table I. Episodes of illness in last 6 months among IDUs in Montreal, by socio-demographic factors and economic conditions

Independent variables	Categories	N=666	Episodes of illness (%) N = 176 = 26,4%	P value
Socio-demographic factors				
<i>Gender</i>	Male	556	24.5	0.010
	Female	110	36.4	
<i>Age (years)</i>	<30	348	22.7	<0.001
	30-39	169	20.7	
	≥40	147	42.2	
<i>Education</i>	≤Secondary	548	26.1	0.729
	>Secondary	112	27.7	
<i>Sexual orientation</i>	Heterosexual	556	24.1	0.007
	Homosexual	42	28.6	
	Bisexual	61	42.6	
Economic conditions				
<i>Employment</i>	Full time job	73	26.0	0.150
	<i>Other jobs (part time job, independent job, occasional jobs)</i>	116	19.0	
	Social welfare	430	27.9	
<i>Housing</i>	<i>Independent living arrangements (own/rented apartment or house)</i>	310	23.5	0.093
	<i>Dependent living arrangements (family house, friend's house, public shelter)</i>	210	27.6	
	<i>Homelessness (living on the street or in abandoned houses)</i>	128	33.6	
<i>Receiving help from a community center</i>	Yes	314	38.2	<0.001
	No	325	16.0	
<i>Begging on the street</i>	Yes	253	32.8	0.003
	No	412	22.3	
<i>Number of indicators of financial strain (begging on the street, receiving help in community centers)</i>	0	269	23.9	<0.001
	1	181	33.0	
	2	188	40.3	

Table II. Episodes of illness in last 6 months among IDUs in Montreal, by factors of marginality and risk behaviors

<i>Independent variables</i>	<i>Categories</i>	<i>N=666</i>	<i>Episodes of illness (%)</i> (N = 176 = 26,4%)	<i>P value</i>
Marginality				
<i>Sex trade</i>	Yes	89	41.6	<0.001
	No	576	24.0	
<i>Fine for criminal offense</i>	Yes	344	71.6	<0.001
	No	285	25.6	
<i>Previous imprisonment</i>	Yes	300	34.3	<0.001
	No	332	20.5	
<i>Number of marginality indicators (imprisonment, fine for criminal offense, stealing, no identity card)</i>	0	225	18.8	<0.001
	1	97	14.8	
	2	220	44.9	
	3	65	16.5	
	4	7	1.1	
Risk behaviors				
<i>Alcohol consumption</i>	≤2 drinks/day	254	22.0	0.091
	≥3 drinks/day	315	28.3	
<i>Drug injected</i>	Heroin only	77	31.2	0.007
	Heroin + cocaine	108	37.0	
	Cocaine only	476	23.1	
<i>Frequency of drug injection</i>	>Once/day	291	33.3	<0.001
	≤Once/day	368	20.7	
<i>Sharing injection materials</i>	Yes	104	45.2	<0.001
	No	542	22.9	

Table III. Episodes of illness in last 6 months among IDUs in Montreal, by social support and health status factors

Independent variables	Categories	N=666	Episodes of illness (%) N = 176 = 26,4%	P value
Social support and services				
<i>Any treatment for drug abuse</i>	Yes	259	37.5	<0.001
	No	345	14.2	
<i>Having visited a preventive health service in the past</i>	Yes	491	28.9	0.013
	No	172	19.2	
<i>Enrolled in a needle exchange program</i>	Yes	466	29.8	0.001
	No	193	17.6	
Health status				
<i>HIV infection</i>	Yes	56	51.8	<0.001
	No	610	24.1	
<i>HCV infection</i>	Yes	125	45.6	<0.001
	No	541	22.0	
<i>Mental illness</i>	Yes	78	46.2	<0.001
	No	588	23.8	
<i>Depression score (CES-D)</i>	<13: no depression	158	12.0	<0.001
	≥13: depression	456	27.9	

Tables I to III show the distribution of the sample according to the selected risk factors for episodes of illness. Overall, 36% of females versus 25% of males had some illness in the 6-month recall period. Older IDUs and bisexuals were more likely to report illness episodes than younger IDUs and heterosexuals or homosexuals (Table I). Indicators of financial strain (begging on the street, receiving help in community centers) are associated with episodes of illness. Homeless IDUs were more likely to report episodes of illness than those living in the home of friends or family, or than those who lived in their own house or apartment (respectively, 34%, 28% and 24%; $P = 0.093$).

All the marginality indicators were related to the frequency of episodes of illness: IDUs involved in sex trade (42% versus 24%; $P < 0.001$), and those with a history of imprisonment (34% versus 21%; $P < 0.001$) (Table II). The type of drug consumed and the frequency of drug injection were associated with episodes of illness. Those who injected both heroin and cocaine reported more episodes than those who injected only heroin or cocaine (37%, 31% and 23%, respectively; $P = 0.007$). IDUs who injected drugs more than once a day were more likely to have an episode of illness than those reporting a lower frequency of injection (33% versus 21%; $P < 0.001$). Sharing injection materials was also associated with a higher frequency of illness (45% versus 23%; $P < 0.001$).

IDUs using community services were more likely to report illness in the previous 6 months (Table III). In particular, those with a history of drug abuse treatment, those receiving help from community centers and those who had used preventive ser-

Table IV. Odds ratios for factors associated with episodes of illness in last 6 months among IDUs in Montreal

	Model A	Model B	Model C	Model D	Model E
	Socio-demographic factors	Economic conditions	condi- Marginality	Risk behaviors	Health status
Variables	OR (95.0% IC)	OR (95.0% IC)	OR (95.0% IC)	OR (95.0% IC)	OR (95.0% IC)
Gender	0.49 (0.31-0.79)**	0.43 (0.26-0.71)***	0.35 (0.21-0.60)***	0.43 (0.24 -0.75)**	0.47 (0.26-0.84)*
Age	1.04 (1.02 -1.06)***	1.04 (1.02-1.05)***	1.03 (1.01-1.05)***	1.04 (1.02-1.06)***	1.03 (1.01-1.05)*
Sexual orientation					
<i>Heterosexuals</i>	1	1	1	1	1
<i>Homosexuals</i>	1.46 (0.72-2.98)	2.12 (1.00-4.51)	2.56 (1.13-5.81)*	1.86 (0.79-4.41)	1.62 (0.66-3.97)
<i>Bisexuals</i>	2.11 (1.19-3.72)**	2.08 (1.15-3.76)*	2.28 (1.22-4.26)**	2.28 (1.15-4.52)*	2.30 (1.14 -4.61)*
Number of indicators of financial strain ^a		1.80 (1.43-2.25)***	1.65 (1.28-2.12)***	1.61 (1.23-2.10)***	1.44 (1.09-1.89)**
Number of indicators of marginality ^b			1.39 (1.14-1.69)***	1.38 (1.12-1.71)**	1.35 (1.09-1.69)**
Drug injected					
<i>Cocaine only</i>				1	1
<i>Heroin only</i>				1.66 (0.95-2.92)	1.82 (1.02-3.23)*
<i>Cocaine and heroin</i>				2.53 (1.28-5.01)**	2.97 (1.48-5.95)**
Sharing injection materials				2.07 (1.23-3.47)**	1.81 (1.06-3.10)*
HIV infection					2.03 (1.00- 4.14)
HCV infection					1.84 (1.07-3.15)*
Mental illness					2.09 (1.15-3.81)*
-2LL	722.669	671.215	612.004	568.816	548.121
Improvement χ^2	32.785	60.098	80.263	95.727	116.423
Hosmer-Lemeshow test (P value)	0,532	0,987	0,113	0,195	0,162

*P<0.05

^a Begging, receiving help in community centers^b Imprisonment, fine, stealing, no identity card

vices in the past for STD testing, hepatitis testing, vaccination or needle exchange had more illness episodes than those who had not used these services. Chronic infections with HIV and HCV, mental illness and current high depressive symptoms were also associated with higher frequency of illness episodes in the 6 previous months.

The estimated odds ratios using multivariate analysis are shown in table IV. Gender and age were significantly associated with the probability of episodes of illness even after adjusting for all other risk factors, and their coefficients remained stable throughout the five models. Female IDUs had a two-fold increased risk of illness compared to male IDUs. Older IDUs were more likely to have an illness than younger IDUs. Homosexuals had 60% more risk of illness than heterosexuals. This association was not significant, except after adjusting for marginality. Conversely, the likelihood of illness in bisexuals was stable up to the final model and consistently remained twice as high as in heterosexuals. Financial strain and marginality were also independently associated with illness, and had stable coefficients. Persons who injected heroin had a two-fold increase in the risk of illness compared to those who injected cocaine only. Those who injected both cocaine and heroine had the highest odds of illness compared with those who injected just one of these drugs. Sharing injection materials was associated with a two-fold increase in the risk of illness. In the final model, three chronic conditions were associated with the occurrence of illness: HIV infection, HCV infection and mental illness. As shown by the ascending values of the Chi-square test and the descending values of the log-likelihood statistic, the final model improved progressively as covariates were added to the equations.

DISCUSSION

The purpose of this study among Montreal IDUs in 2005, 20 years after the rapid spread of HIV among IDUs in North America, was to identify distal and proximal factors associated with recent episodes of illness. These IDUs, whose mean age was 31 years (± 10), and who had been using injection drugs for an average of 9.52 years (± 7.47), constitute a cohort of people who have managed to survive amidst the HIV epidemic.

This study aimed to increase our understanding of the fundamental causes of IDUs' ill health in spite of many years of harm reduction programs. The results can be summarized as three principal findings. First, financial strain and marginality are associated with recent episodes of illness. Second, risk injecting behaviors continue to be highly prevalent and, as expected, are associated with recent episodes of illness. Third, mental illness, HIV and HCV infections are at the core of poor health in IDUs.

Multivariate analyses show the major predictors of recent illness episodes, illustrating mainly that the pathway from socioeconomic conditions to occurrence of illness in IDUs is shaped by financial strain, marginality and risk behaviors, mostly in those whose health status is already weakened by chronic viral infections.

Financial strain seems to be estimated with accuracy by the two variables "begging on the street" and "receiving help from a community center". Indeed, other

variables could be considered such as “homelessness” and “having no job”. But those variables are weakly associated with disease occurrence ($P = 0.093$ and 0.150 respectively) and do not strongly illustrate the IDUs’ situation of misfortune.

Indicators of marginality seem to be well represented by history of imprisonment, fine for criminal offenses, stealing and having no identity card. We considered including sex trade with these factors but this was rejected in the multivariate model using backward regression, because its association with disease occurrence is mediated by other factors of marginality.

The association between heroin injection and illness was not significant but became stronger once chronic diseases were considered. Among those who injected both heroin and cocaine, the association was even stronger and increased in magnitude when chronic diseases were taken into account. This observation illustrates the synergistic effect between drug abuse and ill health, as shown in the fact that drug abuse is more detrimental in IDUs whose health status is already compromised.

Our findings are similar in some respects to those of other studies in IDU populations. The participants were predominantly male, as has been seen in many other studies^{17,20,40,41,42}. Female IDUs seemed more likely to be ill than male IDUs, as has also been shown by Chitwood⁴³. Bisexual IDUs seemed to be at higher risk than heterosexual IDUs⁴⁴. Boulton and colleagues reported that, while homosexual men are more likely to have protected sexual contact with their male partners, bisexual men

usually engage in protected sex with men and unprotected sex with female partners. In our study, the odds ratio for illness in bisexuals was significant in the first (OR: 2.11 (1.19-3.72) and all subsequent models, suggesting that unprotected sex may also be an explanatory factor.

Other studies have reported the link between financial strain and high morbidity^{5,42}. In bivariate analyses, access to needle exchange programs has been associated with increased morbidity⁴⁵, a finding that may be explained by the attraction of needle exchange programs to IDUs at higher risk of HIV infection.

The association of past utilization of preventive health services with frequency of illness is probably a consequence of the cross-sectional design. It suggests that outreach workers strategies are quite successful in Montreal community services.

Selection and measurement biases may have gone undetected in our study. Selection biases could have resulted from the non-probabilistic nature of the design, yielding an unpredictable direction in the associations. In addition, self-reported illness and risk behaviors could have been influenced by social desirability, which would have reduced the magnitude of the associations. Nevertheless, previous studies have already confirmed the reliability of self-reported data in IDUs^{46,47,48,49}. Subjects suffering from acute illnesses could have reported their risk factors with more precision than those who were feeling healthy at the time of the interview, a situation that could have led to a recall bias with an association towards the null. Confounding factors such as violence

and lifelong victimization were not collected, although the episodes of illness related to violence were high for a 6-month recall period (10% of episodes). Like any cross-sectional survey, this study, along with the statistical inferences yielded by analyses, should be interpreted cautiously. As far as we know, this is the first population based study of IDUs in the city of Montreal. All previous studies have been based on clinic and social service attendees^{3,8,12,36,44}. The findings of this study contribute to our knowledge of the relation between living conditions and morbidity among these survivors of the HIV epidemic.

CONCLUSIONS

Many harm reduction strategies have been implemented during the last decade^{50,51,52}. Efforts have been made to help IDUs reduce risk-taking behaviors as regards safe injection practices and safe sex^{53,54,55,56,57}. Integrated programs focused on harm reduction strategies in connection with primary care and drug abuse treatment have been proposed⁴².

This study highlights the relevance of taking a broad perspective when studying determinants of morbidity in IDUs. From our analyses and other studies, there is strong evidence suggesting that the high rate of morbidity in IDUs is due to social exclusion and their extremely harsh living conditions. A better organization of primary health care would result in even greater utilization of health services unless measures are taken at the social baseline to improve the living conditions of IDUs, notably for

street-entrenched, runaway and unemployed IDUs⁵⁸. In addition, Gunn and colleagues⁵⁰ have proposed meaningful solutions related with harm reduction strategies, notably through improvement of access to the primary health care system. Health improvement programs should prolong downwards to the social ground where the IDU population lives, encompassing living arrangements, mental rehabilitation and occupational therapy. The harm reduction strategies proposed by Palepu and colleagues⁴² should be considered as well. Health needs in IDUs are complex and should be addressed primarily at a more remote step, in the community, providing integrated care according to their individual conditions with the implication of outreach workers, social workers and nurses who have close ties with IDUs.

REFERENCES

- 1 **Aceijas C, Stimson GV, Hickman M, Rhodes T.** United Nations Reference Group on HIV/AIDS Prevention and Care among IDU in Developing and Transitional Countries. Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. *AIDS*. 2004;19;18(17):2295-303.
- 2 **Lorvick J, Martinez A, Gee L, Kral AH.** Sexual and injection risk among women who inject methamphetamine in San Francisco. *J Urban Health*. 2006;83(3):497-505.
- 3 **Hankins C, Alary M, Parent R, Blanchette C & Claessens C.** The SurvUDI

- Working Group. Continuing HIV transmission among injection drug users in Eastern Central Canada: the SurvUDI Study, 1995 to 2000. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2002;30:514-21.
- 4 **Palepu A, Strathdee SA, Hogg RS, Anis AH, Rae S, Cornelisse PG, Patrick DM, O'Shaughnessy MV, Schechter MT.** The social determinants of emergency department and hospital use by injection drug users in Canada. *J Urban Health*. 1999;76(4):409-18.
 - 5 **Strathdee SA, van Ameijden EJC, Mesquita F, Wodak A, Rana S, Vlahov DZ.** Can HIV epidemics among injection drug users be prevented? *AIDS*. 1998;12 (suppl A):71-9.
 - 6 **Alcabes P, Friedland G.** Injection drug use and human immunodeficiency virus infection. *Clin Infect Dis*. 1995;20:1467-79.
 - 7 **Remis R, Leclerc P.** 1999, *Consortium to characterize injection drug users in Canada (Montreal, Toronto and Vancouver)*. Final Report. Toronto, University of Toronto. 1999.
 - 8 **Bruneau J, Lamothe F, Soto J, Lachance N, Vincelette J, Vassal A, Franco EL.** Sex-specific determinants of HIV infection among injection drug users in Montreal. *CMAJ*. 2001;164:767-73.

- 9 **Strathdee SA, Patrick DM, Currie SL, et al.** Needle exchange is not enough: lessons from the Vancouver injecting drug use study. *AIDS*. 1997;11: F59–65.
- 10 **Patrick DM, Tyndall MW, Cornelisse PG et al.** Incidence of hepatitis C virus infection among injection drug users during an outbreak of HIV infection. *CMAJ*. 2001;165:889-95.
- 11 **Patrick DM, Buxton JA, Bigham M, Mathias RG.** Public health and hepatitis C. *Can J Public Health*. 2000;91 Suppl 1:S18-21, S19-23.
- 12 **Lamothe F, Vincelette J, Bruneau J et al.** Prevalence, seroconversion rates and risk factors for hepatitis B core, hepatitis C and HIV antibodies among intravenous drug users (IDU) of the Saint-Luc cohort. *Canadian Journal of Infectious Diseases*. 1997;8(Suppl. A): 28A.
- 13 **Walsh J.** Sex, drugs and refugees. *Parity*. 1998;11:6-7.
- 14 **RRSSS (Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux) de Montréal-Centre.** *Organisation des services pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale et de toxicomanie*. Rapports du Comité d'experts. 1999.
- 15 **Mercier C et Beaucage B.** *Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale:*

recension des écrits et état de situation pour le Québec. Comité permanent de lutte à la toxicomanie. 1997.

- 16 **Stein MD, Anderson B.** Injection frequency mediates health service use among persons with a history of drug injection. *Drug Alcohol Depend.* 2003;70:159-68.
- 17 **Sterk CE, Theall KP, Elifson KW.** Health care utilization among drug-using and non-drug-using women. *J Urban Health.* 2002;79:587-99.
- 18 **Knowlton AR, Hoover DR, Chung S, Celentano DD, Vlahov D, Latkin CA.** Access to medical care and service utilization among injection drug users with HIV/AIDS. *Drug Alcohol Depend.* 2001;64:55-62.
- 19 **Laine C, Hauck WW, Gourevitch MN, Cohen A, Turner BJ.** Regular outpatient medical and drug abuse care and subsequent hospitalization of persons who use illicit drugs. *J Am Med Assoc.* 2001;285:2355-62.
- 20 **Crofts N, Reid G.** *Primary Health Care among the street drug-using community in Footscray: a need analysis.* The Centre For Harm Reduction. Macfarlane Burnet Centre for Medical Research. Melbourne, Australia. 2000.
- 21 **Solomon L, Stein M, Flynn C, Schuman P, Schoenbaum E, Moore J, Holmberg S, Graham NMH.** Health services use by urban women with or at risk for

- HIV-1 infection: The Epidemiology Research Study (HERS). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*. 1998;17:253-61.
- 22 **Selwyn PA, Budner NS, Wasserman WC, Arno PS.** Integrating medical care and drug abuse treatment: utilization of on-site primary care services in HIV-seropositive and –seronegative drug users in a methadone maintenance program. *Public Health Rep.* 1993;108:492-500.
- 23 **Solomon I, Frank R, Vlahov D, Astemborski J.** Utilization of health services in a cohort of intravenous drug users with known HIV-1 serostatus. *Am J Public Health.* 1991;81:1285-90.
- 24 **Bourgois P.** The moral economies of homeless heroin addicts: confronting ethnography, HIV risk, and everyday violence in San Francisco shooting encampments. *Substance Use and Misuse.* 1998;33:2323-51.
- 25 **Wodak A.** *Medical complications of drug taking.* In Robertson R (ed). 1998. *Management of Drug Users in the Community.* London: Arnold.
- 26 **Dinwiddie SH, Cottler L, Compton W, Abdallah AB.** Psychopathology and HIV risk behaviors among injection drug users in and out of treatment. *Drug Alcohol Depend.* 1996;43(1-2):1-11.

- 27 **Rumbold G and Fry C.** *Victorian Drug Trends 1997: findings from illicit Drug Reporting System (IDRS)*. NDARC Technical Report. 1998; No59, Sydney. 42p.
- 28 **Loxley W, Carruthers S and Bevan J.** *In the same vein: first report of the Australian Study of HIV and Injecting Drug Use (ASHIDU)*. National Centre for Research into the Prevention of Drug Abuse, Curtin University of Technology, Perth. 1995.
- 29 **Phelan JC, Link BG, Diez-Roux A, Kawachi I, Levin B.** Fundamental causes of social inequalities in mortality: a test of the theory. *J Health Soc Behav.* 2004;45: 265-85.
- 30 **ITSS (Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang).** *Recueil des présentations de la 18e Rencontre nationale des intervenants en prévention du VIH et des hépatites chez les UDI*. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 2003.
- 31 **Woodburn KR and Murie JA.** Vascular complications of injecting drug misuse. *Br J Surg.* 1996;83:1329-34.
- 32 **Bourgeois P.** The moral economies of homeless heroin addicts: confronting ethnography, HIV risk, and everyday violence in San Francisco encampments. *Sub-*

stance Use and Abuse. 1998;33:2323-51.

- 33 **Vingoe L, Welch S, Farrel M and Strang J.** Heroin overdose among a treatment of sample of injecting drug misusers: accident or suicidal behaviour. *Journal of Substance Use*. 1999;4:88-91.
- 34 **Spittal PM, Hogg RS, Li K, Craib KJ, Recsky M, Johnston C, Montaner JS, Schechter MT, Wood E.** Drastic elevations in mortality among female injection drug users in a Canadian setting. *AIDS Care*. 2006;18(2):101-8.
- 35 **Corneil TA, Kuyper LM, Shoveller J, Hogg RS, Li K, Spittal PM, Schechter MT, Wood E.** Unstable housing, associated risk behaviour, and increased risk for HIV infection among injection drug users. *Health Place*. 2006;12(1):79-85.
- 36 **Roy E, Haley N, Leclerc P, Cédras L, Blais L, Boivin JF.** Drug injection among street youths in Montreal: predictors of initiation. *J Urban Health*. 2003;80:92-105.
- 37 **Biernacki P, Waldord D.** Snowball Sampling Problems and Techniques of Chain Referral Sampling. *Sociological Methods and Research*. 1981;10:141-63.
- 38 **Estebanez PE, Russell N, Aguilar MD, Béland F, Zunzunegui MV.** Women, drugs and HIV/AIDS: results of a multicentre european study. *International Epi-*

demiological Association. 2000;29:734-43.

- 39 **Radloff LS.** The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*. 1977;1(3):385-401.
- 40 **French MT, McGeary KA, Chitwood DD, McCoy CB.** Chronic illicit drug use, health services utilization and the cost of medical care. *Soc Sci Med*. 2000;50:1703-13.
- 41 **Fiscella K, Franks P, Clancy C.** Skepticism toward medical care and health care utilization. *Med Care*. 1998;36:180-89.
- 42 **Palepu A, Tyndall MW, Leon H, Muller J, O'Shaughnessy MV, Schechter MT, Anis AH.** Hospital utilization and costs in a cohort of injection drug users. *CMAJ*. 2001;165:415-20.
- 43 **Chitwood DD, McBride DC, Metsch LR, Comerford M, McCoy CB.** A comparison of the need for health care and use of health care by injection-drug users, other chronic drug users, and nondrug users. *Am Behav Sci*. 1998;41:1107-22.
- 44 **Boulton M, Hart G, Fitzpatrick R.** The sexual behaviour of bisexual men in relation to HIV transmission. *AIDS Care*. 1992;4(2):165-75.

- 45 **Bruneau J, Lamothe F, Franco E, Lachance N, Desy M, Soto J, Vincelette J.** High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: results of a cohort study. *Am J Epidemiol.* 1997;146(12):994-1002.
- 46 **Petry NM.** Reliability of drug users' self-reported HIV risk behaviors using a brief, 11-item scale. *Subst Use Misuse.* 2001;36(12):1731-47.
- 47 **De Irala J, Bigelow C, McCusker J, Hindin R, Zheng L.** Reliability of self-reported human immunodeficiency virus risk behaviors in a residential drug treatment population. *Am J Epidemiol.* 1996;143(7):725-32.
- 48 **Goldstein MF, Friedman SR, Neaigus A, Jose B, Ildefonso G, Curtis R.** Self-reports of HIV risk behavior by injecting drug users: are they reliable? *Addiction.* 1995;90(8):1097-104.
- 49 **McElrath K, Chitwood DD, Griffin DK, Comerford M.** The consistency of self-reported HIV risk behavior among injection drug users. *Am J Public Health.* 1994;84(12):1965-70.
- 50 **Gunn N; White C; Srinivasan R.** Primary Care as Harm Reduction for Injection Drug Users. *JAMA.* 1998;280:1191-5.

- 51 **Cotton P.** "Harm reduction" approach may be middle ground. *JAMA*. 1994;271:1641-5.
- 52 **Marlatt GA.** Harm reduction: come as you are. *Addictive Behav.* 1996;21:779-89.
- 53 **Hershberger SL, Wood MM, Fisher DG.** A cognitive-behavioral intervention to reduce HIV risk behaviors in crack and injection drug users. *AIDS Behav.* 2003;7(3):229-43.
- 54 **Baker A, Heather N, Wodak A, Dixon J, Holt P.** Evaluation of a cognitive-behavioural intervention for HIV prevention among injecting drug users. *AIDS*. 1993;7(2):247-56.
- 55 **Iguchi MY, Bux DA Jr, Lidz V, French JF, Baxter RC, Platt JJ.** Changes in HIV risk behavior among injecting drug users: the impact of 21 versus 90 days of methadone detoxification. *AIDS*. 1996;10(14):1719-28.
- 56 **O'Connor PG, Waugh ME, Carroll KM, Rounsaville BJ, Diakogiannis IA, Schottenfeld RS.** Primary care-based ambulatory opioid detoxification: the results of a clinical trial. *J Gen Intern Med.* 1995;10(5):255-60.
- 57 **Bux DA, Iguchi MY, Lidz V, Baxgter RC, Platt JJ (1993).** Participation in an

outreach-based coupon distribution program for free methadone detoxification.

Hospital and Community Psychiatry, 44, 1066-72.

- 58 **Kerr T, Wood E, Grafstein E, Ishida T, Shannon K, Lai C, Montaner J, Tyndall MW.** High rates of primary care and emergency department use among injection drug users in Vancouver. *J Public Health (Oxf)*. 2005;27(1):62-6.

**ARTICLE 2 : Factors Associated with
Injection Drug Users' Choice between
Emergency Department and Primary
Health Care Services upon Occurrence
of an Acute Illness**

**Factors Associated with Injection drug Users' Choice between
Emergency Department and Primary Health Care Services
for Acute Care**

Jean-Marie Bamvita¹, M.D., M.Sc., Maria-Victoria Zunzunegui¹, Ph.D.,

Nima Machouf², PhD

1. Social and Preventive Medicine, Montreal University. 2. Clinique Médicale l'Actuel,
Montreal, Quebec, Canada.

Corresponding author:

JM Bamvita, MD, M.Sc. [REDACTED], Montreal, [REDACTED]

Canada, tel.: [REDACTED] Email [REDACTED]

Affiliation: University of Montreal, Department of Social and Preventive Medicine,
Montreal, Canada, Pavillon Mont-Royal, 1430 Boul. Du Mont-Royal, Outremont, H2V
4P3

Nimâ Machouf, PhD, Clinique médicale l'Actuel, 1001 de Maisonneuve est, bureau
1130, Montréal (Québec) Canada H2L 4P9, tel: (514) 524-3642 poste 247, fax: (514)

524-3831; Email: [REDACTED]

Maria Victoria Zunzunegui, PhD, Université de Montréal, Département de médecine
sociale et préventive, Montréal, Canada, Pavillon Mont-Royal, 1430 Boul. Du Mont-
Royal, Outremont, H2V 4P3; Email: [REDACTED]

Abstract

OBJECTIVES: To assess factors associated with injection drug users' (IDUs) preference for emergency department (ED) or primary health care (PHC) services to treat an acute condition.

METHODS: Cross-sectional study of 135 IDUs street-recruited in Montreal between February and September 2005, who had visited an ED or PHC clinic in the previous 6 months.

RESULTS: About two-thirds of participants had visited an ED, and one-third had visited a PHC clinic. Factors independently associated with ED use were: consumption of ≥ 3 alcoholic drinks/day (OR: 2.79; 95% CI 1.08-7.22), sharing injection materials (OR: 2.80; 0.90-8.71), non injection drug consumption daily or more (OR: 2.54; 0.95-6.80), perceiving quality of ED care as poor (OR: 0.21; 0.05-0.90); homelessness (OR: 4.81; 1.18-19.60); perceived severe illness (OR: 4.71; 1.63-13.62) and prior utilization of preventive health service (OR: 0.24; 0.07-0.82).

CONCLUSION: ED and PHC services, IDUs' social community centers, and housing facilities should be integrated and well organized for better management of this population.

Keywords: Intravenous substance abuse, emergency care, primary health care, Canada

1. Background

The epidemiological profile of patients who seek medical attention in emergency department (ED) facilities in Canada is only recently beginning to be known. In 2003, about 3.3 million Canadians aged 15 or older – about 1 out of 8 persons in this age group – visited an ED service for health care (Carrière G, 2004). Socio-economic factors seem to play a major part in the use of this service: people in the highest income range tend to visit ED rooms less frequently than those in the lowest range. According to the same author, those who are least satisfied with health services visit the most ED settings, followed by people who frequently visit health care professionals.

A similar profile holds for IDUs, with the difference that the proportion of IDUs who seek medical attention in ED rooms is higher than in the general population, and the health-seeking behavior in IDUs differs from that of non-IDUs. A study conducted in the US by Stein and colleagues (1993) concluded that injection drug users were twice as likely to seek medical care in EDs and seven times as likely to be hospitalized as non-drug users. Several other US studies tend to support these findings (Stein et al., 2003; Sterk et al., 2002; Knowlton et al., 2001; Laine et al., 2001; Selwyn et al., 1993; Solomon et al., 1991; Rosenstock, 1974a,b; Booth et al., 1999; McGeary, French, 2000; Comerford et al., 1998; Padget, Struening, 1991). According to French and colleagues (2000), this over-utilization of ED services by IDUs and other chronic users leads to an excess cost of about US \$1000 per IDU annually in comparison to non-drug users.

In Australia and Canada, where low income is not a major barrier to health services access, since both countries have a system of universal health coverage, the trend seems comparable. An Australian study carried out by Crofts and colleagues (2000) concluded that, despite the high accessibility of primary health care services (PHCS) in Australia, their utilization by IDUs was generally poor. A Canadian study conducted in Vancouver by Strathdee and colleagues (1997) reported that IDUs show a high rate of hospital and ED use. This over-utilization of ED has been attributed to IDUs' under-utilization of PHCS (Palepu et al., 2001).

Patients' perception of symptoms is a major determinant of delay in seeking health care (Turner & Nido, 1988) and may differ in IDUs as compared with the general population (Cronquist et al., 2001). In IDUs, the seriousness of symptoms may be blunted by drug stimulating effects. Conversely, some IDUs will seek medical attention in the ED for relatively mild complaints that could revert spontaneously or be managed in a primary care setting. This fact may be explained, at least in part, by economic barriers impeding access to primary care in countries with a fee-for-service system, or by the need to seek care outside the normal hours of the primary care center. Another explanation has been put forward by Padgett and Struening (1991), who have stressed that, for most people suffering from mental illness, ED is considered the primary venue of medical care.

The framework used in the present work to organize factors potentially associated with ED visits follows the behavioral model of health care service utilization first pub-

lished by Andersen in 1968 and subsequently modified (Andersen 1968; Andersen 1995). According to Andersen's model, the use of health services is a function of three groups of variables: factors that influence people's predisposition to use these services, factors that enable or impede their use, and factors related with the need for care.

Many predisposing factors in the pathway of health service use by IDUs have previously been examined. Among IDUs, younger age is associated with ED use (Sterk, 2002), probably due to more skepticism toward the primary health care system and a large number of unhealthy behaviors (Fiscella et al., 1998). Older IDUs tend to have more regular sources of primary care (Bloom et al., 1997), but have a higher prevalence of infectious diseases due to prolonged drug use and alcohol intake. The health status of injection drug users is impacted by a large range of factors related primarily to unemployment (Susser et al., 1996; Rumbold and Fry 1998; Loxley et al., 1995), sex trade involvement (Sterk 2002), and behavioral misconduct (Susser et al., 1996; French et al., 2000; Fiscella et al., 1998; Rice et al., 1991; Crofts et coll., 2000; Pates 1995; Whittaker & MacLeod 1998). The association between financial strain and ED use has been repeatedly reported (Dennis et al., 1995; Sterk et al., 2002). Persons with a high educational level tend to use ED rooms less frequently (Susser et al., 1996; Crofts et al., 2000).

Each component of the conceptual model of this work includes feedback loops, which means that the pattern of health care system use is dynamic and recursive. The experience of care at each visit will impact IDUs' health beliefs, and influence further

utilization of that type of care (Stein et al., 2003; Sterk et al., 2002; Knowlton et al., 2001; Laine et al., 2001; Crofts et al., 2000; Selwyn et al., 1993; Solomon et al., 1991; Rosenstock, 1974a,b; Booth et al., 1999; McGeary, French, 2000; Comerford et al., 1998; Padget, Struening, 1991).

Other predisposing factors such as violence and risk behavior associated with IDUs' living conditions, may partly explain their propensity to seek medical help in EDs. Martinez and colleagues (1998), in a study comparing IDUs to non-IDUs, show that the former are more likely to report histories of psychosocial traumas, encompassing drug use by parents, incarceration, alcohol consumption, non injection drug use, and sex trade for survival. More frequent drug injection may also increase the likelihood of using ED services (Stein et al., 2003; Sterk et coll., 2002).

Enabling factors further explain the variations in health care service utilization in IDUs. Crofts and colleagues have shown that homelessness and unstable housing are associated with ED use (Crofts et al., 2000). A study in the elderly population has shown that those who had a family physician were less likely to use EDs (Rosenblatt et al., 2000), and this same trend has been described in drug abusers (Sterk et al., 2002; Fiscella et al., 1998). Having children, mostly of younger age, is also associated with ED utilization in IDUs (Comerford et al., 1998). Those IDUs who report having low social support will tend to use ED rooms more often than those with good support (French et al., 2000; Fiscella et al., 1998; Rice et al., 1991).

Health needs represent more proximal determinants of health care utilization. In a study carried out in Vancouver by Kerr and colleagues (2006), all the factors independently associated with ED use by IDUs pertained to the category of need factors: frequent crystal methamphetamine injection, non-fatal overdose, HIV-positive status, having been assaulted and prior PHCS utilization.

A better understanding of variations in IDUs' use of one or another health care facility may highlight weaknesses in the way their health is currently managed and help in designing more efficient programs tailored to their real needs. The aim of this work was to assess the determinants of health care service utilization by IDUs and to distinguish factors associated with emergency versus primary health care use in a sample of IDUs who visited a health care facility for an acute condition in the 6 months prior to the interview in the context of a country – Canada – with universal health care access. Our hypothesis was that ED use by IDUs would depend primarily on the severity of health needs and secondarily on social or financial difficulties, and that these factors would explain their preference to seek care in emergency departments rather than PHC services.

2. Methods

2.1. Design and population

This cross-sectional study was undertaken in a community-based sample of injection drug users. Participants were recruited on the streets of downtown Montreal,

mainly around areas where the drug trade is highly concentrated, by a trained interviewer who was a former heroin injector and was familiar with different injection sites in the city. The survey took place from February to September 2005. The interviewer distributed his business card, informed IDUs about the running of the study and asked interested participants to call his cell phone number to arrange an interview. Each IDU contacted was also asked to invite other known IDUs to participate in the study. Eligibility criteria were age 18 or over, residence in Montreal city for at least one year, and having injected drugs at least once in the previous 6 months. Participants were informed that a payment of CAN \$10 would be made on completion of the interview.

2.2. Data collection

Persons fulfilling the entry criteria were interviewed by the study recruiter using a closed questionnaire that included questions about demographic, social and economic status, patterns of substance abuse, alcohol intake, and health service utilization. The questionnaire was built based on the conceptual frame described above. Respondents whom the interviewer judged to require particular services were given a brief counseling session and referred to a community center on completion of the interview.

2.3. Variables

The outcome variable was having visited an emergency care unit in the previous 6 months. Associated factors were organized as predisposing, enabling and needs variables. Predisposing variables included: gender, age, education, employment, having identity cards (health insurance card, social insurance card, driving permit), frequency

of contacts with IDU friends, factors associated with marginality (prostitution, begging for a living, stealing for a living, drug dealing, history of imprisonment or fine for criminal offense), drug injected, frequency of drug injection, sharing injection materials, frequency of non injection drug consumption, and perceived quality of health care in the ED. Enabling factors included housing conditions, revenue, having a family physician, having family responsibility (children or other persons to support), social support scored using the DUKE-UNC scale, perception of waiting time in the ED hall, and receiving help from a community center. Health needs were assessed with the following indicators: self-perceived health status rated from 1 to 5, reported positive serology to HIV and hepatitis B and C, self-reported mental illness, depressive symptoms scored with the CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression) scale, diseases in the 6 months before the interview and prior utilization of health services for preventive health care or drug abuse treatment. This study was approved by the Montreal University Research Ethics Board.

3. Statistical analysis

3.1. Data editing

Because study subjects received a payment, albeit small, for their participation, there was concern that some may have attempted to be included multiple times. To check for possible duplications, subjects were listed in an Excel file by name, reported age, birthday, and age calculated from reported birthday. Major discordances or incoherencies (e.g. declared age that does not match age calculated from the birthday),

similarities in names or age, were then analyzed using SPSS software. Questionnaires considered to be duplicates based on the foregoing information and a comparison of participants' signatures, were excluded.

3.2. Data analysis

The analyses were carried out using SPSS 13 software. Factors associated with ED use were identified using Chi square statistics to compare proportions. A multiple logistic regression model was fitted to identify factors independently associated with ED versus PHCS use. The model was built using staggered entry of all possible covariates, first, predisposing factors, second, enabling factors and finally, need factors. Within each block, variables were selected using a stepwise backward strategy in which statistical criteria for entry ($p \leq 0.10$) and retention ($p \leq 0.05$) of variables were used to select the best predictors of ED use out of the various correlated factors. The goodness of fit of the model was tested using Hosmer-Lemeshow's test. The p-values reported are all two-sided.

4. Results

Altogether, 678 eligible IDUs completed the interview. During quality monitoring, 6 duplications and 6 incoherent questionnaires were found. In cases of duplication, only the first questionnaire was retained. In all, 12 questionnaires were excluded, yielding a total of 666 participants for further analyses. Among these 666 participants, 150 had visited a health care facility in the previous 6 months. Out of them, 135 had visited only one of the two health care settings, that is, 93 subjects had visited an ED

Table I. Predisposing factors associated with ED versus PHCS utilization for acute care in previous 6 months among IDUs in Montreal

Independent variables	Categories	Total	ED	PHCS	P
		(N = 135 n	(N = 93) n (%)	(N = 42) n (%)	
Gender	Men	101	69 (74.2)	32 (76.2)	0.805
	Women	34	24 (25.8)	10 (23.8)	
Age (years)	<30	56	38 (40.9)	18 (42.9)	0.531
	30-39	29	18 (19.4)	11 (26.2)	
	≥40	50	37 (39.8)	13 (31.0)	
Education	≤Secondary	110	78 (83.9)	32 (76.2)	0.229
	>Secondary	24	14 (15.1)	10 (23.8)	
Employment	Full time job	15	8 (8.6)	7 (16.7)	0.289
	Other jobs	15	9 (9.7)	6 (14.3)	
	Social Welfare	95	68 (73.1)	27 (64.3)	
Identity cards	Mean number	1.87 (± 0.83)	1.87 (± 0.81)	1.86 (± 0.87)	0.361
	No identity card	8	6 (6.5)	2 (4.8)	0.700
	Health insurance card	126	87 (93.5)	39 (92.9)	0.882
	Social insurance card	94	68 (73.1)	26 (61.9)	0.190
	Driver's license	32	19 (20.4)	13 (31.0)	0.183
Quantity of alcohol consumption	≤2 drinks/day	37	17 (18.3)	20 (47.6)	<0.001
	≥3 drinks/day	77	64 (68.8)	13 (31.0)	
Drug injected	Heroin only	18	10 (10.8)	8 (19.0)	0.227
	Heroin + cocaine	26	16 (17.2)	10 (23.8)	
	Cocaine only	90	66 (71.0)	24 (57.1)	

*Fisher's exact test

ED: emergency department; PHCS: primary health care service

**Table II. Enabling factors associated with ED versus PHCS utilization for acute care
in previous 6 months among IDUs in Montreal**

Independent variables		Total	ED	PHCS	P
		(N = 135 n	(N = 93) n (%)	(N = 42) n (%)	
Housing conditions					
Independent living arrangements (own/ rented apartment or house)		47	21 (22.6)	26 (61.9)	<0.001
Dependent living arrangements (family house, friend's house, public shelter)		49	37 (39.8)	12 (28.6)	
Homeless (living on the street or in abandoned houses)		37	34 (36.6)	3 (7.1)	
Income					
CAN\$ <10,000		40	29 (31.2)	11 (26.2)	0.081
CAN\$ 11,000 – 20,000		49	37 (39.8)	12 (28.6)	
CAN\$ >20,000		42	23 (24.7)	19 (45.2)	
Having a family physician	Yes	79	54 (58.1)	25 (59.5)	0.873
	No	56	39 (41.9)	17 (40.5)	
Family responsibility					
IDUs who have children		26	14 (15.1)	12 (28.6)	0.088
Number of children		2 (± 1)	2 (± 1)	1 (± 1)	0.039
Number of persons to support		2 (± 1)	2 (± 0)	3 (± 1)	0.171
Social support score					
3 rd quartile (≥41)		31	22 (23.7)	9 (21.4)	0.910
1 st and 2 nd quartiles (<41)		93	65 (69.9)	28 (66.7)	
Perceived waiting time in the ED hall					
Short		9	5 (5.4)	4 (9.5)	0.259
Long		119	87 (93.5)	32 (76.2)	
Receiving help from a community center	Yes	90	67 (72.0)	23 (54.8)	0.018
	No	41	22 (23.7)	19 (45.2)	

ED: emergency department; PHCS: primary health care service

Table III. Health needs associated with ED versus PHCS utilization for acute care in previous 6 months among IDUs in Montreal

Independent variables		Total	ED	PHCS	P
		(N = 135) n	(N = 93) n (%)	(N = 42) n (%)	
Self perceived health status					
	Excellent or good	90	60 (64.5)	30 (71.4)	0.478
	Poor	44	32 (34.4)	12 (28.6)	
Chronic illness					
HIV infection	Yes	24	18 (19.4)	6 (14.3)	0.605
	No	62	43 (46.2)	19 (45.2)	
HCV infection	Yes	48	37 (39.8)	11 (26.2)	0.115
	No	39	24 (25.8)	15 (35.7)	
Mental illness	Yes	34	29 (31.2)	5 (11.9)	0.020
	No	50	31 (33.3)	19 (45.2)	
Depression score (CES-D)					
	<13: no depression	16	9 (9.7)	7 (16.7)	0.156*
	≥13: depression	108	78 (83.9)	30 (71.4)	
Health condition requiring acute care in the previous 6 months					
Overdose	Yes	24	24 (25.8)	0 (0.0)	0.001
	No	90	58 (62.4)	32 (76.2)	
Self-perceived severity of health condition					
	Not serious	26	10 (10.8)	16 (38.1)	<0.001
	Serious	107	82 (88.2)	25 (59.5)	
Prior utilization of health services					
	For preventive health care	106	69 (74.2)	37 (88.1)	0.084
	For any drug abuse treatment	84	64 (68.8)	20 (47.6)	0.033

*Fisher's exact test

ED: emergency department; PHCS: primary health care service

and 42 subjects had visited a PHCS. Tables I, II and III show the frequency distribution of the study population with regard to predisposing, enabling and health needs factors, respectively, as well as the significance of the association between each variable considered and health service utilization.

Within the study sample of 135 participants, 75% were males (table I). Almost half (42%) were under 30 years old. Only 18% of participants had completed secondary school, and only 12% were employed in a full time job. Most subjects received social welfare benefits (76%). Neither education nor employment was significantly associated with health care service utilization. The most frequently used injection drug was cocaine (67%), and 38% of subjects injected drugs more than once a day. Neither drug type nor frequency of drug injection made a significant difference as to health care service utilization. Among these predisposing factors, those associated with health service use were: the amount of alcohol consumed, sharing of injection materials, frequency of non injection drug use, perceived quality of care in the ED, competency of medical personnel, efficacy of medication and cumulative number of factors associated with marginality (last three factors not shown in table I). Two-thirds of those interviewed (67%) consumed more than 2 alcoholic drinks per day. Twenty-nine percent shared injection materials. Forty-five percent of participants consumed non injection drugs more than once a day. A positive perception of the quality of health care received in the ED seems to represent the factor most strongly associated with health service utilization by IDUs, but only 11% of participants considered health care in the ED to be below average.

Table IV. Factors independently associated with ED versus PHCS utilization for acute care in previous 6 months among IDUs in Montreal

Blocks	Independent variables	OR	95% CI		P
			Lower limit	Upper limit	
1. Predisposing factors	Quantity of alcohol consumption (≥ 3 drinks/day)	2.791	1.078	7.221	0.034
	Sharing injection materials	2.800	0.901	8.707	0.075
	Frequency of non injection drug consumption (\geq Once/day)	2.538	0.947	6.802	0.064
	Perceived quality of health care received in ED (below average)	0.215	0.051	0.902	0.036
2. Enabling factors	Housing conditions (homeless)	4.808	1.179	19.604	0.029
3. Health needs	Self-perceived severity of health condition (serious)	4.707	1.626	13.624	0.004
	Prior utilization of preventive health service	0.243	0.072	0.824	0.023

Hosmer and Lemeshow test: P = 0.685

Enabling factors are displayed in table II. Only 35% of participants lived in independent housing such as an apartment, condominium, or house. Thirty-seven percent lived in shared housing, such as a public shelter for homeless people, a friends' apartment or family house. Twenty-eight percent were street entrenched. The majority of subjects (68%) reported earning less than CAN \$20,000 per year. Fifty nine percent of subjects had a family physician. Of the 26 participants who had children, the mean number of children was two. Most of the respondents (93%) felt that waiting time in the ED hall was long. Overall, 69% of subjects received help from a community center. Among all these enabling factors, only three were associated with ED utilization in our sample: restrictive housing conditions, larger number of children and receiving help from a community center.

Table III shows results of the bivariate analysis of health needs associated with emergency service use. Sixty-seven percent of subjects considered themselves to be in excellent or good health. Some participants suffered from chronic illnesses such as HIV infection (28%), hepatitis C virus infection (55%), or mental disease (41%). Scoring more than 13 points on the CES-D scale was considered positive for depressive symptoms, and overall, 80% of participants were classified in this category. None of the aforementioned factors related to health needs seems to be associated with health care service utilization, except history of mental illness ($P = 0.020$). Twenty-one percent of subjects reported an episode of overdose in the previous 6 months, and 81% of them perceived their condition as serious. Seventy-nine percent of participants reported having visited a preventive health care service in the past, and 62% had received prior

treatment for drug abuse. All three of these factors - overdoses, perceiving the health condition as serious, and use of health services for drug abuse treatment - were significantly associated with emergency department use.

The multivariate analysis is presented in table IV. Out of all the factors shown in the preceding tables, only seven appear to be independently associated with ED utilization. Among the predisposing factors, three variables are associated with a nearly three-fold increase in the use of ED rooms: quantity of alcohol consumed (≥ 3 drinks/day), sharing injection materials and frequency of use of non injecting drugs. Conversely, subjects who consider the quality of health care in the ED as below average are more likely to seek treatment in the PHCS. Housing conditions represent the only enabling factor in the final model. Homeless IDUs are five times more likely to seek medical treatment in the ED than IDUs who lived in independent or dependent housing. As to health needs, two conditions are apparently associated with choice of treatment facility, but in opposite directions: those who perceive their condition as serious are five times more likely to go to the ED, while those who have received preventive treatment in any PHCS in the past seem to be more likely to return to the PHCS when they need care for an acute condition. The model shows an acceptable goodness of fit, as demonstrated by the Hosmer and Lemeshow test.

5. Discussion

This study shows that about one-fourth of IDUs have consulted health services in

the last 6 months. Of these, two-thirds turned to the ED to receive care for acute health problems, while one-third had visited a primary care team, and very few used both kinds of services. The main differences between these two types of users were their marginality and their previous experience with health services. ED users were more likely to consume more drugs and more alcohol and to use them in more risky ways, to be homeless or lack adequate housing and, finally, to have less experience with preventive services. PHCS users tended to have used more preventive services and to harbor a less favorable attitude towards emergency care.

In comparison with the general population, a larger proportion of IDUs visit emergency rooms. Haggerty and colleagues (2004) report that, in their survey carried out in 3 441 patients recruited from 100 urban and rural clinics, 41% of participants had visited emergency services in the 12 months before the interview (34% in urban areas versus 52% in rural towns), whereas in our study, two-thirds of the participants had visited an emergency department for acute health care.

Overall, 51% of participants reported having a family physician. According to Sanmartin and colleagues (2001), 88% of Canadians have a family physician, and in Quebec the proportion is 76%. The proportion of IDUs who have a family physician is lower than that of the general population, but higher than expected. These findings could be explained by three facts: First, a primary condition for access to a methadone maintenance program is to have a family physician. Second, community centers devoted to IDUs and persons living with HIV infection play an important role in drawing

people to family physicians. And finally, 15% of IDUs in our study reported, among recreational drugs taken, some legally prescribed medications such as Valium, Rivotril, Xanax and morphine. It is necessary to have a family physician to obtain these medications. Nevertheless, having a family physician is not significantly associated with emergency care use in the final model.

In addition, previous works have concluded that IDUs seek medical help in first line services less than expected (Stein et al., 2003; Sterk et al., 2002; Knowlton et al., 2001; Laine et al., 2001; Crofts et al., 2000; Selwyn et al., 1993; Solomon et al., 1991). In our study, of the 666 participants, 74% had visited some preventive health service, 70% had utilized a needle exchange program, and 39% had been treated for a drug-related issue, more precisely, 40% for cocaine addiction and 36% for heroin addiction. In the 6 months before the interview, one IDU out of three had visited a primary health care physician. In 2003, the proportion of Canadians aged 12 years and over who had visited a general practitioner was estimated at 77% (Carrière 2005). Overall, those observations highlight the fact that the proportion of IDUs who use primary care services is acceptable, although below average in comparison with the entire population.

The main hypothesis of this study was that factors associated with ED use are different from those related to PHCS utilization, and our findings confirmed this hypothesis. While visiting EDs seems to be associated with risky drug taking practices and homelessness, PHCS utilization seems to be mostly determined by poor perception of ED quality of care and by prior use of preventive services.

Excessive alcohol drinking is known to be associated with ill health by many means: fatal motor vehicle accidents, physical violence, hepatic and brain injuries, etc. According to a Statistics Canada survey, 9% of Canadians aged 12 years old and over consume at least 14 alcoholic drinks per week, equivalent to at least 2 alcoholic drinks per day (Statistics Canada, 1997). In our study 20% IDUs consumed on average 5 alcoholic drinks per day.

A study carried out in Canada in 2002 reports that 3 million Canadians aged 15 years old and over – some 12% of the population – had consumed hashish in the 12 months before the interview, and that cocaine had been consumed by 321,000 people in the same period, that is, 1% (Tjepkema 2004). In our study, 542 out of 666 subjects (81%), consumed non injection drugs, 45% of them on a daily basis.

The impact of housing conditions on health service utilization has been recognized in previously published studies (Kim et al., 2006; Masson et al., 2004; Palepu et al., 1999; Lang et al., 1997). Palepu and colleagues (1999) reported that, in their study, housing instability was one of the five factors positively associated with ED use by IDUs.

Several study limitations must be acknowledged. There is a potential for recall and selection bias. To minimize bias, we limited the recall period to the previous 6 months. Since a random sample was not feasible due to the lack of a sampling frame of

the injecting drug population in Montreal, we recruited the sample at many drug selling scenarios in downtown Montreal using a single interviewer who could distinguish those who had already been interviewed. In addition, data quality was closely monitored during the field work and prior to analysis to detect incoherencies, major contradictions and duplicate questionnaires. The cross-sectional design of this study precludes our drawing rigid conclusions from the findings and calls for special caution in interpreting the results. Finally, the health issues were self-reported and, despite all precautions aimed at minimizing systematic errors, some biases could have slipped in without being noticed. Two major strengths of this study consist in the relatively large sample size and the recruitment of participants on the street. Further prospective studies are needed to study trajectories of service use.

6. Conclusion

The present study adds to the scant scientific literature focusing on IDUs' use of ED facilities. Risky and multiple drug consumption and lack of housing indicate extremely hard living conditions which prompt IDUs to seek medical help in ED rooms. These facilities should be adapted to take care of the specific problems of drug users, to improve their quality of life, maximize their opportunities for drug and alcohol treatment, and to redirect them to primary care and housing facilities.

References

- Andersen RM.** *Behavioral Model of Families' Use of Health Services*. Research Series No.25. Chicago, IL: Center for Health Administration Studies, University of Chicago. 1968.
- Andersen RM.** Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*. 1995;36: 1-10.
- Biernacki P, Waldord D.** Snowball Sampling Problems and Techniques of Chain Referral Sampling. *Sociological Methods and Research*. 1981;10:141-63.
- Bloom B, Simpson G, Cohen RA, Parsons PE.** *Access to Health Care*. Part 2: Working-age Adults. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 1997:1-47. Vital and Health Statistics - Series 10: Data From the National Health Survey.
- Booth RE, Kwiatkowski CF, Weissman G.** Health-related service utilization and HIV risk behaviors among HIV infected injection drug users and crack smokers. *Drug and Alcohol Dependence*. 1999;55:69-78.
- Carrière G.** Consultation des médecins et des infirmières. Rapport sur la santé. Statistique Canada. Vol. 16, No 4. No au catalogue: 82-003-XIF. Juin 2005.

Carrière G. *Utilisation des salles d'urgence. Statistique Canada. Rapports sur la santé*, vol. 16, No 1, octobre 2004.

Comerford M, Chirwood DD, McElrath K, Taylor J. Pregnancy among women with a history of injection drug use. *Drugs And Society*. 1998;13:177-92.

Crofts N, Reid G. *Primary Health Care among the street drug-using community in Footscray: a needs analysis.* The Centre For Harm Reduction. Macfarlane Burnet Centre for Medical Research. Melbourne, Australia. 2000.

Cronquist A, Edwards V, Galea S, Latka M, Vlahov D. Health care utilization among young adult injection drug users in Harlem, New York. *Journal of Substance Abuse*. 2001;13:17-27.

Dennis ML, Rourke KM, Lucas RL, et al. *Global Appraisal of Individual Needs (GAIN): Resource Manual.* Research Triangle Park, NC: Research Triangle Institute; 1995. NIDA Grant No. R01-DA07864.

Fiscella K, Franks P, Clancy C. Skepticism toward medical care and health care utilization. *Medical Care*. 1998;36:180-9.

French MT, McGeary KA, Chitwood DD, McCoy CB. Chronic illicit drug use, health services utilization and the cost of medical care. *Social Science & Medicine*.

2000;50:1703-13.

Haggerty J, Roberge D, Larouche D, Pineault R, Touati N. Continuité et accessibilité de soins de première ligne au Québec: différences rurales et urbaines dans l'utilisation des urgences hospitalières. GIRU. Présentation au JASP, 1e décembre 2004.

Kerr T, Wood E, Grafstein E, Ishida T, Shannon K, Lai C, Montaner J, Tyndall MW. High rates of primary care and emergency department use among injection drug users in Vancouver. *Journal of Public Health (Oxf)*. 2005 Mar;27(1):62-6. Epub 2004 Nov 25.

Kim TW, Kertesz SG, Horton NJ, Tibbetts N, Samet JH. Episodic homelessness and health care utilization in a prospective cohort of HIV-infected persons with alcohol problems. *BMC Health Services Research*. 2006 Feb 27;6:19.

Knowlton AR, Hoover DR, Chung S, Celentano DD, Vlahov D, Latkin CA. Access to medical care and service utilization among injection drug users with HIV/AIDS. *Drug and Alcohol Dependence*. 2001;64:55-62.

Laine C, Hauck WW, Gourevitch MN, Cohen A, Turner BJ. Regular outpatient medical and drug abuse care and subsequent hospitalization of persons who use illicit drugs. *Journal of American Medical Association*. 2001;285:2355-62.

Lang T, Davido A, Diakite B, Agay E, Viel JF, Flicoteaux B. Using the hospital emergency department as a regular source of care. *European Journal of Epidemiology*. 1997 Feb;13(2):223-8.

Loxley W, Carruthers S and Bevan J. *In the same vein: first report of the Australian Study of HIV and Injecting Drug Use (ASHIDU)*. National Centre for Research into the Prevention of Drug Abuse, Curtin University of Technology, Perth. 1995.

Martinez TE, Gleghorn A, Marx R, Clements K, Boman M, Katz MH. Psychosocial histories, social environment, and HIV risk behaviors of injection and noninjection drug using homeless youths. *Journal of Psychoactive Drugs*. 1998;30:1-10.

Masson CL, Sorensen JL, Phibbs CS, Okin RL. Predictors of medical service utilization among individuals with co-occurring HIV infection and substance abuse disorders. *AIDS Care*. 2004 Aug;16(6):744-55.

McGeary KA, French MT. Illicit drug use and emergency room utilization. *Health Services Research*. 2000;35:154-69.

Padgett DK, Struening EL. Influence of substance abuse and mental disorders on emergency room use by homeless adults. *Hospital Community Psychiatry*. 1991;42:834-8.

Palepu A, Strathdee SA, Hogg RS, Anis AH, Rae S, Cornelisse PG, Patrick DM, O'Shaughnessy MV, Schechter MT. The social determinants of emergency department and hospital use by injection drug users in Canada. *Journal of Urban Health.* 1999 Dec;76(4):409-18.

Palepu A, Tyndall MW, Leon H, Muller J, O'Shaughnessy MV, Schechter MT, Anis AH. Hospital utilization and costs in a cohort of injection drug users. *Canadian Medical Association Journal.* 2001;165:415-20.

Pates R. The effects of policy-making on harm reduction: whose problem? *The International Journal of Drug Policy.* 1995;6:39-45.

Rice DP, Kelman S, Miller L. Estimates of economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness, 1985 and 1988. *Public Health Reports.* 1991;106:281-91.

Rosenblatt RA, Wright GE, Baldwin LM, et al. The effect of the doctor-patient relationship on emergency department use among the elderly. *American Journal of Public Health.* 2000;90: 97-108.

Rosenstock IM, 1974a. Historical origins of the health belief model. Health Ed, Monographs 2, 328-35.

Rosenstock IM, 1974b. The health belief and preventative health behavior. Health Ed.

Monographs 2, 354-86.

Roy E, Haley N, Leclerc P, Cédras L, Blais L, Boivin JF. Drug injection among street youths in Montreal: predictors of initiation. *Journal of Urban Health.* 2003;80:92-105.

Rumbold G and Fry C. *Victorian Drug Trends 1997: findings from illicit Drug Reporting System (IDRS).* NDARC Technical Report. 1998; No59, Sydney. 42p.

Sanmartin C., Houle C., Berthelot JM, White K. Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001. Groupe d'analyse et de mesure de la santé. Statistique Canada. Juin 2002. No au catalogue: 82-575-XIF.

Selwyn PA, Budner NS, Wasserman WC, Arno PS. Integrating medical care and drug abuse treatment: utilization of on-site primary care services in HIV-seropositive and -seronegative drug users in a methadone maintenance program. *Public Health Reports.* 1993;108:492-500.

Solomon L, Frank R, Vlahov D, Astemborski J. Utilization of health services in a cohort of intravenous drug users with known HIV-1 serostatus. *American Journal of Public Health.* 1991;81:1285-90.

Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997.*

Stein MD, O'Sullivan PS, Ellis P, Perrin H, Wartenberg A. Utilization of medical services by drug abusers in detoxification. *Journal of Substance Abuse*. 1993;5(2):187-93.

Stein MD, Anderson B. Injection frequency mediates health service use among persons with a history of drug injection. *Drug and Alcohol Dependence*. 2003;70:159-168.

Sterk CE, Theall KP, Elifson KW. Health care utilization among drug-using and non-drug-using women. *Journal of Urban Health*. 2002;79:587-99.

Strathdee SA, Patrick DM, Currie SL, et al. Needle exchange is not enough. *AIDS*. 1997;8:437-45.

Susser E, Miller M, Valencia E, Colson P, Roche B, Conover S. Injection drug use and risk of HIV transmission among homeless men with mental illness. *American Journal of Psychiatry*. 1996;153:794-8.

Tjepkema M. Utilisation du cannabis et d'autres drogues illicite. Rapport su la santé. Statistique Canada. Vol. 15, No 4. No au catalogue: 82-003-XPF. Juillet 2004.

Turner BJ, Nido RM. Urgency in seeking medical care for specific symptoms: per-

ceptions of physicians and patients. *Journal of General Internal Medicine*. 1988
May-Jun;3(3):245-9.

Whittaker A and Macleod J. Care in the community. In Robertson R (ed). 1998.
Management of Drug Users in the Community. London: Arnold.

ACKNOWLEDGEMENTS

The authors would like to thank the following organizations for their financial support in carrying out this study: GIRU (Groupe Interuniversitaire de Recherche sur les Urgences), GREAS, (Groupe de Recherche sur l'Équité d'Accès et l'organisation des Services de santé de 1^{re} ligne) GRIS (Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé) and FRSQ (Fond de recherche en Santé du Québec).

**ARTICLE 3 : Choice between Commu-
nity Health Centers and Medical Cabi-
nets among Injection Drug Users Seek-
ing Medical Help in Primary Health
Care Services**

**Choice between Community Health Centers and Medical Cabinets
among Injection Drug Users Seeking Medical Help in Primary Health
Care Services**

Jean-Marie Bamvita¹, M.D., MSc., Maria-Victoria Zunzunegui¹, Ph.D.,

Nima Machouf², PhD

1. Social and Preventive Medicine, Montreal University. 2. Clinique Médicale l'Actuel, Montreal, Quebec, Canada.

Corresponding author:

JM Bamvita, MD, M.Sc., [REDACTED] Montreal, Quebec, [REDACTED]

Canada

Tel.: (514) 844-8281;

Email [REDACTED]

Affiliation: University of Montreal, Department of Social and Preventive
Medicine, Montreal, Canada, Pavillon Mont-Royal, 1430 Boul. Du
Mont-Royal, Outremont, H2V 4P3

Nimâ Machouf, Clinique médicale l'Actuel, 1001 de Maisonneuve est, bureau 1130,

Montréal (Québec) Canada, H2L 4P9; Tel: (514) 524-3642 poste 247, fax: (514)

524-3831; Email : [REDACTED]

Maria Victoria Zunzunegui, University of Montreal, Department of Social and Preven-
tive Medicine, Montreal, Canada, Pavillon Mont-Royal, 1430 Boul. Du Mont-
Royal, Outremont, H2V 4P3; Email: maria.victoria [REDACTED]

ABSTRACT

Background: Despite their high rate of morbidity, injection drug users (IDUs) use primary health care service (PHCS) less frequently than the general population, but barriers hindering their use of different kinds of PHCS have not been adequately studied.

Objectives: To identify factors associated with the use of each of the two components of the primary health care system in Quebec: publicly funded community health centers (CHC) and medical cabinets.

Methods: Cross-sectional study of IDUs living in Montreal, conducted from February to September 2005.

Results: Of the 666 street-recruited IDUs, 201 (30%) reported that they usually visited a PHCS on the occurrence of an illness, and never sought medical help in an emergency room. Among them, 149 subjects showed a preference for only one of the two PHCS settings, and this group was selected for further analyses. Factors independently associated with CHC utilization were: age (OR: 0.89; 95% CI:0.82 - 0.97), frequency of non injection drug consumption (OR: 5.54; 1.13 - 27.07), perceived quality of health care in the CHC (OR: 0.09; 0.01 - 0.66), homelessness (OR: 6.23; 1.53 - 25.32), receiving help from a community center (OR: 8.24; 1.70 - 40.00) and prior utilization of preventive health service (OR: 0.13; 0.02 - 0.85).

Conclusions: Despite universal access to health care in Quebec, some barriers may keep IDUs from seeking help in one or another PHCS and may explain at least partially their overall underutilization of PHCS. The most deprived and socially excluded IDUs prefer to visit a CHC, while more socially integrated IDUs choose medical cabinets.

Better integration between CHC and social services devoted to IDUs could improve access to PHCS and make a difference in their health status. Organization of a care manager network within the health care system is one way this goal might be achieved.

Keywords: injection drug users, morbidity, primary health care service, community health center, medical cabinet, utilization

ACKNOWLEDGEMENTS

The authors thank the following organizations for their financial support in carrying out this study: GIRU, GREAS, GRIS and FRSQ. We also gratefully acknowledge the injecting drug users of Montreal who gave us their time and trust.

Introduction

Despite their poor health, high mortality rates and high prevalence of infections (McCorkel JA et al., 1998), injection drug users (IDUs) seem to seek medical care in primary health care settings less frequently than expected (Stein et al., 2003; Sterk et al., 2002; Knowlton et al., 2001; Laine et al., 2001; Crofts et al., 2000; Selwyn et al., 1993; Solomon et al., 1991). In the few studies examining IDUs' profile of health service utilization, several possible explanatory factors have been identified. Younger injectors are less likely to use primary health care services (PHCS) than those who are older (Fiscella et coll., 1998; Sterk et al., 2002; Novick et al., 1997). The high cost of medical services, perceived poor quality of treatment, experiences of discrimination and stigmatization, skepticism about the efficacy of health care providers, lack of geographic accessibility, limited hours of operation, and fear of punitive actions by legal or social services are cited among the underlying reasons for low PHCS utilization in IDUs (Oliva et al, 1999; Fiscella et al, 1998).

Barriers to seeking medical attention in primary care settings are also related with the organization of health services. Health care workers' difficulties in managing IDUs (Crofts, 2000), lack of health care professionals (RRSSS de Montréal-Centre, 1999), and low interest in IDU-related health issues (Mercier et Beaucage, 1997) are major determinants that limit IDUs' access to primary health care services. Moreover, refusal to use primary health care may stem from the belief that these settings have links with the police department or work in connection with the judiciary services. For example,

young women who use drugs may refrain from asking for counseling in community social services or seeking medical care in community health centers for fear of losing the custody of their children (Whittaker and MacLeod 1998).

IDUs generally seek medical attention in a state of major crisis, for overdose episodes, for example, and are frequently homeless, with few or no financial resources (Hunter and Judd 1998; MacDonald 1994). Furthermore, their requests are often disproportionately large in comparison to what social service workers or medical professionals are able to offer (Pates 1995; Hunter and Judd 1998).

Among those IDUs who visit PHCS, some determinants have been identified. Having a family physician favors PHCS use (Stein et al., 2002; Rosenblatt et al., 2000). Free access to health preventive programs, such as distribution of sterile injection materials (Finlinson et al., 2000), methadone maintenance clinics (MacGowan, et al., 1997; Ball, et al., 1988; Hubbard, et al., 1988) and counseling services (Crofts et al., 2000), represent a useful way to bridge the gap between IDUs and PHCS, by increasing the opportunities for drug users to seek health care in these settings (McGarry et al., 2002; Sambamoorthi et al., 2000; Booth et al., 1999).

PHCS encompass distinct subsets of health facilities that could differ as to their accessibility threshold, sources of funding, available services and client profiles. A better understanding of IDUs' health care trajectory within the PHCS constitutes the first step in efforts to improve access to preventive and front-line health care services in this

population. Few studies have focused on this issue, and determinants of the use of specific services within the PHCS have not been adequately examined.

Andersen's behavioral model of health care utilization constitutes a useful means to conceptualize and make operational all those factors potentially associated with front-line medical services use (Andersen 1995). This conceptual framework was originally designed for the general population and not for specific subgroups. IDUs' pattern of health seeking behavior differs from that of the general population. Their incentives to consult a medical service do not stem from mere non-urgent health needs, but rather from a serious imbalance in their health status. This study may represent a first attempt to fit Andersen's model to the IDU subpopulation.

The aim of this study was to identify factors associated with the use of each of the two main components of the primary health care system and to highlight ways to remove barriers to the use of these services by IDUs in the city of Montreal. The Canadian health system is characterized by universal medical care coverage and a diversified network of primary care clinics. In Quebec, there are two main settings for primary health care: publicly-funded community health centers (CHCs) (in French, CLSC - *Centres Locaux de Services Communautaires*), and privately run clinics, known as "medical cabinets". CHCs are devoted to prevention and curative treatment of illness as well as to management of social issues faced by patients within their community (Colin, 2004). They serve as an extension of the hospital within the community and as a means of getting the population to contribute to the improvement of health conditions

in their neighborhood. The privately-run medical cabinets may operate either on an appointment basis (MC+A), or as walk-in clinics (WIMC), and their doctors receive payment by medical act from the Medicare System of Quebec. Each of the two PHCS settings may have different barriers and thresholds of accessibility whose assessment may help improve front-line health services use and provide more appropriate care for IDUs.

Methods

Study population and design

This cross-sectional study was conducted from February to September 2005 in an IDU population living in Montreal. Inclusion criteria were age 18 years or over, having injected drugs at least once in the previous 6 months and residence in Montreal for at least one year. A relative exclusion criterion was impaired communication during the interview due to agitation or emotional lability. IDUs who manifested obvious effects of illicit drugs were asked to return after the resolution of the symptoms, so they would be able to give informed consent.

The study methodology was tested in two pilot studies 6 months before the interviews, to assess participants' skills in understanding and answering questions and the acceptability of questionnaire items related with sensitive issues such as illness, imprisonment and illegal activities.

Data collection

Recruitment was carried out by asking each subject contacted to tell other IDUs about the study and invite them to participate. This technique has been described by Bier-nacki & Waldord (1981) and applied in street youths of Montreal by Roy and col-leagues (2003). Potential subjects were contacted on the streets and away from clin-ics, by a trained interviewer who was a former IDU and was familiar with drug injec-tion sites in Montreal. To increase the speed of recruitment, the interviewer distributed his business cards in IDU milieus, asking potential subjects to call him afterwards if they wished to participate in the study. Eligible subjects were administered a question-naire on determinants of health service utilization. After completing the questionnaire, respondents received a compensation of CAN \$10 for their time.

Variables

Dependent variable: The research outcome was the answer to the following question: “*When you feel sick, where do you usually seek care?*” Possible answers were: emer-gency department, community health center (CHC), medical cabinets running on ap-pointment basis (MC+A), and walk-in medical cabinets (WIMC).

Independent variables: Variables associated with IDUs’ use of health care services were identified in the literature and classified according to Andersen’s behavioral model. To fit this model, variables were organized into three categories: predisposing

factors (*i.e.*, gender, education, possession of identity cards, and previous experience with health services), enabling factors (*i.e.*, housing conditions, having children, having a family physician, receiving help from a community center), and health needs (*i.e.* self-rated health status, drug abuse treatment, and preventive therapy such as vaccination or screening for diseases).

Participants were questioned about the highest educational level achieved (primary, secondary, college or university level). Identity cards of interest were the social insurance card, health insurance card and driver's license. Possession of the first two cards is required for access to social and medical services in Quebec. The driver's license was chosen as an indicator of socioeconomic status. The impact of previous experience with health services utilization was assessed by asking participants to report their perception of the quality of care received in each type of health services (excellent, good, below average). Housing conditions were categorized as: independent (living in own/rented apartment or house), dependent (living in family or friend's house or apartment; or in a community shelter for homeless people), or homeless (living on the street or in abandoned houses).

Ethical considerations

The core survey was conducted after approval by the Montreal University Research Ethics Board. Participants were required to sign a consent form before answering the questionnaire. Upon completion of the survey, respondents who, in the inter-

viewer's opinion, seemed to require particular services were given a brief counseling session and referred to a community center for help.

Analysis

Data editing

Given the compensation offered for the interview, there was a possibility that some IDUs would try to participate more than once. Data quality monitoring consisted of checking for possible duplications by listing subjects in an Excel file by name, reported age, birthday, and age calculated from reported birthday. Major discordances or incoherencies (e.g. declared age that does not match age calculated from the birthday), similarities in names or age, were then analyzed using SPSS software version 13.0. Twelve questionnaires were considered to be duplicates based on the foregoing information and a comparison of participants' signatures. These duplicates were excluded, leaving 666 valid questionnaires.

Data analysis

IDUs who usually sought medical attention exclusively either in CHCs or in MCs (with or without appointment) were compared as to predisposing, enabling and health needs factors. Variables significantly associated with CHC utilization in bivariate analyses ($P < 0.20$) were used to build a logistic regression model of the probability of consulting at a CHC using the staggered blockwise method. The first step consisted

in introducing the predisposing factors block by the backward entry method. Variables significantly associated with CHC were then retained in the equation. In the second step, the enabling factors block was entered in the model following the same sequence of entry methods. The health needs block was then entered using the backward technique to complete the final model. Improvement of the model was evaluated using the log-likelihood statistic and the Chi-squared test.

Results

Of the 666 recruited IDUs, 201 (30%) stated that they usually visited a PHCS on the occurrence of an illness, and usually did not seek medical help in an emergency room. Of these, 52 said they would visit either a CHC or a medical cabinet and were therefore excluded from this study, leaving 149 subjects for further analyses.

Bivariate analysis

IDUs who usually visited CHCs had a different profile than those who usually visited medical cabinets, whereas IDUs who consulted walk-in medical cabinets were generally similar to those seeking care in medical cabinets operating on an appointment basis.

Predisposing factors (Table I). More specifically, men were more likely to visit medical cabinets operating by appointment (50% versus 37%), while women were

Table I. Predisposing factors associated with preference for primary health care site by IDUs in Montreal

Independent variables	Categories	All N=149	CHC (N=52) n (%)	MC+A (N= 71) n (%)	WIMC (N= 26) n (%)	P
Gender	Male	119	38 (31.9)	60 (50.4)	21 (17.6)	0.130
	Female	30	14 (46.7)	11 (36.7)	5 (16.66)	
Age (years)	<30	76	36 (47.4)	27 (35.5)	13 (17.1)	0.002
	30-39	41	7 (17.1)	28 (68.3)	6 (14.6)	
	≥40	31	8 (25.8)	16 (51.6)	7 (22.6)	
Education	≤Secondary	104	46 (44.2)	43 (41.3)	15 (14.4)	<0.001
	>Secondary	42	5 (11.9)	28 (66.7)	9 (21.4)	
Employment	Full time job	26	1 (3.8)	21 (80.8)	4 (15.4)	0.001
	Other jobs	35	15 (42.9)	14 (40.0)	6 (17.1)	
	Social welfare	88	36 (40.9)	36 (40.9)	16 (18.2)	
Number of identity cards (mean)		2.02 (± 0.98)	1,63 (± 1,07)	2,39 (± 0,73)	1.77 (± 1.03)	0.002
Number of factors associated with marginality (mean) ^b		1.57 (± 1.39)	2.16 (± 1.52)	1.15 (± 1.26)	1.52 (1.01)	0.006
Drug injected	Heroin only	28	8 (28.57)	13 (46.43)	7 (25.0)	0.041
	Heroin + cocaine	27	15 (55.56)	6 (22.22)	6 (22.22)	
	Cocaine only	92	28 (30.43)	51 (55.43)	13 (14.13)	
Frequency of non-injection drug use	>Once/day	54	24 (44.44)	24 (44.44)	6 (11.11)	0.065
	≤Once/day	95	28 (29.47)	47 (49.47)	20 (21.06)	
Perception of health care	Excellent or good	72 ^a	44 (61.1) ^a	17 (23.6) ^a	11 (15.3) ^a	0.054 ^a
	Below average	17 ^a	6 (35.3) ^a	7 (41.2) ^a	4 (23.5) ^a	

^aPerception of health care in the CHC

^bSex trade, stealing, squeeje, imprisonment, drug dealing

CHC: Community Health Center

MC+A: Medical cabinet running on appointment basis

WIMC: walk-in medical cabinet

Table II. Enabling factors associated with preference for primary health care site by IDUs in Montreal

<i>Independent variables</i>	All N=149	CHC N= 52 n (%)	MC+A N=71 n (%)	WIMC N=26 n (%)	P
Housing					
Independent (own/rented apartment or house)	79	20 (25.3)	42 (53.2)	17 (21.5)	0.014
Dependent (apartment or house of family or friend, public shelter)	51	21 (41.2)	21 (41.2)	9 (17.6)	
Homelessness (living on the street or in abandoned houses)	19	11 (57.9)	8 (42.1)	0 (0.0)	
Having a family physician					
Yes	73	16 (21.9)	47 (64.4)	10 (13.7)	0.001
No	75	36 (48.0)	23 (30.7)	16 (21.3)	
Perception of waiting time in the CHC hall					
Short	41	28 (68.3)	10 (24.4)	3 (7.3)	0.034
Long	46	21 (45.7)	14 (30.4)	11 (23.9)	
Receiving help from a community center					
Yes	63	34 (54.0)	21 (33.3)	8 (12.7)	<0.001
No	81	17 (21.0)	47 (58.0)	17 (21.0)	

CHC: Community Health Center

MC+A: Medical cabinet running on appointment basis

WIMC: walk-in medical cabinet

Table III. Health needs factors associated with preference for primary health care site by IDUs in Montreal

Independent variables	All N=149	CHC N= 52 n (%)	MC+A N=71 n (%)	WIMC N=26 n (%)	P
Self-rated health status					
Excellent or good	116	40 (34.5)	59 (50.9)	17 (14.7)	0.633
Poor	28	11 (39.3)	9 (32.1)	8 (28.6)	
Prior utilization of health services					
For preventive health care					
Yes	107	36 (33.6)	48 (44.9)	23 (21.5)	0.736
No	41	15 (36.6)	23 (56.1)	3 (7.3)	
For any drug abuse treatment					
Yes	63	18 (28.6)	37 (58.7)	8 (12.7)	0.599
No	67	22 (32.8)	30 (44.8)	15 (22.4)	

CHC: Community Health Center

MC+A: Medical cabinet running on appointment basis

WIMC: walk-in medical cabinet

more prone to seek medical care in CHCs (47% versus 32%; $P = 0.13$). Younger IDUs preferred to visit CHCs, while older subjects consulted more often in medical cabinets ($P = 0.002$). Higher education was associated with preference to visit medical cabinets ($P < 0.001$), while IDUs who had not completed more than secondary school education showed a tendency to go to CHCs. Work status also seemed to influence the way IDUs choose their site of medical care ($P = 0.001$): those with a full time job preferred medical cabinets operating by appointment; those with no job who were receiving social welfare benefits chose either CHC or walk-in medical clinics. Participants who injected heroin or cocaine exclusively seemed to visit medical cabinets more often, while those who injected both drugs seemed more likely to choose CHCs ($P = 0.041$).

Enabling factors (Table II). Housing conditions were associated with type of PHCS used ($P = 0.014$). IDUs in independent living situations (own/rented apartment or house) were more likely to visit medical cabinets while those who lived on the street or in abandoned houses tended to go to a CHC. Having a family physician seemed to influence the choice between CHC and medical cabinets ($P = 0.001$): the majority of those who had a family physician chose medical cabinets running on an appointment basis. Waiting time also seemed to play a role in the type of service chosen ($P = 0.034$). Those who claimed that CHC waiting time was long were more likely to visit a medical cabinet. Receiving help from a community center was strongly associated with type of PHCS used ($P < 0.0001$): those who received this type of help were more likely to visit CHCs for medical care than those who did not. None of the health needs factors was associated with the choice of PHCS (Table III).

Table IV. Factors independently associated with preference for CHC utilization among IDUs in Montreal

Variables in the Equation	Model A Predisposing factors (OR, 95% CI)	Model B Enabling factors (OR, 95% CI)	Model C Health needs factors (OR, 95% CI)
Age	0.92 (0.87 - 0.97)**	0.90 (0.84 - 0.97)**	0.89 (0.82 - 0.97)**
Education (high school or more vs. less than high school)	0.32 (0.08 - 1.24)	0.46 (0.09 - 2.26)	0.57 (0.10 - 3.23)
Frequency of non-injection drug use (>once a day vs. ≤ once/day)	3.71 (1.09 - 12.57)*	2.99 (0.68 - 13.08)	5.54 (1.13 - 27.07)*
Perception of health care in CHC (Excellent/good vs. below average)	0.22 (0.05 - 0.90)*	0.13 (0.02 - 0.84)*	0.09 (0.01 - 0.66)*
Housing (Homeless vs. dependent/independent)		7.00 (1.83 - 26.82)**	6.23 (1.53 - 25.32)*
Having a family physician (yes vs. no)		0.28 (0.07 - 1.02)	0.31 (0.07 - 1.28)
Receiving help from a community center (yes vs. no)		3.53 (0.85 - 14.61)	8.24 (1.70 - 40.00)**
Prior use of preventive health service (yes vs. no)			0.13 (0.02 - 0.85)**
-2LL	89.50	65.63	59.47
Improvement X^2	25.76	46.82	54.61
Hosmer-Lemeshow test (P value)	0.167	0,864	0,094

*P<0.05; **P<0.01; ***P<0.001

CHC: Community Health Center

MC+A: Medical cabinet running on appointment basis

WIMC: walk-in medical cabinet

Multivariate analysis

Among the predisposing factors, three variables were independently associated with CHC utilization: age, frequency of non-injection drug use and perception of health care in the CHC (Table IV). Older IDUs had a strong tendency to seek medical help outside the CHC system. Likewise, IDUs who considered the quality of health care in the CHC as below average were more likely to visit medical cabinets. IDUs who used non-injection drugs more than once a day were almost 6 times as likely to choose CHCs for medical help.

Two enabling factors were independently associated with CHC utilization: housing conditions and receiving help from a community center. Homeless IDUs were more likely to consult in CHCs. IDUs who received help from community centers showed a strong tendency to choose CHCs for medical help. The only independently associated needs factor was prior use of preventive health services: those who reported using these services were more likely to seek medical help outside CHCs than those who had not.

As shown by the log-likelihood statistic and the Chi-squared test, the multivariate model improved as enabling and health needs factors were added to predisposing factors.

Discussion

The aim of this study was to identify factors associated with IDUs' use of each of the two main PHCS settings in Quebec. We hypothesized that each facility had its specific clientele, which is illustrated by the different profiles of those showing a preference for each setting.

Our findings showed that IDUs who visited CHCs tended to be younger, major users of non-injection drugs, homeless and impoverished. IDUs who visited medical cabinets were predominantly men, while women mostly sought care in CHCs. Preference was also related to perceived quality of care during previous episodes of health service use. As expected, those with poor perception of CHC were more prone to consult in medical cabinets.

Consulting in CHCs was strongly associated with homelessness and lack of identity cards. CHCs offer social services and are generally well equipped in terms of professional resources to deal with the mental health and social needs of people living outside the mainstream of society. The CHCs located in downtown Montreal address the needs of street people; for example, they offer provisional health insurance cards as one of their services. In fact, CHCs are used mostly by the most disadvantaged IDUs, who also receive help from community centers. The presence of social services in the CHC could explain their attraction for impoverished IDUs. As stated by Pineault and colleagues (1991), physicians in CHCs, in comparison to those in private medical cabi-

nets, are younger, mostly female, and more sensitive to the biopsychosocial nature of health conditions in their clientele. Moreover, the pattern of physician remuneration may impact the way services are given. In medical cabinets, physicians are remunerated on a fee-for-service basis, while physicians in CHCs are salaried, based on a publicly funded budget. In the former type of remuneration, the time allocated to the patient tends to be more rationalized than in the latter.

Despite universal access to health care in Quebec, some socioeconomic barriers may keep IDUs from seeking help in medical cabinets. This fact could be partially explained by possible discrimination against IDUs in medical cabinets, which is likely to occur in the current situation of deficit of PHCS physicians in the city (RRSSS de Montréal-Centre, 1999; Mercier et Beaucage, 1997).

Some medical cabinets specialize in treating HIV patients, and offer some preventive health services in the setting of “Family Medicine Group”, such as vaccination and screening for sexually transmitted diseases (STD) in men who have sex with men. These medical cabinets attract more people involved in illicit drug use than do CHCs, notably, those who have more resources such as stable housing, identity cards and regular jobs. This could explain why IDUs who have previously visited medical cabinets for preventive services report a preference to continue care in the same settings, supporting the statement that preventive health care is a way to bridge the gap between drug injection use and primary health service utilization (McGarry et al., 2002; Sambamoorthi et al., 2000; Booth et al., 1999). The quasi-significant association between

preference for medical cabinets and having a family physician (OR for CHC use: 0.305; CI: 0.073 - 1.281) may be explained by the fact that medical clinics specializing in STDs and HIV infection attract both drug users and men who have sex with men.

This study is subject to some built-in limitations. Because it is cross-sectional in nature, definitive conclusions cannot be drawn about the multiple associations between PHCS utilization and IDU characteristics. Despite the precautions taken to minimize the selection bias associated with our sampling method, the technique used is not probabilistic. Using a single male interviewer reduced measurement variability and duplicate interviews, but may have introduced some unknown measurement biases, despite close supervision of the field work.

Conclusion

These findings increase our understanding of the decision-making process of IDUs who consult for primary health care. The most deprived and socially excluded IDUs prefer CHCs, while those who are more socially integrated prefer medical cabinets. A clear indicator of non-integration is homelessness. Unmet basic needs in health and social services, such as housing problems, drug treatment, preventive care and rehabilitation, could be addressed in the CHC. However, CHCs are limited in the amount of social and health services they can provide, particularly for IDU populations. Furthermore, opening hours in CHCs are not extensive enough to encompass critical periods in an IDU's daily life. Overdoses, traumas from violence and alcohol intoxication

are some examples of IDUs' needs factors that occur mainly in the evening and at night, when the hospital emergency room may be the only available medical service.

IDUs seem to have good potential access to the front-line health care system in Montreal. But for some of them, socio-economic strains inherent to their living conditions, particularly homelessness, seem to preclude their access to medical cabinets, whereas for others, long waiting times or perceived poor quality of care may lead them to reject CHCs. The scarcity of family physicians in Montreal (RRSSS de Montréal-Centre, 1999; Mercier et Beaucage, 1997) and the marginality of IDUs, exemplified by their frequent homelessness and lack of identity cards, could also explain, at least partially, their barriers in accessing medical cabinets and their preference for CHCs.

The findings of this study show that IDU patients select primary health services according to their needs. CHC services could make a difference in the health status of this population if they were more integrated with community services devoted to IDUs. This integration could be achieved by organizing a care manager network within the health service. The positive impact of case management on HIV risk behaviors has been stressed in other studies (McCoy et al., 1992; Booth et al. 1998). A care manager would be a social or medical care professional responsible for ten or twenty IDUs facing multiple and complex problems, to ensure a more tailored follow-up aimed at breaking the vicious circle between social and health issues.

The referral pathway between social workers, care managers and medical profes-

sionals should be addressed to highlight the possible impact of these integrated services in reducing the morbidity of IDUs, decreasing their use of emergency health services and helping them become more socially integrated.

References

Andersen 1995. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav.* 1995;36: 1-10.

Ball, JC, Lange WR, Myers CP, Friedman SR. Reduction in the risk of AIDS through methadone maintenance treatment. *J Health Soc Behav.* 1988;29, 214-226.

Biernacki & Waldord 1981. Snowball Sampling Problems and Techniques of Chain Referral Sampling. *Sociological Methods and Research.* 1981;10:141-63.

Booth RE, Kwiatkowski CF, Weissman G. Health-related service utilization and HIV risk behaviors among HIV infected injection drug users and crack smokers. *Drug and Alcohol Dependence.* 1999;55:69-78.

Colin C. Public health in Quebec at the dawn of the 21st century. *Sante Publique.* 2004 Jun;16(2):185-95.

- Crofts N, Reid G.** Primary Health Care among the street drug-using community in Footscray: a needs analysis. Australia. 2000.
- Finlinson HA, Oliver-Vélez D, Colon HM, Deren S, Robles RR, Beardsley M, Cant JGH, Andia J, Lopez MS.** Syringe acquisition and use of syringe exchange programs by Puerto Rican drug injectors in New York and Puerto Rico: comparisons based on quantitative and qualitative methods. *AIDS and Behavior*. 2000;4:341-51.
- Fiscella K, Franks P, Clancy C.** Skepticism toward medical care and health care utilization. *Med Care*. 1998;36:180-89.
- Hubbard RL, Cavanaugh E, Ginzberg HM.** Role of drug abuse treatment in limiting the spread of AIDS. *Rev Infect Dis*. 1988;10, 377-384.
- Hunter G and Judd A.** Women injecting drug users in London: the extent and nature of their contact with drug and health services. *Drug and Alcohol Review*. 1998;17:267-76.
- Knowlton AR, Hoover DR, Chung S, Celentano DD, Vlahov D, Latkin CA.** Access to medical care and service utilization among injection drug users with HIV/AIDS. *Drug and Alcohol Dependence*. 2001;64:55-62.

- Laine C, Hauck WW, Gourevitch MN, Cohen A, Turner BJ.** Regular outpatient medical and drug abuse care and subsequent hospitalization of persons who use illicit drugs. *J Am Med Assoc.* 2001;285:2355-62.
- McGarry KA, Stein MD, Clarke JG, Friedmann PD.** Utilization of preventive health services by HIV-seronegative injection drug users. *J Addict Dis.* 2002;21:93-102.
- MacDonald D.** Working with drug users: the importance of empathy. *Drugs: education, prevention and policy.* 1994;1:169-74.
- MacGowan RJ, Brackbill RM, Rugg DL, et al.** Sex; drug and HIV counselling and testing: a prospective study of behavior-change among methadone clients in New England. *AIDS.* 1997;11, 229-235.
- McCorkel JA, Burzin CA, Martin SS, Inciardi JA.** Use of health services in a sample of drug-involved offenders: a comparison with national norms. *Am Behav Sci.* 1998;41:1079-89.
- McCoy HV, Dodds A, Rivers JE, McCoy CB,** 1992. Case management services for HIV-seropositive IDUs. In: Ashery, R.S. (Ed.), *Progress and Issues in Case Management.* NIDA Research Monograph 127. US Department of Health and Human

Services, Rockville, MD, pp. 181-208.

Mercier C et Beaucage B. Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale: recension des écrits et état de situation pour le Québec. Comité permanent de lutte à la toxicomanie. 1997.

Novick DM, Haverkos HW, Teller DW. The medically ill substance abuser. In: Lowinson JH, Ruiz P, Mullman RB, Langrod JG, eds. *Substance Abuse*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1997:534-550.

Oliva G, Rienks J, McDermid M. What high-risk women are telling us about access to primary and reproductive health care and HIV prevention services. *AIDS Educ Prev*. 1999;11:513-24.

Pates R. The effects of policy-making on harm reduction: whose problem? *The International Journal of Drug Policy*. 1995;6:39-45.

Pineault R, Maheux B, Lambert J, Beland F, Levesque A. Characteristics of physicians practicing in alternative primary care settings: a Quebec study of local community service center physicians. *Int J Health Serv*. 1991;21(1):49-58.

Rosenblatt RA, Wright GE, Baldwin LM, et al. The effect of the doctor-patient relationship on emergency department use among the elderly. *Am J Public Health*. 2000;90: 97-108.

Roy E, Haley N, Leclerc P, Cédras L, Blais L, Boivin JF. Drug injection among street youths in Montréal: predictors of initiation. *J Urban Health.* 2003;80:92-105.

RRSSS. Organisation des services pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Rapports du Comité d'experts. 1999. RRSSS de Montréal-Centre, Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre.

Sambamoorthi U, Warner LA, Crystal S, Walkup J. Drug abuse, methadone treatment, and health services use among injection drug users with AIDS. *Drug Alcohol Depend.* 2000 Jul 1;60(1):77-89.

Selwyn PA, Budner NS, Wasserman WC, Arno PS. Integrating medical care and drug abuse treatment: utilization of on-site primary care services in HIV-seropositive and -seronegative drug users in a methadone maintenance program. *Public Health Rep.* 1993;108:492-500.

Solomon L, Frank R, Vlahov D, Astemborski J. Utilization of health services in a cohort of intravenous drug users with known HIV-1 serostatus. *Am J Public Health.* 1991;81:1285-90.

Stein AT, Harzheim E, Costa M, Busnello E, Rodrigues LC. The relevance of continuity of care: a solution for the chaos in the emergency services. *Family Practice*, 2002. Vol. 19, No 2, pp207-210.

Stein MD, Anderson B. Injection frequency mediates health service use among persons with a history of drug injection. *Drug and Alcohol Dependence*. 2003;70:159-168.

Sterk CE, Theall KP, Elifson KW. Health care utilization among drug-using and non-drug-using women. *J Urban Health*. 2002;79:587-99.

Whittaker A and Macleod J. Care in the community. In Robertson R (ed). 1998. *Management of Drug Users in the Community*. London: Arnold.

CHAPITRE 8 : DISCUSSION

Cette étude avait pour but de répondre à la question suivante : « Quels sont les facteurs favorisants et les obstacles associés à l'utilisation des services de soins de première ligne et des services d'urgence par les UDIs? » Répondre à ce questionnement consistait en fait à explorer les dimensions sous-jacentes à cette problématique, notamment l'impact des comportements à risque et des conditions socio-économiques des UDIs sur leur état de santé, la vérification de l'hypothèse de l'utilisation préférentielle des urgences comparativement aux services de première ligne, et enfin les caractéristiques et la proportion de ceux qui consultent dans les CLSC parmi les UDIs qui fréquentent habituellement les services de première ligne. En ce qui concerne les UDIs qui avaient choisi les urgences comme lieu de soins lors d'un épisode de maladie, cette étude se proposait d'examiner si ce choix était influencé par des facteurs tels que leur expérience d'utilisation antérieure des services de santé, leurs conditions de marginalité ou par le fait d'avoir suivi dans le passé un traitement quelconque contre l'addiction aux drogues illicites. Une réponse à ces questions allait déboucher sur une meilleure compréhension du profil d'utilisation des services de santé par les UDIs et des déterminants sous-jacents à ce profil. Il serait ainsi plus facile de proposer des voies de solution mieux adaptées à la fois à la réalité des UDIs et aux possibilités organisationnelles des gestionnaires en santé.

Les principales trouvailles de cette étude permettent de répondre à ces questions. La morbidité des UDIs est associée à leurs conditions de vie difficiles, aux facteurs de marginalité et aux comportements à risque qui les caractérisent, ainsi qu'aux affections chroniques dont ils souffrent déjà. En cas d'épisode de maladie aiguë, les

UDIs se dirigent de préférence vers les services d'urgence, ce choix étant principalement influencé par leur perception de la gravité de l'affection en cause. Parmi les UDIs qui consultent habituellement les services de santé de première ligne, ceux qui sont plus intégrés socialement se dirigent vers les cabinets médicaux, alors que les plus démunis s'orientent vers les CLSC.

Le profil de morbidité chez les UDIs constitue le facteur primordial dans la compréhension de leur utilisation des services de santé. Cette morbidité est avant tout expliquée par leur style de vie et leurs caractéristiques sociodémographiques, qui diffèrent de celles de la population générale. C'est le cas notamment du niveau de scolarité. Selon une enquête de Statistique Canada portant sur 22 629 personnes, dont 11 022 hommes et 11 606 femmes (Statistique Canada 1996), 14% des sujets avaient achevé leurs études secondaire (13% des hommes contre 16% des femmes), 25% leurs études collégiales (25% des hommes contre 24% des femmes), et 16% leurs études universitaires (16% des hommes contre 15% des femmes). Chez les UDIs, la situation est inversée: 79% ont arrêté leurs études à la fin du secondaire (80% des hommes versus 80% des femmes), 13% à la fin du collégial (12% des hommes versus 17% des femmes), 4% à la fin de l'université (4% des hommes versus 1% des femmes). Le bas niveau d'éducation chez les UDIs a été décrit dans d'autres études, notamment celle de Mesquita et coll. au Brésil (2001). Dans cette dernière étude, 84% de participants avaient complété moins de 9 ans d'études.

Un parallèle avec la santé perçue dans la population générale est intéressant

pour apprécier l'écart avec les UDIs. En 1996-1997, l'état de santé auto-évalué chez les Canadiens de 12 ans et plus s'établissait de la manière suivante: sur un total de 24 595 000 habitants, 25% estimaient leur santé excellente, 38% l'estimaient très bonne, 27% bonne, 7% moyenne et 2% mauvaise (Statistique Canada, 1998_a). Dans l'ensemble de notre échantillon, 6% estimaient leur santé excellente, 11% très bonne, 62% bonne, 14% médiocre et 4% très mauvaise.

Les analyses sur la morbidité chez les UDIs, telles que développées dans l'article 1, ont permis de constater que 176 participants (26%) ont connu un épisode de maladie aiguë dans les 6 derniers mois avant l'interview. Le genre masculin est négativement associé à la susceptibilité de tomber malade, ce qui va dans le même sens que l'étude de Chitwood et al. (1998). Par contre, comme c'est montré dans d'autres études, la bisexualité (Bruneau et al., 2001; Boulton et al., 1992), les contraintes financières (Strathdee et al., 1998; Palepu et al., 2001), la marginalité (emprisonnement, amendes pour infraction, vol, manque de pièces d'identité) (Sabin et al., 2001), la consommation combinée de cocaïne et d'héroïne (Sanjurjo et al., 2006) et l'échange de seringues usagées (Bruneau et al., 2001; Garfein et al., 1996), sont des facteurs significativement associés au risque de morbidité chez les UDIs.

Tel que montré par plusieurs auteurs sur d'autres populations d'UDIs, les affections chroniques qui ont été le plus souvent rapportés chez les UDIs de notre étude sont la maladie mentale, notamment la dépression (Fischer et al., 2006; Gilvarry 1998; Farrell et al., 1998; Scott et al., 1998; McKey 1998; Regier et al., 1990), les infections à

VIH (Hankins et al., 2002; Bruneau et al., 2001; Estebanez et al., 2000; Strathdee, 1997) et les infections à VHC (Patrick et al., 2001; Patrick et al., 2000; Crofts et al., 2000; Kelsall et al., 1999; Louie et al., 1998; Lamothe et al. 1997).

En accord avec les écrits antérieurs, les facteurs qui favorisent la morbidité par maladies chroniques dans notre échantillon semblent être notamment le partage de matériel d'injection usagé (Garfein et al., 1996), la prostitution (Shedlin & Oliver, 1993), et l'usage de la cocaïne (Berger et al., 1999). Le lien entre l'usage de cocaïne et les maladies chroniques pourrait s'expliquer, au moins partiellement, par le fait que les personnes qui utilisent la cocaïne s'injectent plus fréquemment que les personnes qui utilisent l'héroïne (Leri et al., 2004; Inchaurrega 2003). Dans cette étude, parmi les UDIs qui ont rapporté plusieurs injections par jour, 67% s'injectent exclusivement la cocaïne, alors que 10% s'injectent exclusivement l'héroïne. En faisant des comparaisons à la fois selon la drogue utilisée et la fréquence d'injection, on voit que parmi les 88 UDIs qui s'injectent exclusivement la cocaïne, 61% s'injectent plus d'une fois par jour; parmi les 18 UDIs qui s'injectent exclusivement l'héroïne, 44% s'injectent plus d'une fois par jour. Ce constat pourrait avoir des implications majeures en santé publique dans la mesure où la cocaïne est la drogue la plus consommée à Montréal, contrairement à la situation en Europe où la drogue la plus utilisée est l'héroïne (Lovell AM, 2002; Crofts et al., 2000; ITSS 2003; Roy₂ et al., 2003; Palepu et al., 2001; Lamothe et al., 1993). Quant à l'habitude de partager les seringues, il semble que cette pratique évolue à la baisse. Avant 2001, 27 à 66% des UDIs partageaient leur matériel d'injection (Hien, 2001; Mullen & Barry, 2001; Louie et al., 1996; Hahn et al., 2001; Cassin et al., 1998).

Dans cette étude, seulement 16% rapportent encore cette pratique.

La dépression est associée à un plus grand risque de maladie, mais pas à l'utilisation des services de soins (Crabb & Hunsley, 2006; Cuffel, 1996; Reifler et al., 1996). La dépression elle-même ou un événement traumatisant semble représenter un important incitatif à l'initiation aux drogues injectables (Crofts et al., 1996_a). Mais en même temps, l'usage de la drogue injectable semble aggraver la symptomatologie dépressive et augmenter la prévalence de la dépression (Wisniewski et al., 2006). Dans notre étude, à la question de savoir dans quelle circonstance ils avaient commencé à s'injecter la drogue, 24% des sujets ont rapporté un événement triste. L'échelle de dépression (CES-D) appliquée sur nos participants montre que 68 % ont un score égal ou supérieur à 13, correspondant à la présence de symptômes dépressifs. Une proportion de 28% parmi ces derniers a rapporté un épisode de maladie dans les six derniers mois, versus 12% parmi ceux qui présentaient un score de dépression en dessous de 13. À l'inverse, parmi ceux qui avaient des symptômes dépressifs, seulement 11% ont consulté un service, contre 30% parmi ceux qui étaient exempts de symptômes dépressifs. Chez les UDIs, la dépression serait expliquée en partie par un capital social réduit, ou pourrait se traduire par un nombre étroit de relations (French et al., 2000; Fiscella et al., 1998; Rice et al., 1991). En effet, seulement 19% des participants rapportent une relation excellente avec un membre de leur famille, et seulement 16% reçoivent l'aide de leurs proches quand ils sont dans le besoin.

Des analyses bivariées ont aussi permis d'observer que le type de drogue injec-

tée est différemment associé à la dépression. Dans notre étude, l'héroïne semble positivement associée à la dépression contrairement à la cocaïne qui y est associée négativement. Ce constat corrobore l'étude de Vingoe et coll. (1999), qui avait observé une tendance accrue aux suicides en rapport avec l'overdose d'héroïne. Dans une étude multicentrique canadienne conduite par Fischer et coll. en 2006 sur les utilisateurs de drogues illicites à base d'opioïdes, notamment l'héroïne, une vaste proportion de sujets présentaient des symptômes de dépression (Fischer et al., 2006). Dans une autre étude conduite par Wisniewski et coll. aux États-Unis (2006), une association avait été observée entre un taux élevé de cortisol dans le sang et la dépression. Les participants qui utilisaient des drogues (héroïne; cocaïne et autres), avaient des taux de cortisol plus élevés que ceux qui ne consommaient pas de drogues et présentaient plus de symptômes de dépression. Cette étude ne discrimine pas l'effet propre de l'héroïne et de la cocaïne, mais soutient que l'héroïne déprime la fonction de l'axe hypophyso-hypothalamo-surrénalien, conduisant à une hypocortisolémie, alors que la cocaïne stimule cette fonction, induisant une hypercortisolémie.

Dans notre échantillon, les participants VIH positifs s'injectent la drogue depuis plus longtemps que les participants VIH négatifs, le nombre d'années dans cette pratique étant en moyenne de 14 ans (± 9) chez les premiers, et de 9 ans (± 7) chez les seconds. De même, la fréquence d'injection de drogues est plus élevée chez les patients VIH positifs que dans le reste de l'échantillon: parmi les sujets séropositifs qui s'injectent plus d'une fois par jour, on trouve une proportion de 73% des répondants, alors que parmi les sujets séronégatifs qui s'injectent plus d'une fois par jour, on trouve seu-

lement 41% des sujets.

Contrairement à la population générale, les UDIs, ont plus tendance à consulter dans les services d'urgence que dans les services de première ligne. Les résultats de l'article 2 nous ont permis de constater que, parmi les 150 personnes qui ont consulté un service de soins curatifs dans les 6 derniers mois, 106 personnes (71%) ont consulté exclusivement les services d'urgence. Ceci confirme les écrits antérieurs sur ce sujet (Stein et al., 1993; Stein et al., 2003; Sterk et al., 2002; Knowlton et al., 2001; Laine et al., 2001; Selwyn et al., 1993; Solomon et al., 1991; Rosenstock, 1974a,b; Booth et al., 1999; McGeary, French, 2000; Comerford et al., 1998; Padget, Struening, 1991). Les facteurs indépendamment associés à l'utilisation des urgences sont: la consommation d'alcool (3 consommations par jour ou plus) (Knowlton et al., 2001; Calle et al., 2006), le partage de matériels d'injection, la consommation des drogues non injectables (plusieurs fois par jour) (Calle et al., 2006; Benyamina et al., 2003), le manque de logement (Palepu et al., 1999) et la perception de la gravité de la maladie. Par contre, ceux qui jugent de façon défavorable les services de soins dans les urgences, de même que ceux qui ont bénéficié antérieurement de soins préventifs, ont tendance à consulter dans la première ligne.

Quand un UDI décide de consulter dans un service de première ligne, son choix d'aller vers le CLSC ou les cabinets médicaux est influencé par ses caractéristiques sociodémographiques. Dans l'article 3, les résultats montrent que 149 personnes consultaient habituellement et de manière exclusive les services de soins de première ligne.

Parmi elles, 52 personnes (35%) ont consulté dans un CLSC, alors que 97 personnes (65%) ont consulté un cabinet médical. Les facteurs suivants se sont démontrés indépendamment associés à l'utilisation des CLSC: une fréquence élevée d'injection de drogues (une fois par jour ou plus), le manque de logement et les contraintes financières ou matérielles. Par contre, les facteurs qui favorisent l'utilisation des cabinets médicaux seraient: l'âge avancé, l'appréciation défavorable de la qualité des soins dans les CLSC et l'utilisation antérieure des services préventifs. Les services préventifs offerts dans les cabinets médicaux semblent attirer davantage les UDI que ceux délivrés dans les CLSC. Par contre, les UDI sont attirés vers les CLSC du fait que ces derniers offrent des services sociaux en plus de soins médicaux (Colin, 2004). En effet, les médecins des CLSC sont plus réceptifs à la dimension biopsychosocial des patients (Pineault et al., 1991).

Les facteurs associés à l'utilisation des urgences versus des services de première ligne (tels qu'illustrés dans les tableaux de l'article 2) sont dans l'ensemble différents de ceux associés aux choix entre les services de première ligne, soit les CLSC versus les cabinets médicaux (tels que montrés dans l'article 3). Cependant, ces variables n'ont pas été sélectionnées arbitrairement. Dans ces deux articles, les mêmes variables ont été testées une par une, dans des analyses bivariées. Celles qui ont démontré une association significative avec la variable dépendante ont été introduites dans un modèle final, par la méthode BACKWARD. Les facteurs apparaissant dans les modèles finals sont ceux qui n'ont pas été éliminés par cette dernière technique. Ceci explique pourquoi les variables sont différentes entre le modèle expliquant l'utilisation des urgences

versus la première ligne, et le modèle expliquant l'utilisation des CLSC versus des cabinets médicaux.

Les services de prévention, notamment la vaccination contre la grippe et l'hépatite, le dépistage des maladies infectieuses et des MTS, semblent utilisés par les UDIs dans une proportion acceptable (Crofts et al., 2000). Dans la présente étude, un total de 74% des participants ont rapporté une utilisation antérieure des services préventifs. Cette proportion plus élevée qu'attendue serait expliquée par le rôle important joué par les infirmières et travailleurs sociaux des centres communautaires dans leur service de connexion entre les UDIs et les services de santé primaire. En effet, 28% des participants disent avoir été approchés à cet effet par un employé d'un centre communautaire. Parmi les services de prévention les plus utilisés, le dépistage du VIH vient en tête (87% des sujets), suivis par les programmes de distribution de seringues (71%) et le dépistage de l'hépatite (51%). Ces chiffres nous amènent à croire que les UDIs de Montréal utilisent fréquemment les services de prévention disponibles.

Bref, cette étude a été conduite dans le contexte canadien, où l'accès universel aux services de soins de santé est garanti à toute la population par la *Loi canadienne sur la santé*. Malgré cette porte largement ouverte au système de soins, les UDIs ne semblent pas utiliser les services de santé dans la même proportion que le reste de la population. Une enquête de Statistique Canada (2005) montre que, en 2002, 77% de Canadiens âgés de 12 ans et plus avaient consulté un médecin. En considérant uniquement les personnes âgées de 20 à 64 ans, sur un total de 24 595 000, ceux qui ont

consulté un médecin en 2002 se répartissent de la manière suivante: dans la tranche d'âge de 20 à 34 ans: 4 541 000 (72%); 35-44 ans: 3 992 000 (76%); 45-64 ans: 6 295 000 (80%); soit un total de 14 828 000 personnes (60%). Dans notre échantillon, seulement 22% ont consulté un médecin dans les 6 derniers mois. En considérant les mêmes tranches d'âge, ces derniers se distribuent de la manière suivante: entre 20-34 ans: 58 sur 357 personnes (16%); entre 35-44: 40 sur 142 (28%); et entre 45-64: 37 sur 89 personnes (58%); soit un total de 135 personnes sur 666 (20%). En multipliant cette proportion par deux, pour la rendre comparable à celle de l'étude ci-dessus, où la période d'intérêt était de 12 mois, nous obtenons une proportion de 40% des sujets. Ce taux est à peu près deux fois plus petit que dans la population générale. La principale différence dans le profil d'utilisation des services de soins entre les UDIs et le reste de la population réside dans le fait que, alors que la majorité de la population malade consulte dans un service de première ligne, la majorité des UDIs malades consultent dans un service d'urgence. Ce constat va dans le même sens que l'article de Kerr et coll. (2004), qui soutient qu'une proportion élevée d'UDIs fréquentent les urgences malgré qu'ils utilisent aussi les services de première ligne. Une étude en population conduite à Toronto (Chan & Ovens, 2002) avait abouti à une conclusion identique: les patients qui consultent souvent aux urgences consultent aussi les services de première ligne et sont souvent référés aux spécialistes. Bien que la solution à ce problème interpelle l'organisation des services de première ligne, elle nécessite aussi l'amélioration des conditions sociales des UDIs en même temps qu'une modification de facteurs de risque comportementaux qui contribuent à leur morbidité élevée.

Par contre, les UDIs seraient de grands consommateurs des services spécialisés. Une proportion de 32% des participants, soit 210 personnes, ont rapporté avoir consulté un médecin spécialiste dans les 12 mois avant l'interview: 98 personnes ont visité un psychiatre; 24 personnes un gynécologue; 19 personnes un pneumologue; 16 personnes un dermatologue; 11 personnes un cardiologue; 5 personnes un chirurgien; et 37 personnes d'autres spécialités. À l'échelle du Canada, la proportion de la population qui a eu recours à un service spécialisé était de 11% entre janvier et juin 2005 (Statistique Canada 2006). Les UDIs utilisent donc les services spécialisés plus souvent que la population générale.

Le modèle comportemental d'Andersen s'est démontré très utile dans le déroulement de la présente étude. Ce modèle, conçu en 1969 par Andersen dans le cadre de sa thèse de doctorat, a été par la suite révisé et amélioré dans plusieurs études et adapté à plusieurs groupes de population. Il a surtout été utilisé dans l'étude de l'accès aux services de santé chez les personnes âgées (Al Snih et al., 2006; Sunha 2006; McCusker et al., 2003). Mais il a aussi servi de cadre conceptuel dans des recherches sur l'accès aux soins d'autres types de population, notamment des femmes enceintes (Tamez-Gonzalez et al., 2006), des personnes avec maladies dentaires (Varenne et al., 2006; Dobalian et al., 2003), des personnes souffrant d'incapacités physiques (Pruchno et al., 2004), des personnes à revenu bas (Davidson et al., 2004), des enfants (Thind et al., 2003), etc. Dans tous ces exemples, ce modèle a permis d'organiser les prédicteurs de l'utilisation des services de manière à mettre en évidence l'effet propre aux facteurs sociodémographiques (facteurs prédisposants), aux facteurs structurels et conjoncturels (facteurs faci-

litants) et aux problèmes de santé (besoins). La présente étude constitue une adaptation de ce modèle à la population d'utilisateurs des drogues injectables. Son application a permis de montrer, entre autres, comment l'utilisation des services de santé par les UDIs était déterminée par des facteurs proximaux (maladies chroniques), tout en étant modulée par des facteurs plus distaux comme la marginalité, les contraintes financières et les comportements à risque.

D'un point de vue méthodologique, les enquêtes sur des « populations occultes » sont difficiles à conduire du fait d'un manque de base de données sur les sujets, qui puisse servir comme cadre d'échantillonnage. Et d'une manière générale, la plupart des études faites sur les UDIs souffrent des faiblesses suivantes: un échantillonnage non probabiliste, un modèle transversal, une collecte de données basée sur le questionnaire et un recrutement en milieu hospitalier. Ces faiblesses entraînent une limitation dans la validité des inférences statistiques du fait des biais de rappel, de mémoire, et de désirabilité sociale et du fait de l'incertitude sur la relation temporelle entre les variables indépendantes et dépendantes.

La présente étude ne pouvait échapper à ces limitations et nous l'avons suffisamment souligné dans les discussions des trois articles qui accompagnent cette thèse. Il convient de souligner ici la possibilité de quelques erreurs aléatoires ou systématiques qui pourraient avoir entamé respectivement la précision et la validité de cette étude. Les erreurs systématiques éventuelles seraient notamment les biais de sélection, les biais de confusion, et les biais d'information dus à la difficulté de mesurer certaines

variables, notamment le statut sérologique et la situation socio-économique des participants. La possibilité d'erreur aléatoire pourrait être expliquée par la taille de l'échantillon et la nature transversale de l'étude.

Un devis bien choisi peut contribuer substantiellement à diminuer les erreurs aléatoires dans une étude. Un meilleur devis que celui utilisé dans cette étude aurait-il été mieux indiqué, notamment un devis qualitatif ou prospectif ? Le cadre même d'élaboration de cette étude (doctorat en Santé Publique, option épidémiologie), m'a placé dans la perspective d'un paradigme plutôt quantitatif. Le devis utilisé, soit une étude transversale, semble le plus approprié pour répondre aux objectifs fixés. Un devis longitudinal n'est pas envisageable pour une population aussi instable, où la plupart n'ont pas d'adresse ou changent de logement à très court terme. Les UDIs eux-mêmes (plutôt que les professionnels ou gestionnaires du système de santé) constituent la population de choix à investiguer lorsqu'on veut étudier leur propre utilisation du système de soins. Par contre, cette étude pourrait être complétée en collectant des données auprès des gestionnaires et des intervenants cliniques, plus particulièrement en ce qui concerne les modalités d'intégration des services. La limitation en temps et en budget a été le principal obstacle à cette ambition. Mais cela pourrait faire l'objet d'une étude future.

Néanmoins, certaines précautions ont été prises pour amoindrir les conséquences de ces faiblesses. Pour écarter le biais d'admission dû au recrutement en milieu hospitalier, les sujets de notre enquête ont été abordés sur la rue, dans les parcs publics ou à domicile. Pour minimiser le biais de rappel, la période d'intérêt pour l'utilisation

des services remonte à six mois avant l'interview.

Nos résultats seraient sûrement plus précis si notre échantillonnage avait été probabiliste, si le devis avait été longitudinale et si le statut sérologique quant au VIH et à l'hépatite C avaient été vérifiés par des tests de laboratoire. Ce biais d'information pourrait avoir entraîné une erreur de classification des participants quant à leur statut sérologique. Cependant le but de cette étude n'était pas de déterminer la prévalence des maladies chroniques chez les UDIs, mais de préciser leur profil d'utilisation des services de soins. La magnitude des associations observées entre les comportements à risque et l'état de santé, de même que leur accord avec les connaissances sur les déterminants de la santé des UDIs, indiquent que les données recueillies ont un degré de validité acceptable.

Certaines études ont montré que les enquêtes basées sur le questionnaire pouvaient tout aussi bien présenter une grande validité (Magura et al., 1987; Booth et al., 1996). La validité d'une étude basée sur un questionnaire repose fondamentalement sur la fiabilité des répondants. Dans la présente étude, les biais de mémoire ont été prévenus en éliminant les sujets qui étaient manifestement sous l'effet de la drogue ou ceux dont l'état mental ne pouvait permettre un interrogatoire lucide. De même, une revue des écrits a permis d'observer que la fiabilité des problèmes de santé auto-rapportés chez les UDIs a déjà été testée dans plusieurs études (De Irala et al, 1996; McElrath et al., 1994; Goldstein et al., 1995; Petry, 2001). L'étude de De Irala et coll. (1996), par exemple, conduite dans l'État de Massachussets, sur 246 UDIs, consistait à tester la

concordance entre les déclarations des participants quant à leurs comportements à risque vis-à-vis des infections à VIH et leurs injections de drogues avant et après admission dans un service de traitement contre la toxicomanie. La fiabilité des déclarations sur les comportements à risque, mesurée grâce au coefficient Kappa, était estimée entre 0.72 et 0.91; et celle pour l'injection de drogue entre 0.63 et 0.98. Ces bonnes concordances dans la fiabilité des réponses encouragent la poursuite des études basées sur l'auto-déclaration chez les UDIs. Une étude semblable, conduite antérieurement à Miami par McElrath et coll. (1994), avait plutôt insisté sur la période de recul pour une bonne fiabilité des réponses chez les UDIs. Les auteurs ont constaté que, dans la période de 6 mois avant l'interview, la mémoire des UDIs n'était pas affectée quant au rappel de leurs comportements sexuels à risque et de leurs habitudes d'injection. Les conclusions de toutes ces études conduisent à faire confiance aux UDIs quant aux données recueillies.

En effet, la fiabilité des répondants, et par conséquent la validité interne des résultats, peut se lire à travers la cohérence de certaines variables, notamment la santé perçue en rapport avec le statut sérologique. Parmi les personnes qui ont rapporté une infection à VIH, 24% jugeaient leur santé très mauvaise, 32% médiocre, 34% bonne, 3% très bonne, et 0% excellente. Par contre, parmi ceux qui n'ont pas rapporté une infection à VIH, 2% estimaient leur santé très mauvaise, 12% médiocre, 65% bonne, 12% très bonne et 7% excellente. La même tendance s'observe chez les personnes qui ont rapporté une infection à VHC: 9% appréciaient leur santé comme étant très mauvaise, 35% médiocre, 49% bonne, 4% très bonne et 0% excellente. Par contre, chez ceux

qui n'ont pas déclaré une infection à VHC, 3% cotent leur santé très mauvaise, 8% médiocre, 66% bonne, 13% très bonne, et 8% excellente.

La particularité de la population d'UDIs rend difficile l'estimation de certaines variables, notamment le statut économique. Contrairement à ce qui est observé dans la population générale, le revenu ne constitue pas un bon paramètre pour estimer le statut économique des répondants UDIs. Par exemple un UDI qui pratique la prostitution peut gagner plus de 200\$ par jour, mais tout son gain est recyclé sans bénéfice dans la consommation de la drogue. Par contre le fait d'avoir un permis de conduire (PC), et surtout le fait de mendier ou de chercher l'aide en vivres dans les centres communautaires, reflètent mieux le statut économique des UDIs. Ceux qui possèdent un PC sont généralement dans des meilleures conditions que ceux qui n'en n'ont pas un. Mendier sur la rue témoigne d'une situation économique difficile par rapport à ceux qui ne rapportent pas cette pratique. Bref, les trois variables permis de conduire, mendicité et recherche de l'aide dans les centres communautaires, permettent une meilleure estimation du statut socio-économique que la variable revenu. Ces explications justifient pourquoi ces deux dernières variables ont été combinées pour mesurer les contraintes financières chez les participants de cette étude.

Le fait d'employer un seul interviewer, de sexe masculin, a probablement entraîné un biais de sélection dû au refus éventuel des femmes de répondre au questionnaire. D'autre part, malgré la modique somme de 10\$, certains participants n'auraient été motivés que par l'intention de gagner cette compensation. Il a également été impos-

sible de comparer ceux qui ont reçu la carte de visite de l'interviewer et ne se sont pas présentés chez ce dernier versus ceux qui ont rempli le questionnaire. Un biais de volontarisme peut s'être glissé à ce niveau. Dans tous ces cas, si la relation entre les facteurs d'exposition et la réponse mesurée (utilisation des services de santé) diffère parmi ceux qui ont accepté de participer versus ceux qui ont refusé, un biais de sélection s'introduit, entraînant dans les associations observées une mixture d'effets relevant à la fois des mobiles qui expliquent la participation et des besoins effectifs en soins de santé. Néanmoins, il est peu probable que des tels biais aient eu un impact important dans cette étude, étant donné que la variable réponse, soit l'utilisation des services de santé, n'est pas une variable assez sensible pour amener par elle-même les participants à refuser de s'impliquer dans l'étude.

Par ailleurs, des biais de confusion non contrôlés ont peut-être échappé à notre attention. Cependant, l'utilisation du modèle conceptuel inspiré de Andersen et l'exploitation des variables déjà étudiées dans la littérature sur l'utilisation des services de santé, ont sans doute permis de minimiser ce genre de biais.

En général, la validité externe de cette étude est soutenue par le fait que les résultats obtenus rejoignent ceux des études antérieures conduites sur les UDI de Montréal. En effet, la distribution de notre échantillon est comparable à celle de l'étude de Léry sur la cohorte Saint-Luc à Montréal: 87% d'hommes (versus 84% dans notre échantillon); âge moyen de 39 ans (contre 31 ans); ancienneté dans la drogue : en moyenne 14 ans (contre 10 ans); proportion des sans-emploi : 85% (versus 70%); pro-

portion des sans-logement 26% (versus 20%); la consommation exclusive de cocaïne : 75% (versus 72%); la consommation exclusive d'héroïne : 7% (versus 12%); la consommation combinée de cocaïne et d'héroïne : 18% (versus 16%). Une étude conduite par Bruneau et collègues (2001) sur la même cohorte avait montré une prévalence de VIH de 11%, soit 12% chez les hommes et 7,5% chez les femmes (versus 10% dans notre échantillon, avec 10% chez les hommes et 6% chez les femmes).

La taille de l'échantillon a été calculée à 114 sujets, sans compter ceux qui n'allaient pas consulter dans l'un ou l'autre service dans les six mois avant l'interview. Sur un total de 666 sujets, 133 ont été retenus pour l'étude sur l'utilisation des urgences versus les services de première ligne. Quelques intervalles de confiance dans cette étude sur l'utilisation des urgences sont larges et démontrent un certain manque de puissance qui aurait été compensé par une taille plus grande. La même remarque compte pour le troisième article, sur l'utilisation des CLSC versus les cabinets médicaux, où seulement ceux qui ont rapporté une utilisation habituelle et exclusive de l'un des services de la première ligne ont été impliqués dans les analyses, soit 149 sujets. Dans l'article sur la morbidité chez les UDIs, où tous les sujets ont été considérés dans les calculs, soit 666 participants, le degré de précision dans les estimés est très bon. D'une manière générale, la taille désirée pour l'échantillon a été obtenue, fournissant un degré de précision acceptable dans les estimés.

Deux des points forts de cette étude peuvent être soulignés, notamment la taille relativement grande de l'échantillon, et le recrutement sur la rue. Cette dernière méthode a permis de rejoindre une plus grande diversité d'UDIs, aussi bien ceux qui utilisent

les services de soins, les centres communautaires, les centres de distribution de matériel d'injection, que ceux qui ne fréquentent pas ces services. En outre, l'effet boule de neige a permis d'approcher d'autres UDIs qui ne fréquentent pas la rue, ne vont pas dans les services publics, et demeurent uniquement à la maison. En même temps, cette procédure a permis d'éviter le biais de sélection dû au recrutement en milieu hospitalier pour une étude axée sur l'utilisation des services de santé.

Cette discussion suscite des questionnements sur l'adéquation entre les services offerts actuellement aux UDIs et les déterminants de leur santé. Depuis le début de la pandémie du VIH et la connexion qui a été rapidement établie entre elle et l'injection de drogues, plusieurs programmes de réduction de méfaits ont été implantés. Plus de tolérance de la part du corps policier a été obtenue, des centres de distribution de matériels stériles pour l'injection de drogues ont été ouverts dans toutes les grandes villes de l'Amérique du Nord, et le nombre de sites d'injection supervisée est en croissance continue. Bien que tous ces programmes aient réussi à diminuer les infections reliées aux injections et les épisodes d'overdose, ils ne se sont pas intéressés à améliorer les conditions sociales des UDIs, qui semblent être la source de leur morbidité élevée. Traiter les conséquences d'un problème de santé ne suffit pas à changer la magnitude de ce problème, mais contribue plutôt à entretenir un éternel cercle vicieux. Cette étude nous a permis d'entrevoir quelques pistes de solution.

Les UDIs seraient des grands consommateurs des services sociaux: 70% d'entre eux reçoivent le Bien-Être Social, et 49% recourent à un service social d'aide en nour-

riture et fournitures. Un investissement dans la création d'emplois stables pour les UDIs pourrait constituer une voie vers la solution de ce problème.

La consommation de drogues dans son entourage peut initier ou entretenir l'habitude de prendre la drogue. Parmi les participants, 27% ont un partenaire sexuel qui s'injecte la drogue, 25% ont rapporté une histoire de consommation de drogue dans la famille (chez leurs parents ou dans la fratrie), et 97% ont des amis qui s'injectent la drogue. Encourager les UDIs à entretenir des relations amicales avec des personnes qui ne consomment pas la drogue, notamment en milieu de travail, pourrait constituer un tremplin vers leur intégration sociale.

Une proportion de 48% des sujets rapportent un séjour antérieur en prison. Une proportion comparable a été rapportée dans d'autres études (Rumbold and Fry 1998; Loxley et al., 1995). Bien que la prison soit utile pour protéger la population, des études ont montré qu'elle peut aggraver la délinquance chez les toxicomanes (Ware 1999). Il est connu par ailleurs que les murs des prisons ne sont pas imperméables à la drogue. Une solution profitable à tous pourrait consister à adjoindre un service de désintoxication aux centres pénitenciers, avec des mesures renforcées pour empêcher toute infiltration de drogues chez les détenus, ainsi qu'un programme d'apprentissage d'un métier.

Un service social offrant des logements à prix modique aux UDIs serait également une très bonne initiative pour la réinsertion sociale des UDIs et pour la prévention de violences et infections associées à la vie sur la rue.

La mise sur pied d'un réseau intégré de gestionnaires de cas complexes (intervenants pivot, case managers) serait un projet très efficace pour améliorer les conditions de santé des UDI, grâce à la promotion d'une utilisation plus rationnelle des services de santé, d'une meilleure prévention des maladies et d'une bonne continuité entre les soins médicaux et les services sociaux. Contrairement à la prise en charge des personnes qui souffrent de maladies chroniques comme l'hypertension, le diabète ou le SIDA, pour les toxicomanes il n'existe pas de suivi clinique. Lorsqu'ils sont reçus en milieu de soins, ils sont généralement soignés pour l'épisode morbide qu'ils manifestent, mais pas pour la toxicomanie, à moins qu'ils ne soient référés à un service de désintoxication. Ce manque de continuité et de globalité dans les soins aux UDI va se traduire par des consultations répétitives pour les mêmes genres de problèmes de santé, qui ne sont en fait que l'iceberg des conditions de santé complexes de ces personnes. Ce cercle vicieux ne peut être brisé que si les causes fondamentales de morbidité dans cette clientèle sont abordées en même temps que les soins des épisodes d'affections qu'ils entraînent. Par ailleurs, on ne saurait attendre d'un personnel médical déjà surchargé de s'occuper des problèmes sociaux des UDI. Par contre, l'organisation d'un réseau intégré de gestionnaires de cas complexes, qui travailleraient de concert avec le personnel médical et les centres communautaires, pourrait servir de tremplin entre ces deux systèmes. Contrairement au travailleur social qui est assigné à un centre communautaire spécifique, le gestionnaire de cas complexes trouverait son lieu idéal de travail partout où il peut entrer en contact avec les UDI, et il agirait de manière proactive, allant vers sa clientèle sans attendre qu'elle vienne vers lui, sur la rue, dans les centres

sociaux et dans les cliniques et hôpitaux. Des études faites ailleurs ont montré l'intérêt des gestionnaires des cas dans l'amélioration de l'état de santé des UDI (McCoy et al., 1992; Booth et al. 1999; Knowlton et al., 2001). La création des postes d'agents de liaison et d'intervenants pivot (case managers) est prévue dans le Plan d'Action en Santé Mentale 2005-2010, du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSS 2005). Il est souhaitable que ces mêmes postes viennent combler le vide de gestionnaires de cas complexes chez les UDI.

CONCLUSION

Cette étude nous a permis de jeter une lumière nouvelle sur les facteurs favorisants et les obstacles à l'utilisation des services de soins par les UDIs, et de comprendre que les véritables déterminants de leur sur-utilisation des services d'urgence contre une utilisation sous-optimale des services de première ligne, n'ont pas été jusqu'ici ciblés adéquatement par les programmes d'intervention.

Les UDIs constituent une sous-population problématique, dont les comportements à risque et le mode de vie représentent un défi de taille pour les personnes qui doivent les prendre en charge, notamment les médecins, les travailleurs sociaux, les policiers ainsi que leurs familles. Ce défi social doit cependant être abordé avec courage, détermination et humanisme.

La toxicomanie est un problème de santé publique dont la source est primordiallement sociale. Une intervention de type social s'impose. À cet égard, les travailleurs sociaux pourraient contribuer autant, et peut-être mieux, que les professionnels médicaux à l'amélioration de l'état de santé des UDIs et à leur utilisation plus rationnelle des services de santé.

RÉFÉRENCES

Aceijas C, Stimson GV, Hickman M, Rhodes T. United Nations Reference Group on HIV/AIDS Prevention and Care among IDU in Developing and Transitional Countries. Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. *AIDS* 2004 Nov 19;18(17):2295-303.

Al Snih S, Markides KS, Ray LA, Freeman JL, Ostir GV, Goodwin JS. Predictors of healthcare utilization among older Mexican Americans. *Ethnicity & Disease*. 16(3):640-6, 2006.

Alcabes P, Friedland G. Injection drug use and human immunodeficiency virus infection. *Clin Infect Dis*. 1995;20:1467-79.

Allard R, Turnel B, Venne S, Minzunza S, Lortie MJ. *Portrait des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS), de l'hépatite C, de l'infection à VIH et du SIDA au Québec. Collection Analyses et Surveillance. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Québec. Province du Québec. 2004.*

Aloisi MS, Arici C, Balzano R, Noto P, Piscopo R, Filice G, Menichetti F, d'Armino Monforte A, Ippolito G; Italian Cohort Naive Antiretrovirals Behavioral Epidemiology Study Group. Behavioral correlates of adherence to antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2002 Dec 15;31 Suppl 3:S145-8.

Andersen RM. *Behavioral Model of Families' Use of Health Services. Research Se-*

ries No 25. Chicago, IL: Center for Health Administration Studies, University of Chicago. 1968.

Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior.* 1995;36: 1-10.

Ashery RS, Davis H, Davis WH, Ross RI (1993). Entry into treatment of IDUs based on the association of outreach workers with treatment programs. In B.S. Brown, G.M. Beschner & National AIDS Research Consortium (Eds), *Handbook on the risk of AIDS: IDUs and sexual partners (pp.386-395).* Westport, CT: Greenwood Press.

Baker A, Heather N, Wodak A, Dixon J, Holt P. Evaluation of a cognitive-behavioural intervention for HIV prevention among injecting drug users. *AIDS.* 1993;7(2):247-56.

Ball, JC, Lange WR, Myers CP, Friedman SR, 1988. Reduction in the risk of AIDS through methadone maintenance treatment. *J Health Soc Behav.* 29, 214-226.

Bearman D, Claydon K, Kinchloe J and Lodise C. Breaking the cycle of dependency: dual diagnosis and AFDC families. *Journal of Psychoactive Drugs.* 1997;29:359-66.

Benyamina A, Bouchez J, Rahioui H, Reynaud M. Psychiatric emergencies in drug addiction. *Revue du Praticien*. 53(11):1201-8, 2003 Jun 1.

Berger AR, Schaumburg HH, Gourevitch MN, Freeman K, Herskovitz S, Arezzo JC. Prevalence of peripheral neuropathy in injection drug users. *Neurology*. 1999 Aug 11;53(3):592-7.

Biernacki P, Waldord D. Snowball Sampling Problems and Techniques of Chain Referral Sampling. *Sociological Methods and Research*. 1981;10:141-63.

Bond K, Ospina MB, Blitz S, Afilalo M, Campbell SG, Bullard M, Innes G, Holroyd B, Curry G, Schull M, Rowe BH. Frequency, determinants and impact of overcrowding in emergency departments in Canada: a national survey. *Healthc Q*. 2007;10(4):32-40.

Bloom B, Simpson G, Cohen RA, Parsons PE. *Access to Health Care. Part 2: Working-age Adults*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 1997:1-47. *Vital and Health Statistics - Series 10: Data From the National Health Survey*.

Booth RE, Crowley TC, Zhang Y, 1996. Substance abuse treatment entry, retention, and effectiveness: out-of-treatment opiate injection drug users. *Drug Alcohol Depend*. 42, 11-20.

- Booth RE, Kwiatkowski CF, Weissman G.** Health-related service utilization and HIV risk behaviors among HIV infected injection drug users and crack smokers. *Drug and Alcohol Dependence.* 1999;55:69-78.
- Boulton M, Hart G, Fitzpatrick R.** The sexual behaviour of bisexual men in relation to HIV transmission. *AIDS Care.* 1992;4(2):165-75.
- Bourgeois P.** The moral economies of homeless heroin addicts: confronting ethnography, HIV risk, and everyday violence in San Francisco encampments. *Substance Use and Abuse.* 1998;33:2323-51.
- Bovier PA, Chamot E, Perneger TV.** Brief scales for measurement of functional social support and psychological resources in French-speaking adults. *Revue Sozial- und Präventivmedizin/Social and Preventive Medicine.* Volume 47, Number 5 / novembre 2002.
- Bradley EH, McGraw SA, Curry L, Buckser A, King KL, Kasl SV, Andersen R.** Expanding the Andersen model: the role of psychosocial factors in long-term care use. *Health Serv Res.* 2002;37:1221-42.
- Broadhead WE (1988).** *The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire. Measurement of social support in family medicine patients. Department of Com-*

munity and Family Medicine, Duke University Medical Center, Durham, North Carolina 27710. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?>

Brody SL, Slovis CM, Wrenn KD. Cocaine-related medical problems: consecutive series of 233 patients. *Am J Med.* 1990;88:325-31.

Bruneau J, Lamothe F, Franco E, Lachance N, Desy M, Soto J, Vincelette J. High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: results of a cohort study. *Am J Epidemiol.* 1997 Dec 15;146(12):994-1002.

Bruneau J, Lamothe F, Soto J, Lachance N, Vincelette J, Vassal A, Franco EL. Sex-specific determinants of HIV infection among injection drug users in Montreal. *CMAJ.* 2001;164:767-73.

Bux DA, Iguchi MY, Lidz V, Baxgter RC, Platt JJ (1993). Participation in an outreach-based coupon distribution program for free methadone detoxification. *Hospital and Community Psychiatry,* 44, 1066-72.

Calle PA, Damen J, De Paepe P, Monsieurs KG, Buylaert WA. A survey on alcohol and illicit drug abuse among emergency department patients. *Acta Clinica Belgica.* 61(4):188-95, 2006 Jul-Aug.

Carrière G. Consultation des médecins et des infirmières. Rapport sur la santé. Statistique Canada. Vol. 16, No 4. No au catalogue: 82-003-XIF. Juin 2005.

Carrière G. Utilisation des salles d'urgence. Statistique Canada. Rapport sur la santé. Vol. 16. No 1. No au catalogue: 82-003-XIF. Octobre 2004.

Cassin S, Geoghegan T & Cox G. (1998). Young injectors: a comparative analysis of risk behaviour. *Ir J Med Sci*, 167(4): 234-237.

Chan BT, Ovens HJ. Frequent users of emergency departments. Do they also use family physicians' services? *Can Fam Physician*. 2002 Oct;48:1654-60.

Chicha-Pontbriand, (1990). *Les jeunes des minorités visibles et ethniques et le marché du travail: une situation doublement précaire.* Montréal, Commission des droits de la personne.

Chitwood DD, Comerford M, McCoy CB. Satisfaction with access to Health Care among injection drug users, other drug users, and nonusers. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 2002. 29(2):189-197.

Chitwood DD, McBride DC, Metsch LR, Comerford M, McCoy CB. A comparison of the need for health care and use of health care by injection-drug users, other chronic drug users, and nondrug users. *Am Behav Sci*. 1998;41:1107-22.

Coates RA, Rankin JG, Lamothe F, Arshinoff R, Raboud J, Millson ME, Halliday ML, Bruneau J, Soto J, Vincelette J, et al. Needle sharing behaviour among injection drug users (IDUs) in treatment in Montreal and Toronto, 1988-1989. *Can J Public Health.* 1992;83:38-41.

Colin C. Public health in Quebec at the dawn of the 21st century. *Sante Publique.* 2004 Jun;16(2):185-95.

Comerford M, Chirwood DD, McElrath K, Taylor J. Pregnancy among women with a history of injection drug use. *Drugs And Society.* 1998;13:177-92.

Contandriopoulos AP, Champagne F, Potvin L, Denis JL, Boyle P. *Savoir préparer une recherche, la définir, la structurer, la financer.* In *Les Presses de l'Université de Montréal, Eds.* 1990.

Corneil TA, Kuyper LM, Shoveller J, Hogg RS, Li K, Spittal PM, Schechter MT, Wood E. Unstable housing, associated risk behaviour, and increased risk for HIV infection among injection drug users. *Health Place.* 2006;12(1):79-85.

Cotton P. "Harm reduction" approach may be middle ground. *JAMA.* 1994;271:1641-

Coulton C, Frost AK. Use of social and health services by the elderly. *J Health Soc Behav.* 1982 Dec;23(4):330-9.

Coyle, C. P., & Roberge, J. J. (1992). The psychometric properties of the Center for Epidemiological Studies-Depression scale (CES-D) when used with adults with physical disabilities. *Psychology and Health.* 7,69-81.

Crabb, Rebecca. Hunsley, John. Utilization of mental health care services among older adults with **depression**. *Journal of Clinical Psychology.* 62(3):299-312, 2006 Mar.

Crofts C, Thompson S and Kaldor J. 1999. *Epidemiology of the hepatitis C virus. Technical Report Series No. 3. Communicable Diseases Network Australia and New Zealand. Canberra.*

Crofts N, Reid G. Primary Health Care among the street drug-using community in Footscray: a needs analysis. The Centre For Harm Reduction. Macfarlane Burnet Centre for Medical Research. Melbourne, Australia. 2000.

Crofts N, Thompson S and Wade Hernberger F. Risk behaviours for blood borne viruses in a Victorian Prison. *The Australian and New Zealand Journal of Criminology.* 1996;29:20-8. (b)

Crofts N, Louie R, Rosenthal D, Jolley D. The first hit: circumstances surrounding initiation into injecting. *Addiction*. 91(8):1187-96, 1996 Aug. (a)

Cronquist A, Edwards V, Galea S, Latka M, Vlahov D. Health care utilization among young adult injection drug users in Harlem, New York. *Journal of Substance Abuse*. 2001;13:17-27.

Cuffel BJ. Comorbid substance use disorder: prevalence, patterns of use, and course. *New Directions for Mental Health Services*. 1996; 70:93-106.

Davidson, H., Feldman, P. H., & Crawford, S. (1994). Measuring depressive symptoms in frail elderly. *Journal of Gerontology*. 49, 159-164. Pretorius, 1991.

Davidson PL, Andersen RM, Wyn R, Brown ER. A framework for evaluating safety-net and other community-level factors on access for low-income populations. *Inquiry*. 41(1):21-38, 2004.

De Irala J, Bigelow C, McCusker J, Hindin R, Zheng L. Reliability of self-reported human immunodeficiency virus risk behaviors in a residential drug treatment population. *Am J Epidemiol*, 1996;143(7):725-32.

de Klerk MM, Huijsman R, McDonnell J. The use of technical aids by elderly persons in The Netherlands: an application of the Andersen and Newman model.

Gerontologist. 1997;3:365-73.

DeMatteo D, Major C, Block B, et al. Toronto street youth and HIV/AIDS: prevalence, demographics, and risks. *J Adolesc Health. 1999;25:358-366.*

Dennis ML, Rourke KM, Lucas RL, et al. *Global Appraisal of Individual Needs (GAIN): Resource Manual. Research Triangle Park, NC: Research Triangle Institute; 1995. NIDA Grant No. R01-DA07864.*

De Prithwish, Cox J, Boivin JF, Platt RW, Jolly AM. Rethinking Approaches to Risk Reduction for Injection Drug Users: Differences in Drug Type Affect Risk for HIV and Hepatitis C Virus Infection Through Drug-Injecting Networks. *J Acquir Immune Defic Syndr 2007;46:355-361.*

Des Jarlais, DC, Friedman, SR, 1987. HIV infection among intravenous drug users: epidemiology and risk reduction. *AIDS 1, 67-76.*

Dickinson G. Emergency department overcrowding. *CMAJ, VOL. 140, FEBRUARY 1, 1989.*

Dinwiddie SH, Cottler L, Compton W, Abdallah AB. Psychopathology and HIV risk behaviors among injection drug users in and out of treatment. *Drug Alcohol Depend. 1996;43(1-2):1-11.*

Direction de la protection de la santé publique. *Document d'accompagnement à l'utilisation du dépliant « Chacun son kit, une idée fixe » sur l'injection de drogues à risques réduits. Santé et Services sociaux. Gouvernement du Québec. Septembre 2003.*

Dobalian A. Andersen RM. Stein JA. Hays RD. Cunningham WE. Marcus M. *The impact of HIV on oral health and subsequent use of dental services. Journal of Public Health Dentistry. 63(2):78-85, 2003.*

Doggett, J. (2007). *A new approach to primary care for australia.* Sydney, NSW: Centre for policy development.

Drucker, E. 1986. AIDS and addiction in New York City. *Am. J. Drug Alcohol Abuse* 12, 165-181.

DSP (Direction de la Santé Publique de Montréal-Centre). *Indicateurs de suivi du programme de traitement à la méthadone dans la région de Montréal-Centre. Septembre 2001.*

Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry.* 1980;137:535.

Engstrom, S., Foldevi, M., & Borgquist, L. (2001). Is general practice effective? A systematic literature review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 19 (2001), 131-144.

Estebanez PE, Russell N, Aguilar MD, Béland F, Zunzunegui MV. Women, drugs and HIV/AIDS: results of a multicentre european study. *International Epidemiological Association*. 2000;29:734-43.

Evans L, Townsend M, Stuerzbecher K, et al., 1996. The Portland Hotel: a unique housing perspective. XI International Conference on AIDS. Vancouver, (abstract Th.D. 5074).

Farrel M, Howes S, Taylor C, Lewis G, Jenkins R, Bebbington P et al. Substance misuse and psychiatric co-morbidity: an overview of the OPCS National psychiatric morbidity survey. *Additive Behaviours*. 1998;23:909-18.

Finlinson HA, Oliver-Vélez D, Colon HM, Deren S, Robles RR, Beardsley M, Cant JGH, Andia J, Lopez MS. Syringe acquisition and use of syringe exchange programs by Puerto Rican drug injectors in New York and Puerto Rico: comparisons based on quantitative and qualitative methods. *AIDS and Behavior*. 2000;4:341-51.

Fiscella K, Franks P, Clancy C. Skepticism toward medical care and health care utili-

zation. *Med Care*. 1998;36:180-89.

Fischer B, Cruz MF, Rehm J. Illicit opioid use and its key characteristics: a select overview and evidence from a Canadian multisite cohort of illicit opioid users (OPICAN). *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie*. 51(10):624-34, 2006 Sep.

Fitzgerald J, Hope A, O'Brien M and Dare A. *Needs and Impact: The injecting drug use needs and impact study*. 1999. Melbourne. Victoria Law Enforcement Drug Fund.

French MT, McGeary KA, Chitwood DD, McCoy CB. Chronic illicit drug use, health services utilization and the cost of medical care. *Soc Sci Med*. 2000;50:1703-13.

Friedman GH, Klein RS, 1987. Transmission of the human immunodeficiency virus. *Nwe Engl J Med*. 317, 1125-1135.

Fuhrer, R., & Rouillon, F. (1989). La version française de l'échelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale). Description et traduction de l'échelle d'autoévaluation. *Bvchiatry and Psychobiolow*. 4,163-166.

Garfein RS, Vlahov D, Galai N, Doherty MC, Nelson KE. Viral infections in short-

term injection drug users: the prevalence of the hepatitis C, hepatitis B, human immunodeficiency virus, and human T-lymphotropic viruses. *Am J Public Health*. 1996;86:655-61.

Gilbert GH, Branch LG and Lonhmate J, 1993. Dental Care Use by U.S. Veterans Eligible for VA Care. *Social Science and Medecine* 36:361-70.

Gilvarry E. Psychiatric perspective. In Robertson R (ed). 1998. *Management of Drug Users in the Community*. London: Arnold.

Ginzberg HM, 1988. Intravenous drug use and acquired immune deficiency syndrome. *Public Health Rep.* 99, 206-212.

Goldstein MF, Friedman SR, Neaigus A, Jose B, Ildefonso G, Curtis R. Self-reports of HIV risk behavior by injecting drug users: are they reliable? *Addiction*. 1995 Aug;90(8):1097-104.

Gravel S et Battaglini A. Culture, santé et ethnicité. Vers une santé publique pluraliste. Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre. 2000. P50-51.

Greenberg JB, MacGowan R, Neumann M, Long A, Cheney R, Fernando D, Sterk C, and Wiebel W. Linking injection drug users to medical services: role of street

outreach referrals. *National Association of Social Workers*. 1998;298-309.

Guinan ME, Hardy A, 1987. Epidemiology of AIDS in women in the United States; 1981 through 1985. *J Am Med Assoc*. 257,19-22.

Gunn N; White C; Srinivasan R. Primary Care as Harm Reduction for Injection Drug Users. *JAMA*. 1998;280:1191-5.

Hagan H, McGough JP, Thiede H, Weiss NS, Hopkins S, Alexander ER. Syringe exchange and risk of infection with hepatitis B and C viruses. *Am J Epidemiol*. 1999 Feb 1;149(3):203-13.

Haggerty J, Roberge D, Larouche D, Pineault R, Touati N. Continuité et accessibilité de soins de première ligne au Québec: différences rurales et urbaines dans l'utilisation des urgences hospitalières. GIRU. Présentation au JASP, 1e décembre 2004.

Hahn JA, Page-Shafer K, Lum PJ, Ochoa K & Moss AR. (2001). Hepatitis C virus Infection and Needle Exchange Use Among Young Injection Drug Users in San Francisco. *Hepatology*, 34(1): 180-187.

Hankins C, Alary M, Parent R, Blanchette C & Claessens C. The SurvUDI Working Group. Continuing HIV transmission among injection drug users in Eastern

Central Canada: the SurvUDI Study, 1995 to 2000. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2002;30:514-21.

Hershberger SL, Wood MM, Fisher DG. A cognitive-behavioral intervention to reduce HIV risk behaviors in crack and injection drug users. *AIDS Behav.* 2003;7(3):229-43.

Hien NT. (2001). HIV Prevalence Trends and Risk Behaviors Among Injection Drug Users (IDUs) in Vietnam. Third annual Meeting Report, 2000 Global Research Network Meeting on HIV Prevention in Drug-Using Population, Durban, South Africa (pp.56-63). NIDA.

Horn M. *Drugs and Homelessness: prevalence of alcohol and drug dependence among people experiencing homelessness.* Melbourne: Hanover Welfare Services. 1999.

Howard AA, Arnsten JH, Lo Y, Vlahov D, Rich JD, Schuman P, Stone VE, Smith DK, Schoenbaum EE; HER Study Group. *A prospective study of adherence and viral load in a large multi-center cohort of HIV-infected women.* *AIDS.* 2002 Nov 8;16(16):2175-82.

Hubbard RL, Cavanaugh E, Ginzberg HM, 1988. Role of drug abuse treatment in limiting the spread of AIDS. *Rev Infect Dis.* 10, 377-384.

Hunter G and Judd A. Women injecting drug users in London: the extent and nature of their contact with drug and health services. *Drug and Alcohol Review*. 1998;17:267-76.

Hurkmans I. Therapy won't do any good if you have a toothache. *Jellinek Quarterly*. 1996;3:2-3.

Iguchi MY, Bux DA Jr, Lidz V, French JF, Baxter RC, Platt JJ. Changes in HIV risk behavior among injecting drug users: the impact of 21 versus 90 days of methadone detoxification. *AIDS*. 1996;10(14):1719-28.

Inchaurreaga S. Drug use, harm reduction, and health policies in Argentina: obstacles and new perspectives. *Clinical Infectious Diseases*. 37 Suppl 5:S366-71, 2003 Dec 15.

Ionescu-Ittu R, McCusker J, Ciampi A, Vadeboncoeur AM, Roberge D, Larouche D, Verdon J, Pineault R. Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. *CMAJ*. 2007 Nov 20;177(11):1362-8.

ITSS (Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang). Recueil des présentations de la 18e Rencontre nationale des intervenants en prévention du VIH et des hépatites chez les UDI. Ministère de la Santé et des

Services sociaux du Québec. 2003.

Jain D, Sahgal K, Bhalla P, van Dam CJ, 1994. Prevalence and determinants of ST-D/HIV in an urban migrant population. International Conference on AIDS. August, (abstract PC 0330).

Katz MH, Hsu L, Wong E, Liska S, Anderson L, Janssen RS. Seroprevalence of and risk factors for hepatitis A infection among young homosexual and bisexual men. *J Infect Dis.* 1997;175:1225-9.

Kelsall J, Higgs P, Lam T and Crofts N. 1999. *The Vietnamese Injecting Drug Use and Harm Reduction Study. Melbourne. The Centre for Harm Reduction, Macfarlane Burnet Centre for Medical Research and The Western Region AIDS and Hepatitis Prevention.*

Kerr T, Wood E, Grafstein E, Ishida T, Shannon K, Lai C, Montaner J, Tyndall MW. High rates of primary care and emergency department use among injection drug users in Vancouver. *J Public Health (Oxf).* 2005;27(1):62-6.

Kerr T, Wood E, Grafstein E, Ishida T, Shannon K, Lai C, Montaner J, Tyndall MW. Hospital utilization and costs in a cohort of injection drug users. *CMAJ.* 2001 Aug 21;165(4):415-20.

Kidder DP, Elifson KW, Sterk CE. Health care utilization in female African-American crack cocaine users. *Women & Health*. 2001;34:79-98.

Kiefe CI, Hyman DJ. Do public clinic systems provide health care for the urban poor? A cross-sectional survey. *J Community Health*. 1996;21:61-70.

Kim TW, Kertesz SG, Horton NJ, Tibbetts N, Samet JH. Episodic homelessness and health care utilization in a prospective cohort of HIV-infected persons with alcohol problems. *BMC Health Services Research*. 2006 Feb 27;6:19.

Kipke MD, Unger JB, O'Connor S, Palmer RF, LaFrance SR. Street youth, their peer group affiliation and differences according to residential status, subsistence patterns, and use of services. *Adolescence*. 1997;32:655-69.

Klee H and Reid P. Drugs and homelessness: reducing the risks. *Drugs: Education, prevention and policy*. 1998;5:269-80.

Knowlton AR, Hoover DR, Chung S, Celentano DD, Vlahov D, Latkin CA. Access to medical care and service utilization among injection drug users with HIV/AIDS. *Drug Alcohol Depend*. 2001;64:55-62.

Kollek D. Emergency department overcrowding. *JAMC* 17 SEPT. 2002; 167 (6).

Kral AH, Bluthenthal RN, Lorvick J, Gee L, Bacchetti P, Edlin BR. Sexual transmission of HIV-1 among injection drug users in San Francisco, USA: risk-factor analysis. *Lancet*. 2001;357:1397-401.

Lai S, Chen J, Celentano D, et al. Adoption of injection practices in heroin users in Guangxi Province, China. *J Psychoactive Drugs*. 2000;32:285-92.

Laine C, Hauck WW, Gourevitch MN, Cohen A, Turner BJ. Regular outpatient medical and drug abuse care and subsequent hospitalization of persons who use illicit drugs. *J Am Med Assoc*. 2001;285:2355-62.

Lakon CM, Ennett ST, Norton EC. Mechanisms through which drug, sex partner, and friendship network characteristics relate to risky needle use among high risk youth and young adults. *Social Science & Medicine*. 63(9):2489-99, 2006 Nov.

Lamarche, P. A., Beaulieu, M.-D., Pineault, R., Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., & Haggerty, J. (2003). *Sur la voie du changement: Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé; Ministère de la Santé et du Bien-être du Nouveau-Brunswick; Ministère de la Santé de la Saskatchewan; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; Santé Canada.

Lamothe F, Vincelette J, Bruneau J et al. Prevalence, seroconversion rates and risk

factors for hepatitis B core, hepatitis C and HIV antibodies among intravenous drug users (IDU) of the Saint-Luc cohort. *Canadian Journal of Infectious Diseases*. 1997;8(Suppl. A): 28A.

Lang T, Davido A, Diakite B, Agay E, Viel JF, Flicoteaux B. Using the hospital emergency department as a regular source of care. *European Journal of Epidemiology*. 1997 Feb;13(2):223-8.

Latkin, Carl A. Hua, Wei. Tobin, Karin. Social network correlates of self-reported non-fatal overdose. *Drug & Alcohol Dependence*. 73(1):61-7, 2004 Jan 7.

Leri F, Stewart J, Tremblay A, Bruneau J. Heroin and cocaine co-use in a group of injection drug users in Montreal. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*. 29(1):40-7, 2004 Jan.

Li G, Lau JT, McCarthy ML, Schull MJ, Vermeulen M, Kelen GD. Emergency department utilization in the United States and Ontario, Canada. *Acad Emerg Med*. 2007 Jun;14(6):582-4. Epub 2007 Apr 30.

Lorvick J, Martinez A, Gee L, Kral AH. Sexual and injection risk among women who inject methamphetamine in San Francisco. *J Urban Health*. 2006;83(3):497-505.

Louie R, Krouskos D, Gonzalez M and Crofts N. Vietnamese-speaking injecting drug users in Melbourne: the need for harm reduction programs. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 1998;22:481-4.

Louie R, Rosenthal D & Crofts N. (1996). Injecting and sexual risk-taking among young injecting drug users. *Venereology*, 9(2): 114-118.

Lovell AM. Risking risk: the influence of types of capital and social networks on the injection practices of drug users. *Social Science & Medicine*. 2002;55:803-21.

Loxley W, Carruthers S and Bevan J. *In the same vein: first report of the Australian Study of HIV and Injecting Drug Use (ASHIDU)*. National Centre for Research into the Prevention of Drug Abuse, Curtin University of Technology, Perth. 1995.

MacDonald D. Working with drug users: the importance of empathy. *Drugs: education, prevention and policy*. 1994;1:169-74.

MacGowan RJ, Brackbill RM, Rugg DL, et al. Sex; drug and HIV counselling and testing: a prospective study of behavior-change among methadone clients in New England. *AIDS*. 1997;11, 229-235.

MacKenzie and Chamberlain C. The Policy of Early Intervention. *Parity*. 1998;11:14-15.

- Magura S, Goldsmith DS, Casriel C, Goldstein PJ, Lipton DC, 1987.** The validity of methadone clients' self-reported drug use. *Int J Addict.* 22, 727-749.
- Marlatt GA.** Harm reduction: come as you are. *Addictive Behav.* 1996;21:779-89.
- Martinez TE, Gleghorn A, Marx R, Clements K, Boman M, Katz MH.** Psychosocial histories, social environment, and HIV risk behaviors of injection and noninjection drug using homeless youths. *J Psychoactive Drugs.* 1998;30:1-10.
- Masson CL, Sorensen JL, Phibbs CS, Okin RL.** Predictors of medical service utilization among individuals with co-occurring HIV infection and substance abuse disorders. *AIDS Care.* 2004 Aug;16(6):744-55.
- McCorkel JA, Burzin CA, Martin SS, Inciardi JA.** Use of health services in a sample of drug-involved offenders: a comparison with national norms. *Am Behav Sci.* 1998;41:1079-89.
- McCoy HV, Dodds A, Rivers JE, McCoy CB, 1992.** Case management services for HIV-seropositive IDUs. In: Ashery, R.S. (Ed.), *Progress and Issues in Case Management.* NIDA Research Monograph 127. US Department of Health and Human Services, Rockville, MD, pp. 181-208.

- McCusker J, Karp I, Cardin S, Durand P, Morin J.** Determinants of emergency department visits by older adults: a systematic review. *Academic Emergency Medicine.* 10(12):1362-70, 2003 Dec.
- McElrath K, Chitwood DD, Griffin DK, Comerford M.** The consistency of self-reported HIV risk behavior among injection drug users. *Am J Public Health.* 1994 Dec;84(12):1965-70.
- McGarry KA, Stein MD, Clarke JG, Friedmann PD.** Utilization of preventive health services by HIV-seronegative injection drug users. *J Addict Dis.* 2002;21:93-102.
- McGeary KA, French MT.** Illicit drug use and emergency room utilization. *Health Serv Res.* 2000;35:154-69.
- McKey J.** Dual diagnosis: Joining Forces. *Connexions.* 1998;18:5-9.
- Mechanic D, 1979.** Correlates of Physician Utilization: Why Do Multivariate Studies of Physician Utilization Find Trivial Psychosocial and Organizational Effects? *Journal of Health and Social Behavior,* 20:387-96.
- Mercier C et Beaucage B.** *Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale: recension des écrits et état de situation pour le Québec. Comité permanent de lutte à la*

toxicomanie. 1997.

Mesquita F, Kral A, Reingold A, Bueno R, Trigueiros D, Araujo PJ, Santos Metropolitan Region Collaborative Study Group. Trends of HIV infection among injection drug users in Brazil in the 1990s: the impact of changes in patterns of drug use. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: JAIDS.* 28(3):298-302, 2001 Nov 1.

Metzger DS, Woody GE, McLellan T, et al., 1993. Human immunodeficiency seroconversion among intravenous drug users in- and out-of-treatment: an 18-month prospective follow-up. *J AIDS* 6, 1049-1056.

Minkoff HL, Henderson C, Mendez H, et al. Pregnancy outcomes among mothers infected with HIV and uninfected control subjects. *Am J Obstet Gynecol.* 1990;163: 1598-1604.

Morissette C, Roy E, Parent R, and the SurvUDI Working Group. Temporal trends in HIV incidence and risk behaviours among IDUs in the SurvUDI study 1995-2002. *Can J Infect Dis.* 2004;15(Suppl A):49A).

Moss AR, Vranizan K, Gorter R, Bacchetti P, Watters J, Osmond D, 1994. HIV seroconversion in intravenous drug users in San Francisco; 1985-1990. *AIDS* 8, 223-231.

MSSS - Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). Commission sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair). Gouvernement du Québec.

MSSS - Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). Plan d'Action en Santé Mentale 2005-2010. Gouvernement du Québec.

Mullen L & Barry J. (2001). An analysis of 15-19 year-old first attenders at the Durban Needle Exchange, 1990-97. *Addiction (96): 251-258.*

Neisen JH. Parental substance abuse and divorce as predictors of injection drug use and high risk sexual behaviors known to transmit HIV. *J Psychol Human Sex. 1993;6:29-49.*

Novick DM, Haverkos HW, Teller DW. The medically ill substance abuser. In: Lowinson JH, Ruiz P, Mullman RB, Langrod JG, eds. *Substance Abuse. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1997:534-550.*

Ochnio JJ, Patrick D, Ho M, Talling DN, Dobson SR. Past infection with hepatitis A virus among Vancouver street youth, injection drug users and men who have sex with men: implications for vaccination programs. *Can Med Assoc J. 2001;165:293-7.*

O'Connor PG, Waugh ME, Carroll KM, Rounsaville BJ, Diakogiannis IA, Schottenfeld RS. Primary care-based ambulatory opioid detoxification: the results of a clinical trial. *J Gen Intern Med.* 1995;10(5):255-60.

Oliva G, Rienks J, McDermid M. What high-risk women are telling us about access to primary and reproductive health care and HIV prevention services. *AIDS Educ Prev.* 1999;11:513-24.

Padgett DK, Struening EL. Influence of substance abuse and mental disorders on emergency room use by homeless adults. *Hospital Community Psychiatry.* 1991;42:834-8.

Palepu A, Strathdee SA, Hogg RS, Anis AH, Rae S, Cornelisse PG, Patrick DM, O'Shaughnessy MV, Schechter MT. The social determinants of emergency department and hospital use by injection drug users in Canada. *J Urban Health.* 1999 Dec;76(4):409-18.

Palepu A, Tyndall MW, Leon H, Muller J, O'Shaughnessy MV, Schechter MT, Anis AH. Hospital utilization and costs in a cohort of injection drug users. *Canadian Medical Association Journal.* 2001;165:415-20.

Parson T. Drugs and the Community: New Law Institute Policy. *Law Institute Victo-*

ria. 28 June 1999.

Pates R. The effects of policy-making on harm reduction: whose problem? *The International Journal of Drug Policy*. 1995;6:39-45.

Patrick DM, Buxton JA, Bigham M, Mathias RG. Public health and hepatitis C. *Can J Public Health*. 2000;91 Suppl 1:S18-21, S19-23.

Patrick DM, Tyndall MW, Cornelisse PG et al. Incidence of hepatitis C virus infection among injection drug users during an outbreak of HIV infection. *CMAJ*. 2001;165:889-95.

Petry NM. Reliability of drug users' self-reported HIV risk behaviors using a brief, 11-item scale. *Subst Use Misuse*. 2001;36(12):1731-47.

Phelan JC, Link BG, Diez-Roux A, Kawachi I, Levin B. Fundamental causes of social inequalities in mortality: a test of the theory. *J Health Soc Behav*. 2004;45:265-85.

Pineault R, Maheux B, Lambert J, Beland F, Levesque A. Characteristics of physicians practicing in alternative primary care settings: a Quebec study of local community service center physicians. *Int J Health Serv*. 1991;21(1):49-58.

Poulin, C., Hand, D., Boudreau, B., et al (2005). Gender differences in the association between substance use and elevated depressive symptoms in a general adolescent population. *Addiction*. 2005. 100,525-35.

Pruchno, Rachel A. McMullen, William F. Patterns of service utilization by adults with a developmental disability: type of service makes a difference. *American Journal of Mental Retardation*. 109(5):362-78, 2004 Sep.

Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*. 1977;1(3):385-401.

Rahman MM, Shahidullah M, Shahiduzzaman M, Rashid HA. Quality of health care from patient perspectives. *Bangladesh Med Res Counc Bull*. 2002;28:87-96.

Raymond CA, 1988. Study of IV drug users and AIDS finds differing infection rate, risk behaviors (letter). *J Am Med Assoc*. 260, 3150.

Regier DA, Farnner ME, Rae DS, Lock BZ, Keith SJ et al. Co-morbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) Study. *Journal of American Association*. 1990;264:2511-8.

Reifler DR. Kessler HS. Bernhard EJ. Leon AC. Martin GJ. Impact of screening

for mental health concerns on health service utilization and functional status in primary care patients. *Archives of Internal Medicine*. 156(22):2593-9, 1996 Dec 9-23.

Remis R, Leclerc P. 1999, *Consortium to characterize injection drug users in Canada (Montreal, Toronto and Vancouver). Final Report. Toronto, University of Toronto. 1999.*

Rice DP, Kelman S, Miller L. Estimates of economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness, 1985 and 1988. *Public Health Reports*. 1991;106:281-91.

Rivers JE. Services for substance abusers in a changing health care system. *Am Behav Sci*. 1998;41:1136-56.

Rodríguez MA, Zunzunegui MV, Friedman S. Sharing syringes: a social phenomenon. *European Journal of Public Health*, 1996;6:11-14.

Rondeau KV, Francescutti LH. Emergency department overcrowding: the impact of resource scarcity on physician job satisfaction. *J Healthc Manag*. 2005 Sep-Oct;50(5):327-40; discussion 341-2.

Rosenblatt RA, Wright GE, Baldwin LM, et al. The effect of the doctor-patient relationship on emergency department use among the elderly. *American Journal of*

Public Health. 2000;90: 97–108.

Rosenstock IM, 1974a. Historical origins of the health belief model. Health Ed, Monographs 2, 328-35.

Rosenstock IM, 1974b. The health belief and preventative health behavior. Health Ed. Monographs 2, 354-86.

Roy E, Nonn E, Haley N, Cox J. It is increasingly evident that services designed for IDUs are poorly adapted to their needs with respect to hepatitis C." In: Hepatitis C meanings and preventive strategies among street-involved young injection drug users in Montréal. *International Journal of Drug Policy* 18 (2007) 397–405.

Roy E, Haley N, Leclerc P, Cédras L, Blais L, Boivin JF. Drug injection among street youths in Montréal: predictors of initiation. *J Urban Health. 2003;80:92-105.*

Roy E, Haley N, Leclerc P, et al. Prevalence of HIV infection and risk behaviours among Montreal street youth. *Int J STD AIDS. 2000;11:241-7.*

Roy E, Nonn E, Haley N, Morissette C. Le « partage » des matériels d'injection chez les jeunes usagers de drogues injectables de Montréal. *Drogues, santé et société. Vol. 2, No 1: Réduction des risques et des méfaits. Montréal, 2003.*

RRSSS (Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux) de Montréal-Centre.

Organisation des services pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Rapports du Comité d'experts. 1999.

Rumbold G and Fry C. *Victorian Drug Trends 1997: findings from illicit Drug Reporting System (IDRS). NDARC Technical Report. 1998; No59, Sydney. 42p.*

Sabin KM, Frey RLJ, Horsley R, Greby SM. Characteristics and trends of newly identified HIV infections among incarcerated populations: CDC HIV Voluntary Counseling, **Testing**, and Referral System, 1992-1998. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine.* 2001. Vol. 78, No 2, June 2001.

Sambamoorthi U, Warner LA, Crystal S, Walkup J. Drug abuse, methadone treatment, and health services use among injection drug users with AIDS. *Drug Alcohol Depend.* 2000 Jul 1;60(1):77-89.

Sanjurjo E, Montori E, Nogue S, Sanchez M, Munne P. Cocaine abuse attended in the emergency department: an emerging pathology]. *Medicina Clinica.* 126 (16):616-9, 2006 Apr 29.

Sanmartin C., Houle C., Berthelot JM, White K. Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001. Groupe d'analyse et de mesure de la santé. *Statistique*

Canada. Juin 2002. No au catalogue: 82-575-XIF.

Santé Canada. Réduire les méfaits associés à l'usage de drogues par injection au Canada, 2001.

Scott J, Gilvarry E and Farrel M. Managing anxiety and depression in alcohol and drug dependence. *Additive Behaviours.* 1998;23:919-30.

Selwyn PA, Budner NS, Wasserman WC, Arno PS. Integrating medical care and drug abuse treatment: utilization of on-site primary care services in HIV-seropositive and –seronegative drug users in a methadone maintenance program. *Public Health Rep.* 1993;108:492-500.

Shedlin MG, Oliver D. Prostitution and HIV risk behavior. *Advances in Population.* 1:157-72, 1993.

Schull MJ, Vermeulen M, Slaughter G, Morrison L, Daly P. Emergency department crowding and thrombosis delays in acute myocardial infarction. *Ann Emerg Med.* 2004; 44:577–85.

Sibthorpe B, Fleming D, Tesselaar H, Gould J & Nichols L. The response of IDUs to free treatment on demand: Implications for HIV control. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse.* 1996;22:203-13.

Simard Suzanne . Qualités psychométriques du CES-D auprès d'une population de personnes âgées francophones de la région de Québec. Mémoire de maîtrise. Université Laval, 1997.

Solomon I, Frank R, Vlahov D, Astemborski J. Utilization of health services in a cohort of intravenous drug users with known HIV-1 serostatus. *Am J Public Health.* 1991;81:1285-90.

Solomon L, Stein M, Flynn C, Schuman P, Schoenbaum E, Moore J, Holmberg S, Graham NMH. Health services use by urban women with or at risk for HIV-1 infection: The Epidemiology Research Study (HERS). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology.* 1998;17:253-61.

Spittal PM, Craib KJ, Wood E, Laliberte N, Li K, Tyndall MW, O'Shaughnessy MV, Schechter MT. Risk factors for elevated HIV incidence rates among female injection drug users in Vancouver. *CMAJ.* 2002;166:894-9.

Spittal PM, Hogg RS, Li K, Craib KJ , Recsky M , Johnston C, Montaner JS, Schechter MT, Wood E. Drastic elevations in mortality among female injection drug users in a Canadian setting. *AIDS Care.* 2006;18(2):101-8.

Starfield B, Shi L, and Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems

and Health. *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, No. 3, 2005 (pp. 457–502).

Starfield, B. (1998). Primary care visits and health policy. *Canadian medical association journal*, 159(7), 795-796.

Statistique Canada . Accès aux services de soins de santé au Canada, Janvier à juin 2005; 82-575-XIF. 2006.

Statistique Canada. «Difficultés d'accès aux soins de santé de première ligne au Canada». 2003. *Le Quotidien*, 13 février 2006). Article original: Claudia Sanmartin and Nancy Ross. Experiencing Difficulties Accessing First-Contact Health Services in Canada. *Health Policy*. Vol. 1, No 2, 2006.

Statistique Canada. 1996. Environnement social et économique. Niveau d'instruction selon l'âge et le sexe, population de 15 ans ou plus, Canada, 1996.

Statistique Canada. *Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997.*

Statistique Canada. Enquête sur l'accès aux services de santé. 2001. *Le Quotidien*, 15 juillet 2002.

Statistique Canada. La santé de la population canadienne. Rapport sur la santé. Supplément au volume 15, 2004. No 82.033.SIF.

Statistique Canada. Rapport statistique sur la santé de la population canadienne: Bien-Être, pp238. 1998 (a).

Statistique Canada. Rapport statistique sur la santé de la population canadienne: Maladies et affections. pp299. 1998 (b).

Statistique Canada. Rapport sur la santé, vol.16, No4. No 82-003-XIF au catalogue. 2005.

Stein AT, Harzheim E, Costa M, Busnello E, Rodrigues LC. The relevance of continuity of care: a solution for the chaos in the emergency services. *Family Practice*, 2002. Vol. 19, No 2, pp207-210.

Stein JA, Andersen RM, Koegel P, Gelberg L. Predicting health services utilization among homeless adults: a prospective analysis. *J Health Poor Underserved*. 2000;11:212-30.

Stein MD, Anderson B. Injection frequency mediates health service use among persons with a history of drug injection. *Drug Alcohol Depend*. 2003;70:159-68.

Stein MD, O'Sullivan PS, Ellis P, Perrin H, Wartenberg A. Utilization of medical services by drug abusers in detoxification. *Journal of Substance Abuse*. 1993;5

(2):187-93.

Stein MD, Charuvastra A, Anderson BJ. Social support and zero sharing risk among hazardously drinking injection drug users. *Journal of Substance Abuse Treatment.* 23(3):225-30, 2002 Oct.

Stein MD. Medical complications of intravenous drug use. *J Gen Intern Med* 1990;5:249-57.

Sterk CE, Theall KP, Elifson KW. Health care utilization among drug-using and non-drug-using women. *J Urban Health.* 2002;79:587-99.

Strathdee SA, Palepu A, Cornelisse PGA, Yip B, O'Shaughnessy MV, Montaner JSG, Schechter MT, Hogg RS. Barriers to use of free antiretroviral therapy in injection drug users. *JAMA.* 1998;280:547-9.

Strathdee SA, Patrick DM, Currie SL, et al. Needle exchange is not enough. *AIDS.* 1997;8:437-45.

Strathdee SA, van Ameijden EJC, Mesquita F, Wodak A, Rana S, Vlahov DZ. Can HIV epidemics among injection drug users be prevented? *AIDS.* 1998;12 (suppl A):71-9.

- Sunha C.** Insurance status and health service utilization among newly-arrived older immigrants. *Journal of Immigrant & Minority Health*. 8(2):149-61, 2006 Apr.
- Susser E, Miller M, Valencia E, Colson P, Roche B, Conover S.** Injection drug use and risk of HIV transmission among homeless men with mental illness. *Am J Psychiatry*. 1996;153:794-8.
- Tamez-Gonzalez, Silvia. Valle-Arcos, Rosa Irene. Eibenschutz-Hartman, Catalina. Mendez-Ramirez, Ignacio.** Adjustment of the Andersen's model to the Mexican context: access to prenatal care. *Salud Publica de Mexico*. 48(5):418-29, 2006 Sep-Oct.
- Tjepkema M.** Utilisation du cannabis et d'autres drogues illicite. Rapport su la santé. *Statistique Canada*. Vol. 15, No 4. No au catalogue: 82-003-XPF. Juillet 2004.
- Turner BJ, Nido RM.** Urgency in seeking medical care for specific symptoms: perceptions of physicians and patients. *Journal of General Internal Medicine*. 1988 *May-Jun*;3(3):245-9.
- Varenne B. Petersen PE. Fournet F. Msellati P. Gary J. Ouattara S. Harang M. Salem G.** Illness-related behaviour and utilization of oral health services among adult city-dwellers in Burkina Faso: evidence from a household survey. *BMC Health Services Research*. 6:164, 2006.

- Vermund SH, 1997.** Transmission of HIV-1 among adolescents and adults. In: DeVita, VT., Hellman S, Rosenberg SA (Eds.), *AIDS: Biology, Diagnosis, Treatment and Prevention*, 4th ed., Lippincott-Raven Publishers, New York, pp. 147-165.
- Vingoe L, Welch S, Farrel M and Strang J.** Heroin overdose among a treatment of sample of injecting drug misusers: accident or suicidal behaviour. *Journal of Substance Use.* 1999;4:88-91.
- Von Bargen J, Miller KS, Faruque S, Word C, McCoy CB, Edlin BR, 1998.** HIV infection and risk behaviors among female sex workers: missed opportunities for intervention. XII International Conference on AIDS/III STD World Congress. Geneva, July (abstract 43269).
- Walsh J.** Sex, drugs and refugees. *Parity.* 1998;11:6-7.
- Ware SA.** Editorial: Imprisonment - is this the only way society can deal with vulnerable and excluded people with alcohol and drug problems. *Drugs: education, prevention and policy.* 1999;6:5-6.
- Whittaker A and Macleod J.** Care in the community. In Robertson R (ed). 1998. *Management of Drug Users in the Community.* London: Arnold.

WHO, World Health Organization. Hepatitis C. *Wkly Epidemiol Rec.* 1997;72:65-72.

WHO, World Health Organization. HIV/AIDS: the global epidemic. *Wkly Epidemiol Rec.* 1997;72:17-24.

WHO, World Health Organization. Trends in substance use and associated health problems. *WHO Fact Sheet no.127.* Geneva: WHO;1996.

Wisniewski AB, Brown TT, John M, Cofranceso JJ, Golub ET, Ricketts EP, Wand G, Dobs AS. Cortisol levels and depression in men and women using heroin and cocaine. *Psychoneuroendocrinology* (2006) 31, 250–255.

Wodak A. *Medical complications of drug taking.* In Robertson R (ed). 1998. *Management of Drug Users in the Community.* London: Arnold.

Wolinsky FD and Johnson RJ, 1991. The Use of Health Services by Older Adults. *Journal of Gerontology.* 46:S345-57.

Wood E, Tyndall MW, Spittal PM, Li K, Kerr T, Hogg RS, Montaner JSG, O'Shaughnessy MV, Schechter MT. Unsafe injection practices in a cohorte of injection drug users in Vancouver: Could safer injecting rooms help? *CMAJ.* 2001;165:405-10.

Woodburn KR and Murie JA. Vascular complications of injecting drug misuse. *British Journal of Surgery.* 1996;83:1329-34.

Zunzunegui MV, Rodríguez MA, Sarasqueta C. Drogadicción intravenosa y riesgo de infección por VIH en la ciudad de Madrid. *Gaceta Sanitaria.* 1993; 7:2-11.

ANNEXE 1 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Faculté de médecine
Département de médecine sociale et préventive

Formulaire de consentement

Nous vous invitons à bien lire ce formulaire et à poser des questions avant d'y apposer votre signature.

Titre du projet :

Facteurs favorisant et obstacles à l'utilisation des services de soins de première ligne et des services d'urgence par les utilisateurs de drogues injectables

Noms et coordonnées des chercheur(s) :

Jean-Marie Bamvita

Étudiant au PhD santé publique
2375 Henri-Bourassa Est, #34
H2B 1T4
Tél. : (514) 385-5081

Nimâ Machouf

PhD Santé Publique
Clinique l'Actuel, Montréal
Tél : (514) 524-3642

Maria-Victoria Zunzunegui

Professeur titulaire, PhD,
Département de médecine sociale et préventive
Université de Montréal
C.P. 6128, succursale Centre-Ville
Montréal (Québec)
H3C 3J7
Tél. : (514) 343-6139

Faculté de médecine
Département de médecine sociale et préventive

Description du projet :

Cette étude vise deux buts principaux : 1) décrire la population des utilisateurs de drogues injectables de Montréal; 2) découvrir les facteurs sur lesquels les responsables de l'organisation des services de santé peuvent agir pour promouvoir l'état de santé des utilisateurs des drogues injectables.

Ce projet consiste à interroger les utilisateurs des drogues injectables pour savoir s'ils ont des difficultés pour accéder aux services de santé de première ligne, comme les CLSC, les cabinets des médecins et les cliniques médicales. Il vise aussi à savoir si les utilisateurs des drogues injectables consultent davantage les services d'urgence, comparativement au reste de la population, et pourquoi.

Procédures :

Les intervieweurs contactent les utilisateurs de drogues injectables dans les centres communautaires, les parcs et sur la rue, et les invitent à participer à l'étude. En cas d'acceptation pour participer à l'étude, les intervieweurs administrent le questionnaire à la personne. Le lieu où sera administré le questionnaire est au choix du sujet. L'interviewer devra s'assurer que le lieu choisi répond aux conditions de confidentialité et de sécurité pour tous.

La première partie du questionnaire porte sur les données socio-démographiques (âge, sexe, niveau de scolarité, travail, logement). Ensuite, les questions vont se rapporter à votre utilisation des drogues. Une dernière partie va concerner vos habitudes d'utilisation des services de soins. La fin du questionnaire va se rapporter à des aspects plus personnels, liés notamment aux démêlés avec la justice. Le questionnaire dure environ 30 à 40 minutes.

Ensuite, les réponses collectées seront analysées par une équipe de chercheurs en santé publique.

Les résultats de l'étude seront publiés, diffusés et transmis aux responsables et intervenants compétents dans les trois mois après la validation de l'étude par un jury universitaire, afin qu'un soutien efficace et approprié soit offert à la population concernée, au moins en ce qui a trait aux soins de santé.

Faculté de médecine
Département de médecine sociale et préventive

Avantages et bénéfices :

Vous n'aurez pas de bénéfices directs à participer. Nous espérons qu'en connaissant davantage la situation des utilisateurs de drogues injectables, nous pourrions aider à améliorer leur accès au système de soins et contribuer à la promotion de leur santé.

Sur simple demande, nous vous transmettrons les résultats de cette recherche, une fois l'étude terminée.

Risques et inconvénients :

L'un des inconvénients pour vous c'est la perte de temps consacré à l'entrevue. Le risque principal associé à l'étude consisterait dans la divulgation de votre identité. Nous avons mis en place une série de procédures pour nous assurer que tous les renseignements demeureront anonymes et confidentiels; par exemple :

- Tous les membres de l'équipe d'étude doivent signer une entente de confidentialité pour s'assurer que toute information sur les participants à l'étude demeure strictement confidentielle.
- Des mots de passe seront requis pour utiliser les ordinateurs de l'étude.
- L'accès aux données par chaque membre de l'équipe de l'étude est limité aux tâches nécessaires à leur travail.

Il se peut aussi que l'administration de ce questionnaire provoque une crise émotionnelle chez un sujet sensible. Les enquêteurs de ce projet ont été préalablement formés pour intervenir sur un répondant en détresse, par des conseils et par l'accompagnement du sujet jusqu'à la fin de sa crise. En plus, ils sont équipés d'un téléphone cellulaire. En cas d'urgence, ils prendront directement contact avec des centres d'intervention pour toxicomanes, et prendront soin d'informer les responsables de l'étude. Nous avons conclu des ententes de références avec deux centres principaux : le CLSC des Faubourgs et le CLSC Métro. Sur les heures tardives, le centre de toxicomanie de l'Hôpital St-Luc sera contacté au besoin.

Compensation :

Pour vous dédommager du temps consacré à cette étude, une compensation de \$10.00 vous sera offerte.

Critères d'exclusion :

- 1) Ne pas être un résident régulier de Montréal depuis une année.
- 2) Être âgé de moins de 18 ans.

Faculté de médecine
Département de médecine sociale et préventive

Confidentialité

Toutes les données recueillies par le questionnaire seront strictement confidentielles et ne serviront qu'à des fins de recherche. Nous ne procéderons à aucun enregistrement audio-visuel. Pour garder l'anonymat, votre nom ne sera pas marqué sur votre questionnaire. Le formulaire de consentement que vous allez signer ainsi que le questionnaire que vous allez remplir seront conservés sous clef dans nos bureaux et seront détruits trois ans après la fin de l'étude. Durant cette période, seuls les chercheurs impliqués dans cette étude, de même que les membres du comité d'éthique (CERFM) pourront les consulter pour fins de recherche ou de vérification.

Nous allons recueillir vos initiales et votre date de naissance. Ces renseignements sont utiles pour permettre de retrouver votre questionnaire au cas où vous nous contacteriez ultérieurement pour un complément d'information ou une modification à vos réponses.

Les données nominatives (nom, prénom) seront conservées avec les formulaires de consentement et un numéro de code sera attribué pour assurer la confidentialité. Seul le numéro de code va apparaître sur le questionnaire.

Éventualité d'une suspension de l'étude :

La participation à cette étude peut être interrompue par le chercheur s'il croit que c'est dans l'intérêt du participant ou pour toutes autres raisons.

Liberté de participation et liberté de retrait de l'étude :

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps sans que cela ne vous porte préjudice. Vous pouvez cesser l'entretien à tout moment et vous avez le droit de ne pas répondre à certaines questions.

Personnes-ressources :

Vous pouvez communiquer avec le bureau de l'**ombudsman de l'Université de Montréal au (514) 343-2100** pour obtenir des renseignements éthiques ou faire part d'un incident ou formuler des plaintes ou des commentaires. Si vous avez des questions d'ordre scientifique concernant cette étude, vous pouvez contacter **Maria-Victoria Zunzune-gui**, professeur au Département de médecine sociale et préventive à l'Université de Montréal, au numéro (514) 343-6139.

Faculté de médecine
Département de médecine sociale et préventive

Adhésion au projet et signatures :

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant ce projet de recherche et on y a répondu à ma satisfaction. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour réfléchir et prendre ma décision. Je sais que je pourrai me retirer en tout temps.

Je soussigné(e) accepte de participer à cette étude.

Signature du participant

Date

Je certifie a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement; b) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet et que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Nom du chercheur ou de son représentant

Signature du chercheur ou de son représentant

Date

Informations de type administratif :

- L'original du formulaire sera conservé au bureau de Jean-Marie Bamvita, à la Direction de la Santé Publique de Montréal-Centre, et une copie signée sera remise au participant.
- Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le CERFM le (date) :
- No de référence : CERFM-59-(04)-4#143

- Date de la version du présent formulaire : 04 août 2005.

Faculté de médecine
Département de médecine sociale et préventive

Consent Form

We invite you to read this form and ask any question before signing in.

Project title:

Enabling factors and obstacles to the primary care and emergency services utilization by injection drug users

Researchers' names and address:

Jean-Marie Bamvita

Public Health PhD student
2375 Henri-Bourassa Est, #34
Montréal, H2B 1T4
Tel. : (514) 385-5081

Nimâ Machouf

Public Health PhD
Clinique l'Actuel, Montréal
Tel : (514) 524-3642

Maria-Victoria Zunzunegui

Professor, PhD,
Social and preventive medicine Department
Montreal University
C.P. 6128, succursale Centre-Ville
Montreal (Quebec)
H3C 3J7
Tel. : (514) 343-6139

Faculté de médecine
Département de médecine sociale et préventive

Study description:

This study aims two principal goals: 1) to describe the Montreal population of injection drug users; 2) to discover the factors on which managers in charge for the organization of health services can act to promote the health of injection drug users.

This project consists in questioning the users of injection drugs to identify their difficulties in accessing to primary care services, as CLSC and medical clinics, and to know if injection drug users seek medical care mostly in emergency services, in comparison to the rest of the population, and why.

Methods:

Interviewers get in touch with injection drug users in Community centres, public parks and on the street, and invite them to take part in the study. In the event of acceptance to take part in the study, the interviewers manage the questionnaire with the person. The site of interview will be chosen by the participant himself, as long as this site is comfortable and can ensure acceptable conditions of confidentiality and security.

The first part of the questionnaire will address your socio-demographic status (age, gender, education, job, housing). The questions will further look at the way you use injection drugs. The last part of the interview will focus on the usual utilization of health care services. At the end of the interview, some questions will refer to very intimate aspects, related for instance to trouble with the law. The entire questionnaire may take you 30 to 40 minutes.

Then, a team of researchers in public health will analyse the collected answers.

The results of the study will be published, distributed and transmitted to competent instances within three months after the evaluation of the research by an academic jury, so that an effective and appropriate support could be offered to the target population, mainly as regard to their health care.

Advantages and benefit:

You will not have direct benefit to take part in this study. We hope that by knowing more about the situation of injection drug users, we will be able to help them improve their access to the care system and to contribute to the promotion of their health. On request, we will transmit to you the results of this research, once finished.

Faculté de médecine
Département de médecine sociale et préventive

Risks and disadvantages:

One of the disadvantages for you is the lost of time devoted to the interview. The main risk associated with the study would consist in the disclosure of your identity. We set up a series of procedures to ensure that all the information will remain anonymous and confidential. For example:

- All the members of the study team must sign an agreement of confidentiality to make sure that any information on the participants in the study remains strictly confidential.
- Passwords will be requested to use the research computers.
- The access to the data, for each research team member, will be only limited to the tasks necessary to their work.

Moreover, it may be possible that the administration of this questionnaire causes an emotional crisis in some sensitive subject. The investigators of this project were trained beforehand to intervene on a respondent in distress, by councils and accompaniment until the end of his crisis. Moreover, they are equipped with cellular telephones. In the event of urgency, they will directly get in touch with a health care service specialized in drug-addicted people, and will take care to inform the responsible of the study. We concluded reference agreements with two principal centres: the CLSC des Faubourgs and the CLSC Métro. Over the late hours, the St-Luc Hospital drug-addiction service will be contacted if needed.

Compensation:

To compensate you for the time devoted to this study, a compensation of \$10.00 will be offered to you.

Exclusion criteria:

- 1) Non-regular resident of Montreal since one year.
- 2) People younger than 18 years of age.

Faculté de médecine
Département de médecine sociale et préventive

Confidentiality

All the data collected with the questionnaire will be strictly confidential and will be used only for ends of research. We will not proceed to any audio-visual record. To protect your anonymity, your name will not appear on the questionnaire. Your consent form and your questionnaire will be kept confidentially in our office for a maximum of three years after the end of the study. During this period of time, only the members of the research team and the members of the ethics committee (CERFM) may have access to them for research purpose or verification.

We will ask you the first letters of your first name and last name, and your birth date. This information will permit to find again your questionnaire in case you would like to contact us for a supplement of information or a modification to your answers.

To ensure confidentiality, data on names will appear only on the form consent and will be translated on the questionnaire into a code number.

Possibility of a suspension of the study:

Researcher can stop the participation in this study if he believes that it is in the best interest of the participant or for all other reasons.

Freedom of participation in, and freedom of withdrawal from the study:

Your participation in this study is completely voluntary. You are thus free to accept or to refuse to take part in it and you can withdraw from the study in any time without any prejudice for yourself. You can stop the interview at any time and you have the right not to respond to some questions.

Ombudsman

You can communicate with the ombudsman's office in the University of Montreal, by calling at (514) 343-2100, to obtain ethical information or to announce incident or to formulate complaints or comments. If you have some questions related to scientific aspects of this research, you can call *Maria-Victoria Zunzunegui*, professor at the Department of social and Preventive Medicine, Montreal University, at the telephone number (514) 343-6139.

Faculté de médecine
Département de médecine sociale et préventive

Adhesion to the project and signatures:

I read and understood the contents of this form. I certify that it was verbally explained to me. I had been given occasion to ask every questions about this research project and I have got satisfactory answers. I certify that I had been given necessary time to think about my participation and make my decision. I know I have the right to withdraw at any time.

I agree to take part in this study.

Signature of the participant

Date

I certify that:

- a) I have explained to the signatory the content of this consent form;
- b) I have clearly indicated that I remains constantly free to withdraw from the present project and that I will give to him a signed copy of this form.

Researcher's name or his representative's name

Researcher's signature or his representative's signature

Date

Administrative information:

- The original of this form will be conserved at the Jean-Marie Bamvita's office, at the Direction de la Santé Publique de Montréal-Centre, and a signed copy will be given to the participant.
- This research project and this consent form were approved by the CERFM the (date):
- Reference number: CERFM-59-(04)-4#143

- Date of the present version of the consent form: the 4th of August 2005.

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE

Questionnaire d'enquête sur l'accès aux soins des UDI

1. Aspects démographiques

1.1. Quel âge avez-vous? _____

1.2. Sexe: (1) Homme (0) Femme (2) NSP

1.3. Quelle est votre orientation sexuelle: (1) Homosexuelle
 (2) Hétérosexuelle
 (3) Bisexuelle

1.4. Quel est votre niveau de scolarité? (1) Primaire
 (2) Secondaire
 (3) Collégial
 (4) Universitaire
 Autres: (5) Études professionnelles
 (6) Autre, veuillez préciser: _____

1.5.1. Êtes-vous aux études actuellement? Oui Non

1.5.2. *Si non*, à quel âge avez-vous abandonné les études? _____

2. Aspects sociaux

2.1.1. Habitez-vous régulièrement dans la ville de Montréal? Oui Non

2.1.2. *Si oui*, depuis combien de temps? (0) Moins d'un an
 (1) Plus d'un an

2.2. Avez-vous déjà exercé un emploi stable et légal? Oui Non

2.3.. Identifiez vos sources actuelles de revenu parmi les catégories suivantes:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> (1) Travail à temps plein | <input type="checkbox"/> (8) Prostitution |
| <input type="checkbox"/> (2) Travail à temps partiel | <input type="checkbox"/> (9) Mendicité |
| <input type="checkbox"/> (3) Travail sur appel (journalier) | <input type="checkbox"/> (10) Squeegee |
| <input type="checkbox"/> (4) Travail autonome | <input type="checkbox"/> (11) Vol |
| <input type="checkbox"/> (5) Assurance chômage | <input type="checkbox"/> (12) Vente de drogues |
| <input type="checkbox"/> (6) Bien-être social | <input type="checkbox"/> (13) Autres (veuillez préciser): _____ |
| <input type="checkbox"/> (7) Aide de la famille, du conjoint ou des proches | |

2.4. Quel est votre revenu annuel moyen?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> (1) Moins de 10 000\$ | <input type="checkbox"/> (4) 31 000 à 40 000\$ |
| <input type="checkbox"/> (2) 11 000 à 20 000\$ | <input type="checkbox"/> (5) Plus de 41 000\$ |
| <input type="checkbox"/> (3) 21 000 à 30 000\$ | <input type="checkbox"/> (6) Ne sais pas |

CONFIDENTIEL

Initiales du participants : _____

Date de naissance : _____

2.5. Quel est votre état civil? (1) Célibataire (3) Séparé(e)
 (2) Marié(e) ou en couple (4) Divorcé(e)

2.6. *Si marié ou en couple :*

Est-ce que votre partenaire s'injecte la drogue? Oui Non

2.7.1. Avez-vous des enfants? Oui Non

2.7.2. *Si oui, combien?* _____

2.8.1. Avez-vous des personnes à votre charge (enfants, frères ou sœurs)? Oui Non

2.8.2. *Si oui, combien?* _____

2.9. Avez-vous une adresse fixe où vous pouvez recevoir de la correspondance? Oui Non

2.10. Où avez-vous habité durant les 12 derniers mois? (*possibilité de plusieurs réponses*)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> (1) Chambre louée | <input type="checkbox"/> (6) Logement des amis ou de la famille |
| <input type="checkbox"/> (2) Appartement loué | <input type="checkbox"/> (7) Logement partagé |
| <input type="checkbox"/> (3) Appartement/condo personnel | <input type="checkbox"/> (8) Centre d'hébergement pour sans-abri |
| <input type="checkbox"/> (4) Maison louée | <input type="checkbox"/> (9) Maison abandonnée |
| <input type="checkbox"/> (5) Maison personnelle | <input type="checkbox"/> (10) Sans domicile fixe |

2.11.1. Habitez-vous avec d'autres personnes? Oui Non

2.11.2. *Si oui, Combien?* _____

2.12. Combien de fois prenez-vous votre douche par semaine? _____

2.13. Avez-vous les pièces d'identité suivantes? (1) Carte d'assurance maladie
 (2) Carte d'assurance sociale
 (3) Permis de conduire

2.14.1. Fréquentez-vous un centre communautaire quelconque qui offre un soutien en nourriture, vêtements ou autres formes d'aide? Oui Non

2.14.2. *Si oui, le(s)quel(s)?* _____

2.14.3. Depuis quand? _____ (en mois) _____

2.14.4. Quelle est la fréquence à laquelle vous fréquentez ce centre? _____

Initiales du participants : _____

Date de naissance : _____

2.15. Comment qualifiez-vous vos relations actuelles avec vos parents et frères ou sœurs ?

2.16. À quelle fréquence avez-vous des contacts avec un membre de votre famille (téléphonique ou autre)?

	(3) Excellentes	(2) Bonnes	(1) Mauvaises	(0) Aucune relation	(5) Tous les jours	(4) Au moins 1 fois/sem	(3) Au moins 1 fois/mois	(2) Au moins 1 fois tous les 6 mois	(1) Au moins 1 fois /an	(0) Moins d'1 fois/an
(A) Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
(B) Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
(F1)Frère1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
(F2)Frère2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
(F3)Frère3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
(S1)Sœur1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
(S2)Sœur2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
(S3)Sœur3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

2.17.1. Avez-vous des amis qui **ne s'injectent pas** de drogues? Oui Non

2.17.2. *Si Oui,* Combien en avez-vous? _____

2.17.3. À quelle fréquence avez-vous des contacts avec eux (téléphoniques ou autres)?

- (5) Tous les jours
- (4) Au moins une fois par semaine
- (3) Au moins une fois par mois
- (2) Au moins une fois tous les six mois
- (1) Au moins une fois par an.

2.18.1. Avez-vous des amis qui **s'injectent** la drogue? Oui Non

2.18.2. *Si Oui,* Combien en avez-vous? _____

2.18.3. À quelle fréquence avez-vous des contacts avec eux (téléphoniques ou autres)?

- (1) Tous les jours
- (2) Au moins une fois par semaine
- (3) Au moins une fois par mois
- (4) Au moins une fois tous les six mois
- (5) Au moins une fois par an.

2.19.1. Vos parents/frères/sœurs consomment-ils (ont-ils déjà consommé) de la drogue?

- Oui Non Ne sais pas

2.19.2. *Si oui,* veuillez préciser qui? _____

2.20. Combien d'argent dépensez-vous en moyenne pour votre consommation de drogue?

\$ _____/jour, ou
 \$ _____/semaine, ou
 \$ _____/mois

2.21. *Soutien social**Échelle fonctionnelle de support social de DUKE-UNC.*

Voici une liste de certaines choses que les autres personnes font pour nous, qui pourraient nous être utiles ou nous soutenir. Veuillez lire attentivement chaque déclaration et encercler celle qui se rapproche le plus de votre situation.

		Autant que je voudrais	-	-	-	-	Beaucoup moins que je voudrais
1	Je reçois de la visite des amis et connaissances	5	4	3	2	1	0
2	J'obtiens de l'aide de mes voisins	5	4	3	2	1	0
3	Je reçois de l'aide en argent en cas d'urgence	5	4	3	2	1	0
4	Je reçois des louanges pour un travail bien fait	5	4	3	2	1	0
5	J'ai des personnes qui se sentent concernés par ce qui m'arrive	5	4	3	2	1	0
6	Je jouis de l'amour et de l'affection	5	4	3	2	1	0
7	Je reçois des appels téléphoniques de la part de mes connaissances	5	4	3	2	1	0
8	J'ai la chance de pouvoir parler à quelqu'un des problèmes que je rencontre dans mon travail ou dans mes activités	5	4	3	2	1	0
9	J'ai la chance de pouvoir parler à quelqu'un en qui je crois, à propos de mes problèmes personnels ou familiaux	5	4	3	2	1	0
10	J'ai la chance de pouvoir parler des problèmes d'argent	5	4	3	2	1	0
11	Je reçois des invitations pour sortir et faire des activités avec des gens	5	4	3	2	1	0
12	J'obtiens des conseils utiles sur des problèmes importants de la vie	5	4	3	2	1	0
13	Je reçois de l'aide quand j'ai besoin de transport	5	4	3	2	1	0
14	Je reçois de l'aide quand je suis malade au lit	5	4	3	2	1	0

3. Aspects reliés à la personnalité

3.1. État psychologique actuel

Les impressions suivantes sont ressenties par la plupart des gens. Au cours de la semaine dernière, avez-vous eu « jamais, de temps en temps, assez souvent ou très souvent » les sentiments ou les comportements suivants ?

Durant la semaine dernière (Cochez une réponse pour chaque ligne)

	CES-D	Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
1	Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit	0	1	2	3
2	J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis	0	1	2	3
3	J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais	0	1	2	3
4	Je me suis senti(e) déprimé(e)	0	1	2	3
5	J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort	0	1	2	3
6	J'ai été confiant en l'avenir	0	1	2	3
7	Mon sommeil n'a pas été bon	0	1	2	3
8	J'ai été heureux(se)	0	1	2	3
9	Je me suis senti(e) seul(e)	0	1	2	3
10	J'ai profité de la vie	0	1	2	3
11	J'ai eu des crises de larmes	0	1	2	3
12	J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas	0	1	2	3
13	J'ai manqué d'entrain	0	1	2	3

4. Aspects reliés à la consommation de drogues et d'alcool

4.1.1. Est-ce que vous vous êtes injecté la drogue dans les **6 derniers mois**? Oui Non

4.1.2. *Si oui, en général*, à quelle fréquence vous injectez-vous de la drogue?

- (7) Plus d'une fois/jour
- (6) Au moins une fois/jour
- (5) Au moins une fois/semaine
- (4) Au moins une fois/mois
- (3) Au moins une fois tous les trois mois
- (2) Au moins une fois tous les six mois
- (1) Au moins une fois par an.

4.2. À quel âge avez-vous commencé à vous injecter la drogue? _____ ans

4.3. Qu'est-ce qui vous a conduit à vous injecter la drogue pour la première fois?

- (1) Influence des amis
- (2) Influence du conjoint-e
- (3) Party
- (4) Curiosité
- (5) Événement triste ou déprimant
- (6) Autres (veuillez préciser) _____

4.4. Lesquelles des drogues injectables suivantes utilisez-vous?

- (1) Héroïne
- (2) Crack
- (3) Cocaïne
- (4) Autres (veuillez préciser) _____

4.5.1. Vous arrive-t-il d'utiliser des drogues **non-injectables**? Oui Non

4.5.2. *Si oui*, la (les)quelles? _____

4.5.3. À quelle fréquence?

- (7) Plus d'une fois/jour
- (6) Au moins une fois/jour
- (5) Au moins une fois/semaine
- (4) Au moins une fois/mois
- (3) Au moins une fois tous les trois mois
- (2) Au moins une fois tous les six mois
- (1) Au moins une fois par an.

4.6.1. Avez-vous déjà suivi un traitement quelconque pour votre problème de drogues?

- Oui
- Non

4.6.2. *Si oui*, Quels types de traitement? _____

Initiales du participants : _____

Date de naissance : _____

4.7. Pour ceux qui s'injectent l'héroïne :

4.7.1. Avez-vous déjà essayé d'accéder à un programme de maintenance à la méthadone?

- Oui Non

4.7.2. Si non, Pour quelle raison?

4.7.3. Si oui, Avez-vous rencontrer des obstacles à y accéder? _____

4.7.4. Finalement êtes-vous rentré dans le programme? Oui Non

4.7.5. Si non, Pourquoi vous n'êtes pas rentré? _____

4.7.6. Si oui, Êtes-vous encore dans le programme? Oui Non

4.7.7. Si non, Pourquoi n'êtes-vous plus dans le programme? _____

4.8. Pour ceux qui s'injectent la cocaïne :

4.8.1. êtes-vous déjà rentré dans un programme de désintoxication ? Oui Non

4.8.2. Si oui, Combien de fois ? _____

4.8.3. Quels types de programme ? _____

4.8.4. Êtes-vous actuellement dans un programme de désintoxication ? Oui Non

4.8.5. Si oui, est-ce qu'il s'agit d'une décision personnelle ou vous êtes obligé à suivre ce programme ?

- (0) Décision personnelle
 (1) Obligation

4.8.6. De quel programme s'agit-il ? _____

4.8.7. Depuis quand? _____

4.8.8. Quel type de traitement avez-vous reçu?

- (1) Hospitalisation
 (2) Ambulatoire
 (3) Soutien psychologique
 (4) Autres (veuillez précisez) : _____

Initiales du participants : _____

Date de naissance : _____

4.9. Seringues :4.9.1. Fréquentez-vous un programme de distribution de seringues? Oui Non4.9.2. *Si oui*, Depuis quand ? _____ ans

4.9.3. Quels sont les centres que vous fréquentez pour vous procurer des seringues? _____

4.9.4. À quelle fréquence allez-vous chercher des seringues neuves? _____

4.9.5. Vous arrive-t-il d'échanger votre matériel d'injection (seringue, cuillère)? Oui Non4.9.6. *Si oui*, depuis combien de temps? _____

4.9.7. Avec qui? _____

4.10. Désirez-vous arrêter un jour de fréquenter le milieu de la drogue? Oui Non NSP4.11.1. Consommez-vous de l'alcool? Oui Non4.11.2. *Si oui*, quelle quantité d'alcool consommez-vous? (1) < 1 consommation /semaine
 (2) < 1 consommation/jour
 (3) 1-2 consommations/jour
 (4) 3-5 consommations/jour
 (5) 6-10 consommations/jour
 (6) > 10 consommations/jour

4.11.3. À quel age avez-vous commencé à consommer de l'alcool ? _____ ans

4.11.4. Avez-vous arrêté de consommer l'alcool? Oui Non4.11.5. *Si oui*, À quand remonte la dernière fois que vous avez bu? _____**5. Aspects reliés à l'utilisation des services préventifs**5.1.1. Avez-vous déjà fréquenté un service de santé dans le but de **prévenir** une maladie quelconque (vaccination, dépistage, conseils médicaux, etc.)? Oui Non5.1.2. *Si oui*, dans quel contexte?

- (1) Campagne annoncée par les médias
- (2) Approché par Infirmière/personnel des centres communautaires
- (3) De votre propre initiative
- (4) Autres (veuillez préciser) : _____

5.2. Lesquels des services préventifs suivants avez-vous déjà obtenus:

- (1) Dépistage VIH
- (2) Dépistage MTS
- (3) Vaccin contre l'hépatite
- (4) Vaccin contre la grippe
- (5) Autres (veuillez préciser): _____

Initiales du participants : _____

Date de naissance : _____

5.3. Comment percevez-vous votre état de santé, en général?

- (5) Excellent
- (4) Très bon
- (3) Bon
- (2) Médiocre
- (1) Très mauvais

5.4.1. Est-ce que vous vous percevez à risque pour contracter certaines infections? Oui Non

5.4.2. *Si oui*, Quel est le degré de ce risque? (3) Très élevé
 (2) Moyen
 (1) Négligeable

5.4.3. Quel genre d'infection craignez-vous d'attraper? (1) VIH
 (2) MTS
 (3) Hépatite
 (4) Autres, _____

6. Antécédent d'utilisation des services de soins

6.1. Avez-vous une assurance de santé privée? Oui Non

6.2. Avez-vous un médecin de famille? Oui Non

6.3. Habituellement quand vous avez des problèmes de santé, où consultez-vous?
 (1) Urgence d'un hôpital
 (2) Clinique médicale avec rendez-vous
 (3) Clinique médicale sans rendez-vous
 (4) CLSC
 (5) Autres, préciser: _____

6.4. Avez-vous déjà consulté les services de santé suivants:

(1) Urgence d'un hôpital ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
(2) Clinique médicale avec rendez-vous?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
(3) Clinique médicale sans rendez-vous ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
(4) CLSC ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Initiales du participants : _____

Date de naissance : _____

6.5.1. D'après vos souvenirs des contacts antérieurs avec chacun de ces services, veuillez préciser votre degré d'appréciation des items suivants (*ne pas se référer au dernier épisode de maladie*):

Items		(1) Urgence	(2) Clinique avec Rendez- vous	(3) Clinique sans Rendez- vous	(4) CLSC
(I) Qualité de l'accueil et du service	(a) Excellent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(b) Très bon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(c) Bon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(d) Médiocre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(e) Très mauvaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(II) Compétence du personnel	(a) Excellent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(b) Très bon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(c) Bon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(d) Médiocre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(e) Très mauvaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(III) Efficacité du traitement	(a) Excellent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(b) Très bon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(c) Bon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(d) Médiocre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(e) Très mauvaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(IV) Le temps d'attente	(a) Court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(b) Long	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(c) Très long	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(d) Jamais reçu,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	précisez pourquoi : Veuillez préciser la durée (min ou hrs)				

6.5.2. Si vous avez consulté au service d'urgence, y avez-vous été amené(e) par ambulance ?

Oui Non

6.6.1. Lors d'une de vos consultations dans un de ces services avez-vous déjà senti qu'on vous offrait un accueil ou un service **différent** de celui offert à d'autres patients?

Oui Non

6.6.2. Si oui, veuillez préciser : _____

Initiales du participants : _____

Date de naissance : _____

6.7.1. Lors d'une de vos consultations dans un de ces services avez-vous déjà été victime de violence physique ou verbale de la part du **personnel** ou des autres **utilisateurs** des services?

Oui Non

6.7.2. *Si oui*, veuillez préciser : _____

6.8. Durant les **12 derniers mois** avez-vous consulté un des médecins suivants:

(1) Médecin de famille	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, combien de fois? _____
(2) Chirurgien	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, combien de fois? _____
(3) Gynécologue	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, combien de fois? _____
(4) Psychiatre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, combien de fois? _____
(5) Cardiologue	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, combien de fois? _____
(6) Pneumologue	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, combien de fois? _____
(7) Dermatologue	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, combien de fois? _____
(8) Autres	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, combien de fois? _____

6.9.1. (*Pour les femmes* : Utilisez-vous des moyens contraceptifs ? Oui Non

6.9.2. *Si oui*, le (les)quels? _____

6.10. Prenez-vous des médicaments ? Oui Non

6.11.1. Êtes-vous atteint d'une maladie/infection chronique ? Oui Non

6.11.2. *Si oui*, la(les) quelle? _____

7. Aspects reliés au besoin de santé

7.1. Avez-vous été malade durant les 6 derniers mois ? Oui Non

Si NON, allez à la section 10.

7.2. Quel était votre problème de santé? (*si la personne a eu plusieurs épisode de maladies durant les 6 derniers mois, nous allons lui poser des questions sur le dernier épisode*) _____

7.3. Comment évaluez vous la gravité de votre problème ? (0) Pas grave
 (1) Grave
 (2) Très grave

7.4. Est-ce que votre maladie (ou problème de santé) vous a nui dans votre travail quotidien ou vos activités quotidiennes ?

(0) Pas du tout
 (1) Un peu
 (2) Beaucoup

8. Aspects reliés à l'utilisation des services de soins lors du dernier épisode de maladie (au cours des 6 derniers mois).

8.1.1. La dernière fois que vous étiez malade, au cours des 6 derniers mois, avez-vous consulté un service de soins ? Oui Non

8.1.2. *Si oui*, le (les)quels ?

- (1) Urgence d'un hôpital
- (2) Clinique médicale avec rendez-vous
- (3) Clinique médicale sans rendez-vous
- (4) CLSC
- (5) Autres, précisez: _____

8.1.3. Pouvez-vous décrire brièvement les raisons qui vous ont amené à consulter ces services?

8.1.4. Combien de temps avez-vous attendu avant de consulter? _____

8.1.5. Avez-vous consulté :

- (0) Seul
- (1) Avec un(e) ami(e)
- (2) Avec un intervenant social/communautaire
- (3) Autre, précisez _____

8.1.6. *Si non*, Vous n'avez pas consulté malgré le fait que vous vous sentiez malade, pouvez vous me dire pourquoi ?



Puis allez à
la section
10

- (1) Habitude
- (2) Maladie bénigne ou passagère
- (3) Heures d'ouverture ne conviennent pas
- (4) Distance
- (5) Répression policière
- (6) Pas de moyen de transport
- (7) Pas de carte d'assurance maladie
- (8) Autres, précisez _____

9. Satisfaction à l'égard des services de soins utilisés lors du dernier épisode de maladie (au cours des 6 derniers mois).

9.1.1. Lors de cette consultation avez-vous senti qu'on vous offrait un accueil ou un service **différent** de celui offert à d'autres patients?

- Oui Non

CONFIDENTIEL

Initiales du participants : _____

Date de naissance : _____

9.1.2. Si oui, veuillez préciser : _____

9.2.1. Lors de cette consultation avez-vous été victime de violence physique ou verbale de la part du **personnel** ou des autres **utilisateurs** des services?

Oui Non

9.2.2. Si oui, veuillez préciser : _____

9.3.1. Nous voulons connaître votre degré de satisfaction à l'égard des services que vous avez utilisé lors de ce dernier épisode de maladie. Pouvez-vous me préciser votre degré d'appréciation des items suivants ?

		Type de ressource		
		#1	#2	#3
		_____	_____	_____
		_____	_____	_____
(I) Qualité de l'accueil et du service	(a) Excellent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(b) Très bon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(c) Bon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(d) Médiocre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(e) Très mauvaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(II) Compétence du personnel	(a) Excellent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(b) Très bon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(c) Bon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(d) Médiocre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(e) Très mauvaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(III) Efficacité du traitement	(a) Excellent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(b) Très bon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(c) Bon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(d) Médiocre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(e) Très mauvaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(IV) Le temps d'attente	(a) Court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(b) Long	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(c) Très long	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(d) Jamais reçu,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
précisez pourquoi :				
Veuillez préciser la durée (min ou hrs)				

CONFIDENTIEL

Initiales du participants : _____

Date de naissance : _____

(4) à domicile

(5) ailleurs (veuillez préciser) : _____

Lieu de l'interview : _____

Date : _____

Entrevue réalisée par : _____

Questionnaire on injection drug users access to the health care system

1. Demographic aspects

1.1. How old are you? _____

1.2. Gender: (1) Male (0) Female (2) Unknown

1.3. What is your sexual orientation:
 (1) Homosexual
 (2) Heterosexual
 (3) Bisexual

1.4. Which level of education have you achieved?
 (1) Primary
 (2) Secondary
 (3) Collegial
 (4) University
 Other: (5) Professional school
 (6) Any other, please specify: _____

1.5.1. Are you intending school currently? Yes No

1.5.2. If *No*, at which age did you gave up schooling? _____

2. Social aspects

2.1.1. Do you live regularly in Montreal city? Yes No

2.1.2. If *Yes*, how long have you been living in Montreal city?

(0) Less than one year (1) More than one year

2.2. Have you never exerted a stable and legal employment? Yes No

2.3. Please identify your current income sources within the following categories:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> (1) Full time job | <input type="checkbox"/> (8) Prostitution |
| <input type="checkbox"/> (2) Part time job | <input type="checkbox"/> (9) Begging |
| <input type="checkbox"/> (3) Job on call (daily job) | <input type="checkbox"/> (10) Squeegee |
| <input type="checkbox"/> (4) Independent job | <input type="checkbox"/> (11) Thief |
| <input type="checkbox"/> (5) Job insurance | <input type="checkbox"/> (12) Selling illegal drugs |
| <input type="checkbox"/> (6) Social welfare | <input type="checkbox"/> (13) Other (please precise): _____ |
| <input type="checkbox"/> (7) Help from your family members, your partner or friends | |

CONFIDENTIAL

Participant initials : _____

Date of birth : _____

2.4. Which is your average annual income?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> (1) Less than \$10 000 | <input type="checkbox"/> (4) \$31 000 to \$40 000 |
| <input type="checkbox"/> (2) \$11 000 to \$20 000 | <input type="checkbox"/> (5) More than \$41 000 |
| <input type="checkbox"/> (3) \$21 000 to \$30 000 | <input type="checkbox"/> (6) Do not know |

2.5. Which is your marital status? (1) Single (3) Separated
 (2) Married or in couple (4) Divorced

2.6. If *married or in couple* :

Do your partner use injection drugs? Yes No

2.7.1. Do you have kids? Yes No

2.7.2. If *Yes*, how much? _____

2.8.1. Do you have people to sustain (kids, brothers or sisters)? Yes No

2.8.2. If *Yes*, how much? _____

2.9. You have a fixed address where you can receive correspondence? Yes No

2.10. Where did you live during the last 12 months ? (*multiple responses are possible*)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> (1) Rented studio | <input type="checkbox"/> (6) Friends' or family's house |
| <input type="checkbox"/> (2) Rented apartment | <input type="checkbox"/> (7) Shared renting |
| <input type="checkbox"/> (3) Personal apartment/condo | <input type="checkbox"/> (8) Lodging house for homeless person |
| <input type="checkbox"/> (4) Rented house | <input type="checkbox"/> (9) Abandoned house |
| <input type="checkbox"/> (5) Personal house | <input type="checkbox"/> (10) No fixed residence |

2.11.1. Do you live with other people? Yes No

2.11.2. If *Yes*, How much? _____

2.12. How much time do you take your shower per week? _____

2.13. Do you have the following identity papers? (1) Health insurance card
 (2) Social Security card
 (3) Driving permit

2.14.1. Do you attend an unspecified Community center which offers a support in food, clothing or other forms of assistance? Yes No

2.14.2. If *Yes*, Which one? _____

2.14.3. How long? _____ (in months) _____

2.14.4. Which is the frequency to which you attend this center? _____

CONFIDENTIAL

Participant initials : _____

Date of birth : _____

2.15. How do you qualify you current relations with your parents, brothers and sisters?

2.16. At which frequency do you get in touch with you family members (by telephone or other means)

	(3) Excellent	(2) Good	(1) Bad	(0) No relation	(5) Every day	(4) At least once a week	(3) At least once a month	(2) At least once every 6 months	(1) At least once a year	(0) Less than once a year
(A) Father	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
(B) Mother	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
(F1) Bother1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
(F2) Brother2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
(F3) Brothe3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
(S1) Sister1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
(S2) Sister2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
(S3) Sister3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

2.17.1. Do you have friends who do not use injection drugs? Yes No

2.17.2.If Yes, How many? _____

2.17.3. At which frequency do you get in touch with them (by telephone or other mean)?

- (5) Every day
- (4) At least once a week
- (3) At least once a month
- (2) At least once every six month
- (1) At least once a year.

2.18.1. Do you have friends who use injection drugs? Yes No

2.18.2.If Yes, How many? _____

2.18.3. At which frequency do you get in touch with them (by telephone or other mean)?

- (1) Every day
- (2) At least once a week
- (3) At least once a month
- (4) At least once every six month
- (5) At least once a year.

2.19.1. Do your parents/brothers/sisters use (or have already used) drugs?

- Yes No Do not know

2.19.2. If Yes, please precise who? _____

2.20. How much money do you spend on average to buy drugs?

\$ _____ /day, or
 \$ _____ /week, or
 \$ _____ /month.



Participant initials : _____

Date of birth : _____

2.21. Social support

(Duke-UNC Functional social questionnaire)

Here is a list of some things that other people do for us or give us that may be helpful or supportive. Please read each statement carefully and circle the number that is closest to your situation.

		As much as I would like	-	-	-	-	Much less than I would like
1	Visits with friends and relatives	5	4	3	2	1	0
2	Help around the house	5	4	3	2	1	0
3	Help with money in an emergency	5	4	3	2	1	0
4	Praise for a good job	5	4	3	2	1	0
5	People who care what happens to me	5	4	3	2	1	0
6	Love and affection	5	4	3	2	1	0
7	Telephone calls from people I know	5	4	3	2	1	0
8	Chances to talk to someone about problems at work or with my housework	5	4	3	2	1	0
9	Chances to talk to someone I trust about my personal and family problems	5	4	3	2	1	0
10	Chances to talk about money matters	5	4	3	2	1	0
11	Invitations to go out and do things with other people	5	4	3	2	1	0
12	Useful advice about important things in life	5	4	3	2	1	0
13	Help when I need transportation	5	4	3	2	1	0
14	Help when I'm sick in bed	5	4	3	2	1	0

3. Aspects related to personality

3.1. Current psychological state

The next set of statements describe feelings or behaviors. For each one, please tell me how often you felt or behaved this way during the past week. (Please circle just one response for each statement).

	CES-D	Never	Rarely	Frequently	Very frequently
1	I did not feel like eating; my appetite was poor	0	1	2	3
2	I felt that I could not shake off the blues even with help from my family or friends	0	1	2	3
3	I had trouble keeping my mind on what I was doing	0	1	2	3
4	I felt depressed	0	1	2	3
5	I felt that everything I did was an effort	0	1	2	3
6	I felt hopeful about the future	0	1	2	3
7	My sleep was restless	0	1	2	3
8	I was happy	0	1	2	3
9	I felt lonely	0	1	2	3
10	I enjoyed life	0	1	2	3
11	I had crying spells	0	1	2	3
12	I felt that people dislike me	0	1	2	3
13	I could not get "going"	0	1	2	3

Participant initials : _____

Date of birth : _____

4. Aspects related to drug and alcohol consumption

4.1.1. Did you use injection drugs in the last 6 months? Yes No

4.1.2. If Yes, in general, at which frequency do you use injection drugs?

- (7) More than once a day
- (6) At least once a day
- (5) At least once a week
- (4) At least once a month
- (3) At least once every three months
- (2) At least once every six months
- (1) At least once a year.

4.2. How old were you when you first started using injection drugs? _____ years old

4.3. What led you to use injection drugs for the first time?

- (1) Friends' influence
- (2) Partner's influence
- (3) Party
- (4) Curiosity
- (5) Sand or depressant event
- (6) Others (Please specify) _____

4.4. Which one among the listed drugs do you use?

- (1) Heroine
- (2) Crack
- (3) Cocaine
- (4) Others (Please specify) _____

4.5.1. Do you happen to use non injection drugs? Yes No

4.5.2. If Yes, which one? _____

4.5.3. At which frequency?

- (7) More than once a day
- (6) At least once a day
- (5) At least once a week
- (4) At least once a month
- (3) At least once every three months
- (2) At least once every six months
- (1) At least once a year.

4.6.1. Did you ever received any treatment for your drug addiction?

- Yes
- No

4.6.2. If Yes, Which kind of treatment? _____

Participant initials : _____

Date of birth : _____

4.7. For those who inject themselves heroine :

4.7.1. Have you ever tried to access to a methadone maintenance program?

- Yes No

4.7.2. If *No*, Why? _____

4.7.3. If *Yes*, Have encountered some obstacles to access to these program? _____

4.7.4. Finally did you get access to this program? Yes No

4.7.5. If *No*, Why? _____

4.7.6. If *Yes*, Are you still attending this program? Yes No

4.7.7. If *No*, Why? _____

4.8. For those who inject themselves cocaine :

4.8.1. Have you ever get access to a detoxification program? Yes No

4.8.2. If *Yes*, How many time and how long ? _____

4.8.3. Which kind of program was it ? _____

4.8.4. Are you still now in a detoxification program? Yes No

4.8.5. If *Yes*, is this a personal decision or are you obliged to attend this program?

- (0) Personal decision
 (1) Obligation

4.8.6. How long have you been attending this program? _____

4.8.8. Which kind of treatment did you receive?

- (1) Hospitalization
 (2) Out-patient treatment
 (3) Psychotherapy
 (4) Others (please specify) : _____

Participant initials : _____

Date of birth : _____

4.9. Syringes :

4.9.1. Do you attend a syringe exchange program? Yes No

4.9.2. If Yes, How long? _____ years

4.9.3. Which centers do you attend to get new syringes? _____

4.9.4. At which frequency do you seek for new syringes? _____

4.9.5. Does it sometimes happen to you to exchange your injection equipment (syringe, spoon)?

Yes No

4.9.6. If Yes, How long? _____

4.9.7. With who? _____

4.10. Do you intend to quit drug injection? Yes No Don't know

4.11.1. Do you drink alcohol beverages? Yes No

4.11.2. If Yes, How much ? (1) < 1 drink /week
 (2) < 1 drink/day
 (3) 1-2 drinks / day
 (4) 3-5 drinks / day
 (5) 6-10 drinks / day
 (6) > 10 drinks / day

4.11.3. How old were you when you drunk your first alcohol beverage? _____ y.o.

4.11.4. Have you quit alcohol drinking? Yes No

4.11.5. If Yes, How long ago did you drink your last cup? _____

5. Aspects related to preventive service utilization

5.1.1. Have you ever attend a health care service to **prevent any disease** (vaccination, medical check-up, medical counseling, etc.)? Yes No

5.1.2. If Yes, In which context?

- (1) Vaccination campaign promoted by medias
- (2) Approached by a nurse or a community health worker
- (3) By your own initiative
- (4) Others (please specify) : _____

5.2. Which of the following preventive services have you already attended:

- (1) HIV check-up
- (2) STD check-up
- (3) Hepatitis vaccination
- (4) Influenzae vaccination
- (5) Others (please specify): _____

Participant initials : _____

Date of birth : _____

5.3. How do you appreciate your health status, broadly speaking?

- (5) Excellent
- (4) Very fine
- (3) Fine
- (2) Bad
- (1) Very bad

5.4.1. Do you perceive yourself as being at risk to contract certain infections? Yes No

5.4.2. If Yes, What is the degree of this risk? (3) Very high
 (2) Moderate
 (1) Mild

5.4.3. Which kind of infection are you afraid of? (1) HIV
 (2) STD
 (3) Hepatitis
 (4) Others, _____
 (5) None

6. Past utilization of health care services

6.1. Have you got a private health insurance? Yes No

6.2. Have you got a family physician? Yes No

6.3. Usually when you feel sick, where do you seek care ?
 (1) Emergency service
 (2) Medical clinic on appointment
 (3) Medical clinic without appointment
 (4) CLSC
 (5) Others, please specify: _____

6.4. Have you ever attended the following health care services ?

(1) Emergency service?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
(2) Medical clinic on appointment ?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
(3) Medical clinic without appointment?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
(4) CLSC ?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

Participant initials : _____

Date of birth : _____

6.5.1. According to your memories of the former contacts with each one of these services (since you use injection drugs), please specify your degree of appreciation of the following items (*Do not refer to the your last episode of disease*):

Items		(1) Emergency	(2) Medical clinic on appointment	(3) Medical clinic without appointment	(4) CLSC
(I) Quality of reception and service	(a) Excellent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(b) Very fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(c) Fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(d) Bad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(e) Very bad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(II) Competence of the personnel	(a) Excellent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(b) Very fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(c) Fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(d) Bad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(e) Very bad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(III) Efficacy of the treatment	(a) Excellent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(b) Very fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(c) Fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(d) Bad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(e) Very bad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(IV) Waiting time	(a) Brief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(b) Long	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(c) Too long	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(d) Never attended,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Please specify why: Please specify the waiting time(minutes or hours)				

6.5.2. If you attended the emergency service, have you been transported there by ambulance?

Yes No

6.6.1. During your visit to one of this services, did you happen to feel that the way you where attended differed from the way other people were attended?

CONFIDENTIAL

Participant initials : _____

Date of birth : _____

9.2.2. If Yes, please specify: _____

9.3.1. We would like to know your degree of satisfaction with regard to the service you visited during the time of this last episode of disease. Would you specify your degree of satisfaction for the following items?

		Services		
		#1	#2	#3
(I) Quality of reception and service	(a) Excellent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(b) Very fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(c) Fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(d) Bad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(e) Very bad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(II) Competence of the personnel	(a) Excellent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(b) Very fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(c) Fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(d) Bad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(e) Very bad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(III) Efficacy of the treatment	(a) Excellent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(b) Very fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(c) Fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(d) Bad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(e) Very bad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(IV) Waiting time	(a) Brief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(b) Long	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(c) Too long	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(d) Never attended,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Please specify why: Please specify the waiting time(minutes or hours)			

9.3.2. If you attended the emergency service, have you been transported there by ambulance?

Yes No

10. Other aspects

Before ending this interview, I would like to ask you some auxiliary questions.

CONFIDENTIAL

Participant initials : _____

Date of birth : _____

10.1. Did you ever had fines? Yes No

10.2. Have you ever been in prison? Yes No

10.3. If *Yes*, how many time? _____

10.4. How many months lasted your longest stay in custody? _____

10.5. Have you been in prison during the **last six months**? Yes No

10.6. If *Yes*, how long was it? (1) Less than 3 months
 (2) More than 3 months

11.1. Do you need to be referred to any service for care or assistance?

Yes No

11.2. If *Yes*, Which one? _____

L'entrevue prend fin ici. Veuillez donc remercier l'individu d'avoir accepté de passer l'entrevue et lui offrir le montant compensatoire prévu à cet effet.

Ce participant vous a été référé par :

- (1) un intervenant d'un centre communautaire
- (2) un UDI actif
- (3) un ex-UDI
- (4) autre (veuillez préciser) : _____

Ce participant a été abordé :

- (1) dans un centre communautaire
- (2) dans un parc public
- (3) sur la rue
- (4) à domicile
- (5) ailleurs (veuillez préciser) : _____

Lieu de l'interview : _____

Date : _____

Entrevue réalisée par : _____

ANNEXE 3 : AUTORISATIONS