

Université de Montréal

**Évaluation du besoin et de la pertinence de l'implantation
d'un service d'injection supervisée en Montérégie**

Par

David-Martin Milot, M.D., C.M.

Candidat à la maîtrise en santé communautaire, Université de Montréal
Résident en santé publique et médecine préventive, Université de Sherbrooke

École de santé publique de l'Université de Montréal,
Département de médecine sociale et préventive,

Mémoire présenté à la l'École de santé publique de l'Université de Montréal
en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M. Sc.) en santé publique

Septembre 2014

© David-Martin Milot, 2014

Résumé du projet de recherche

Ce projet de recherche visait à réaliser une analyse stratégique de l'implantation d'un service d'injection supervisée (SIS) en Montérégie. Utilisant un devis mixte, son premier volet consistait à tracer un portrait de la population usagère de drogues par injection (UDI) montréalaise, alors que le second explorait les perceptions des UDI et des acteurs stratégiques œuvrant auprès d'eux quant à l'implantation d'un SIS dans la région. Bien que similaire aux populations UDI montréalaise et du Québec, celle de la Montérégie s'en distingue par le fait qu'elle s'injecte moins souvent dans des lieux publics, qu'elle soit sans domicile fixe à moindre proportion et par ses taux inférieurs d'infection au VIH et au VHC. Elle présente toutefois des besoins physiques et psychosociaux importants. Bien qu'un SIS soit jugé pertinent en Montérégie, une amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de l'appréciation de l'offre de services actuelle dédiés aux UDI est considérée comme prioritaire.

Mots-clés

- Service d'injection supervisée (SIS)
- Montérégie
- Usagers de drogues par injection (UDI)
- Substances psychoactives
- Drogue
- Injection
- Seringue
- Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
- Virus de l'hépatite C (VHC)
- Sans domicile fixe

Research project summary

This research project aimed to conduct a strategic analysis of the implementation of a supervised injecting facility (SIF) in Montérégie. Using a mixed design, we first completed a portrait of the injection drug user (IDU) population. We then explored the perceptions of IDU and stakeholders with regard to the relevance of implementing a SIF in the region. Although some similarities were found with the IDU populations of Montreal and the province of Quebec, this population in Montérégie is characterized by a lower frequency of injections in public, less homeless people and lower rates of HIV and HCV infections. Despite these differences, the IDU population in Montérégie was found to have important physical and psychosocial needs. Although the relevance of a SIF in Montérégie is undeniable, improvements regarding the accessibility, continuity and appreciation of the actual services dedicated to IDU remain a priority.

Keywords

- Supervised injection facility (SIF)
- Montérégie
- Injection drug users (IDU)
- Substance use
- Drug
- Injection
- Syringe
- Human immunodeficiency virus (HIV)
- Hepatitis C virus (HCV)
- Homeless

TABLE DES MATIÈRES

1. PROBLÉMATIQUE	1
1.1 LES USAGERS DE DROGUES PAR INJECTION EN MONTÉRÉGIE : UNE POPULATION PEU ÉTUDIÉE.....	1
1.2 L'AVÈNEMENT RÉCENT DES SERVICES D'INJECTION SUPERVISÉE AU CANADA	2
2. RECENSION DES ÉCRITS	4
2.1 CONSOMMATION DE DROGUES PAR INJECTION	4
2.2 SERVICES D'INJECTION SUPERVISÉE	18
3. PERTINENCE DE L'ÉTUDE	32
4. OBJECTIFS DU PROJET	32
5. CADRE DE RÉFÉRENCE DE L'ANALYSE STRATÉGIQUE	33
6. MÉTHODOLOGIE	38
6.1 DEVIS DE RECHERCHE	38
6.2 PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE DU PROJET	38
6.3 COMITÉ CONSULTATIF	48
6.4 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	48
7. RÉSULTATS	52
7.1 DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE	52
7.2 PORTRAIT DE LA CONSOMMATION DE DROGUES PAR INJECTION ET DE SES CONSÉQUENCES EN MONTÉRÉGIE	56
7.3 PERTINENCE DE L'IMPLANTATION D'UN SERVICE D'INJECTION SUPERVISÉE SELON LES ACTEURS STRATÉGIQUES CONCERNÉS SUR LE TERRITOIRE MONTÉRÉGIEN	91
8. DISCUSSION	132
8.1 PORTRAIT DES UDI MONTÉRÉGIENS : SIMILITUDES ET DISCTINCTIONS AVEC LES UDI DU QUÉBEC.....	132
8.2 OFFRE DE SERVICES DÉDIÉS AUX UDI EN MONTÉRÉGIE : FORCES ET FAIBLESSES	137
8.3 OFFRE DE SIS EN MONTÉRÉGIE : INTÉRESSANTE MAIS NON PRIORITAIRE	143
8.4 SANS UN SIS, TROIS FAÇONS DE BONIFIER L'OFFRE DE SERVICES DÉDIÉS AUX UDI EN MONTÉRÉGIE	147
8.5 CONSÉQUENCES PRÉSUMÉES D'UNE OFFRE DE SERVICES BONIFIÉE.....	150

8.6	FORCES ET BIAIS POTENTIELS DU PROJET DE RECHERCHE	151
8.7	RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES	159
9.	CONCLUSION ET RETOMBÉES	160
	BIBLIOGRAPHIE	163
	ANNEXES	i
	Annexe I – Critères diagnostiques en lien avec la consommation de substances.....	i
	Annexe II – Résumé des <i>Balises pour les établissements de santé et de services sociaux et les organismes communautaires désirant offrir des services d'injection supervisée aux personnes qui font usage de drogues par injection</i>	iii
	Annexe III – Résumés méthodologiques des sources de données utilisées.....	iii
	Annexe IV – Grille d'entrevue utilisée avec les participants UDI et ex-UDI	vii
	Annexe V – Grille d'entrevue utilisée avec les acteurs stratégiques œuvrant auprès des UDI.....	x
	Annexe VI – Formulaire de consentement pour les UDI et ex-UDI (version française)	xiii
	Annexe VII – Formulaire de consentement pour les acteurs stratégiques œuvrant auprès des UDI.....	xix
	Annexe VIII – Tableaux descriptifs de la distribution du matériel stérile d'injection par les CSSS de la Montérégie.....	xxv

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Objectifs des principes d'intervention en toxicomanie	16
Tableau II : Objectifs généraux et sous-objectifs du projet de recherche.....	33
Tableau III : Variables et sources de données décrivant la population UDI montérégienne (sous-objectif 1.1).....	40
Tableau IV : Variables et sources de données décrivant les conséquences sur la communauté montérégienne (sous-objectif 1.2).....	41
Tableau V : Résumé de certains aspects méthodologiques de ce projet de recherche	47
Tableau VI: Composition des groupes de discussion.....	55
Tableau VII : Région de résidence en fonction des régions de recrutement	56
Tableau VIII : Âge moyen et médian	57
Tableau IX : Sexe à la naissance	58
Tableau X : Lieu de naissance.....	58
Tableau XI : Lieu de résidence actuel	59
Tableau XII : Niveau scolaire le plus élevé terminé	60
Tableau XIII : Principale source de revenus au cours de la dernière année.....	61
Tableau XIV : Antécédents d'incarcération	61
Tableau XV : Âge lors de la première injection.....	62
Tableau XVI : Substances consommées par injection au cours des six derniers mois.....	63
Tableau XVII : Substance non prescrite consommée le plus souvent par injection au cours des six derniers mois	64
Tableau XVIII : Substances consommées autrement que par injection au cours des six derniers mois.....	65
Tableau XIX : Substance consommée le plus souvent autrement que par injection au cours des six derniers mois	66
Tableau XX : Fréquence de l'injection	67
Tableau XXI : Lieux d'injection au cours des six derniers mois	68
Tableau XXII : Lieu d'injection le plus fréquent dans les six derniers mois	69
Tableau XXIII : Partenaire principal d'injection dans les six derniers mois.....	70
Tableau XXIV : Fréquence d'emprunt de seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre dans les six derniers mois.....	70
Tableau XXV : Fréquence d'emprunt d'au moins un item de matériel d'injection (autre que seringues) déjà utilisé par quelqu'un d'autre dans les six derniers mois.....	71
Tableau XXVI : Fréquence d'utilisation des services du programme d'accès aux seringues stériles	72
Tableau XXVII : Nombre de cas et prévalence du VHC	74
Tableau XXVIII : Connaissance du statut d'infection chez les UDI ayant des anticorps contre le VHC dans la salive (statut positif).....	75
Tableau XXIX : Nombre de cas et prévalence du VIH	78
Tableau XXX : Connaissance du statut d'infection chez les UDI atteints du VIH.....	78
Tableau XXXI : Co-infection au VIH et au VHC	79
Tableau XXXII : Évolution du nombre de visites à l'urgence des résidents de la Montérégie pour intoxication, pharmacodépendance et abus de drogues	79

Tableau XXXIII : Évolution du nombre de visites à l'urgence des résidents de la Montérégie pour intoxication par opiacés ou narcotiques, pharmacodépendances et abus de drogues, par RLS de résidence de l'utilisateur	80
Tableau XXXIV : Évolution du nombre d'hospitalisations des résidents de la Montérégie pour intoxication par l'héroïne, autres opiacés ou cocaïne	81
Tableau XXXV : Évolution du nombre d'hospitalisations pour surdoses (intoxications involontaires ou à intention non déterminée par des narcotiques et psychodysléptiques (hallucinogènes)) chez les résidents de la Montérégie, par RLS de résidence de l'utilisateur	82
Tableau XXXVI : Évolution du nombre de visites à l'urgence des résidents de la Montérégie pour endocardites bactériennes aiguës/subaiguës et sans autre indication	83
Tableau XXXVII : Nombre d'hospitalisations des résidents de la Montérégie pour endocardites infectieuses aiguës et subaiguës et endocardites aiguës, sans précision	83
Tableau XXXVIII : Usage d'un traitement de substitution aux opiacés dans les six derniers mois	86
Tableau XXXIX : Mode de consommation de substances psychoactives ayant entraîné le décès	87
Tableau XL : Caractéristiques sociodémographiques et circonstances du décès chez les personnes ayant décédé à la suite d'une injection de substance psychoactive	88
Tableau XLI : Contexte de la consommation de substances psychoactives	93
Tableau XLII : Forces et complémentarité des ressources actuelles	94
Tableau XLIII : Causes et problèmes spécifiques non visés par un SIS	97
Tableau XLIV : Injections à risque, morbidité et mortalité chez les UDI	98
Tableau XLV : Accessibilité problématique des ressources pour les UDI	100
Tableau XLVI : Continuité problématique des ressources pour les UDI	104
Tableau XLVII : Appréciation problématique des ressources pour les UDI	105
Tableau XLVIII : Faible utilisation des ressources par les UDI montérégiens	106
Tableau XLIX : Injections en public, perception de dangerosité de la communauté et matériel d'injection à la traîne	107
Tableau L : Manque de reconnaissance sociale, stigmatisation et vulnérabilité	108
Tableau LI : Conditions d'injection à risque minimal	110
Tableau LII : Adaptation des services aux besoins des UDI	111
Tableau LIII : Accès à un lieu pour l'injection	114
Tableau LIV : Autonomisation de la population UDI	115
Tableau LV : Injections sécuritaires et diminution de la morbidité/mortalité des UDI	116
Tableau LVI : Utilisation plus importante et optimale des ressources par les UDI	118
Tableau LVII : Diminution des menaces à l'ordre public, sentiment de sécurité de la communauté et absence de matériel d'injection à la traîne	119
Tableau LVIII : Reconnaissance sociale et diminution de la stigmatisation et de la vulnérabilité	120
Tableau LIX : Faisabilité organisationnelle	123

Tableau LX : Faisabilité économique.....	127
Tableau LXI : Faisabilité socioculturelle	128
Tableau LXII : Faisabilité politique	131
Tableau LXIII : Faisabilité légale.....	131

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1: Nombre de cas de VHC en Montérégie et dans l'ensemble du Québec	73
Graphique 2: Nombre de cas de VHC déclarés par 100 000 personnes en Montérégie et dans l'ensemble du Québec	74
Graphique 3: Nombre de cas de VIH déclarés chez les UDI en Montérégie et au Québec	76
Graphique 4: Nombre de nouveaux diagnostics de VIH par année au sein de la population UDI en Montérégie et dans l'ensemble du Québec	77
Graphique 5 : Nombre de personnes résidant en Montérégie assurées par la RAMQ ayant reçu au moins une prescription de médicaments de substitution aux opiacés	84
Graphique 6 : Nombre de personnes résidant en Montérégie assurées par la RAMQ ayant reçu au moins une prescription de médicaments de substitution aux opiacés, par RLS	85
Graphique 7: Distribution et récupération des seringues (Saint-Hyacinthe)	89
Graphique 8: Distribution et récupération des seringues (Salaberry-de-Valleyfield)	90

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Cadre de référence de l'analyse stratégique des SIS en Montérégie	37
Figure 2 : Modèle conceptuel de l'analyse stratégique d'un SIS en Montérégie	92

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

AITQ	Association des intervenants en toxicomanie du Québec
APPR	Agent de planification, de programmation et de recherche
AQPSUD	Association québécoise pour la promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues
ASSS	Agence de santé et de services sociaux
CAMI	Centre d'accès au matériel d'injection
CIM	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes
CRAN	Centre de recherche et d'aide pour narcomanes
CRD	Centre de réadaptation en dépendance
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSP	Direction de santé publique
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
PQSIVIH	Programme québécois de surveillance de l'infection par le VIH
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RLS	Réseau local de services de santé et de services sociaux
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS
SIS	Service d'injection supervisée
TAPAJ	Travail alternatif payé à la journée
TDO	Traitement de la dépendance aux opiacés
TIRS	Table Itinérance Rive-Sud
UDI	Usager de drogues par injection
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

REMERCIEMENTS

Ce projet de recherche représente mes premiers pas dans un domaine qui me passionne et me fascine, celui de la santé publique. Plusieurs personnes m'ont appuyé tout au long de son élaboration et je tiens à les remercier par cette mention modeste mais grandement ressentie.

Merci Julie et Kareen, mes co-directrices dont l'expertise, l'assiduité, la patience, et la disponibilité ont rendu possible la réalisation de ce projet ambitieux dans de courts délais impartis. Vous avez su rester des figures de référence de professionnalisme, bien que le quotidien nous ait rendus collègues et amis. Ce sera un plaisir et un honneur pour moi de travailler à vos côtés dans un futur proche.

Merci à tous les participants des groupes de discussion qui ont accepté généreusement de partager leur expertise professionnelle et leur vécu. Ensemble, nous avons poussé la réflexion sur l'offre de services aux UDI en Montérégie à un autre niveau. J'espère que vous aurez été aussi inspirés que moi par ces échanges pour continuer votre excellent travail de façon aussi fervente.

Merci à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la collecte de données et aux analyses de ce projet de recherche. Merci Karine et Caty pour votre précieuse aide avec les données du réseau SurvUDI. Merci Simon et Lynn pour votre appui quant aux données des banques de MED-ÉCHO et de la RAMQ. Merci Johanne pour ton soutien important et pour partager ton savoir en lien avec mes analyses qualitatives. Merci Andrée et Pierre, chers militants inlassables et inspirants pour la cause des personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie. Merci également aux facilitateurs de chaque CSSS participant qui m'ont appuyé dans l'organisation des groupes de discussion.

Merci également à ceux qui ont donné un éclat spécial et ajouté une dose intarissable de plaisir à mon quotidien pendant cette année à la DSP de la Montérégie, soit l'équipe Planification, évaluation-recherche. Vous m'avez fait sentir comme un des vôtres dès le premier jour. Au plaisir de travailler de nouveau avec vous.

Merci Dr Milord et à tous ceux qui ont la responsabilité du programme de résidence en santé publique et médecine préventive à l'Université de Sherbrooke. La flexibilité et la confiance que vous avez eues à mon égard m'ont permis de faire de ce projet un succès et un apprentissage notoire dans mon parcours de résident.

Finalement, merci à ma famille et à mon partenaire de vie. Je peux compter sur vous à toute heure du jour ou de la nuit et vous constituez la base solide sur laquelle je m'appuie pour repousser sans cesse mes limites. Vous faites partie de chacune de mes réussites.

1. PROBLÉMATIQUE

1.1 LES USAGERS DE DROGUES PAR INJECTION EN MONTÉRÉGIE : UNE POPULATION PEU ÉTUDIÉE

Selon les estimations les plus récentes du centre de réadaptation en dépendance (CRD) Le Virage, environ 76 000 personnes, soit 5,2% de la population générale, souffriraient de problèmes de dépendance aux drogues, à l'alcool et au jeu compulsif en Montérégie. (1) Ce fléau touche en réalité une proportion encore plus grande de la population, puisque qu'il menace non seulement l'individu, mais souvent son équilibre conjugal, familial ou social. Ses effets sont dévastateurs, rendant les consommateurs vulnérables à un ensemble d'autres facteurs tels que l'instabilité économique, l'exclusion sociale et l'itinérance. Les substances psychoactives¹ peuvent être consommées de diverses manières. L'une d'entre elles, l'injection intraveineuse, est particulièrement dangereuse quant aux conséquences qu'elle peut avoir, entre autres, sur la santé de ses adeptes. Les populations d'usagers de drogues par injection (UDI) ont des taux d'incidence et de prévalence d'infections au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et au virus de l'hépatite C (VHC) substantiellement plus élevés que la population générale. (2) D'autres infections telles que des endocardites infectieuses (3, 4) et des abcès (5) sont également plus prévalentes au sein de la population UDI. Ce phénomène est dû à la présence de comportements à haut risque d'infection tels que l'échange de matériel d'injection ou la réutilisation de matériel usagé. (6) Les UDI sont également plus à risque de subir des surdoses, parfois fatales, en comparaison aux individus utilisant d'autres modes de consommation de drogues. (7) La présence de comorbidités en santé mentale et leur situation psychosociale précaire s'ajoutent aux complications avec lesquelles ces individus déjà fragiles doivent composer. (8) De plus, ceux-ci vivent souvent en marge de la société et des systèmes qu'elle implique. Ainsi, leur suivi médical et psychosocial est fréquemment sous-optimal, compromettant toute chance d'amélioration de leur état de santé. (9) Les besoins qu'éprouve la population UDI sont donc immenses et y répondre pose plusieurs défis.

¹ Terme d'usage actuel plus fréquent que «drogues» désignant toute substance ayant un effet sur le cerveau.

La consommation de substances par injection a également des répercussions sur la communauté. En effet, puisque plusieurs UDI sont sans domicile fixe, ceux-ci s'injectent dans des lieux publics. Ce phénomène engendre une perception de dangerosité au sein de la communauté, que ce soit par le visionnement direct de l'acte d'injection ou par le matériel d'injection à la traîne qui peut en résulter. (10) La stigmatisation sociale de la population UDI par la communauté s'ajoute donc à la marginalisation qui la caractérise déjà. (8) En Montérégie, la Direction de santé publique (DSP) estime la population UDI montérégienne à 5105 personnes. (11) bien que la problématique des drogues par injection en soit une connue et documentée, aucune conciliation des informations permettant d'obtenir une vue d'ensemble de la problématique n'avait encore été réalisée. Ce projet de recherche a donc tenté d'établir un portrait de la population UDI méconnue en Montérégie.

1.2 L'AVÈNEMENT RÉCENT DES SERVICES D'INJECTION SUPERVISÉE AU CANADA

Évoluant dans un système idéologique distinct de celui nord-américain, l'Europe s'est dotée de son premier service d'injection supervisée (SIS) il y a plus de 25 ans. Cette intervention relève de l'approche de réduction de méfaits et se concentre davantage sur les conséquences de la consommation de substances illicites que sur la consommation même. Les UDI qui y ont recours reçoivent d'abord du matériel stérile d'injection qu'ils utilisent pour consommer leurs substances sous la supervision d'un personnel infirmier. Ainsi, aucun échange de seringues n'a lieu, réduisant tout risque de contamination au VIH ou au VHC. L'injection se fait donc dans un contexte hygiénique, diminuant le risque d'infections cutanées, et sous supervision, amenuisant les conséquences graves des surdoses. Les SIS constituent également des centres de référence pour les UDI, puisque ces derniers y sont orientés selon les besoins qu'ils présentent. De plus, ces endroits offrent un répit aux UDI sans domicile qui arpentent les rues et un lieu de socialisation pour ceux dont l'isolement devient lourd. Certaines règles régissent l'aspect légal de cette intervention, telles que l'interdiction d'acheter, de vendre ou d'échanger des substances psychoactives sur place. (12)

Bien que l'ampleur des bénéfices que certains chercheurs attribuent aux SIS ait été critiquée dans la littérature (13), ces avantages restent nombreux autant pour les UDI que pour la communauté. En effet, ils contribuent à diminuer la morbidité et la mortalité qui affligent les UDI. (14-17) Ils favorisent également une stabilisation de leur condition psychosociale. (10) De plus, les SIS aident à rejoindre les UDI qui vivent en marge de la société pour les intégrer au système de santé. (18) Ils rendent aussi plus efficace l'utilisation des ressources en santé par cette population, puisque le personnel infirmier prend en charge la majorité des cas mineurs et utilise ses connaissances cliniques pour décider du moment où ceux requérant des soins particuliers doivent être transférés au département d'urgence le plus près. (19) Finalement, les SIS restaurent un sentiment de sécurité dans la communauté environnante en réduisant le nombre d'injections dans des lieux publics et la quantité de matériel d'injection usagé à la traîne. (20, 21) Les UDI qui bénéficient des SIS voient souvent plusieurs aspects de leur vie se stabiliser, tels que le statut d'hébergement et la sévérité de leur(s) dépendance(s), et deviennent ainsi moins vulnérables. (10) Ils peuvent alors être mieux intégrés aux systèmes régissant notre société, ce qui a pour conséquence positive de diminuer la stigmatisation dont ils sont victimes. (10) Bref, les avantages de cette intervention de réduction de méfaits sont nombreux et ont pu être corroborés à maintes reprises dans plus de 90 SIS qui existent aujourd'hui dans le monde. (10) Malgré tout, le concept de SIS est relativement nouveau au Canada. Des débats à leur égard sont entamés depuis plus d'une décennie, mais la discordance des idéologies de certaines instances politiques avec celles de santé publique ralentit le processus d'implantation de SIS. Malheureusement, ce différend a lieu au détriment de la population UDI, dont les besoins sont criants. Nonobstant l'étendue généralisée à l'échelle du pays de la consommation de drogues par injection, seulement deux SIS ont vu le jour au Canada jusqu'à maintenant, soit *Insite* et celui du *Dr Peter Centre*, tous deux à Vancouver. Cependant, le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) du Québec a publié en début d'année 2013 des balises guidant les promoteurs locaux de SIS dans leurs démarches en vue de la mise sur pied de tels services. (22) En se basant sur ces balises, ce projet de recherche visait à réaliser une évaluation de la pertinence d'une offre de SIS en Montérégie.

2. RECENSION DES ÉCRITS

Cette section se veut une introduction au concept général de consommation de drogues par injection et aux interventions mises en place pour pallier les problématiques vécues par les UDI, dont celle des SIS. Ainsi, un néophyte, tout comme un expert en la matière, pourra y trouver un certain intérêt. Cette section s'inspire principalement d'articles scientifiques identifiés via des moteurs de recherche reconnus, mais présente aussi des informations jugées pertinentes tirées de la littérature grise. Ces dernières, recommandées par des experts ou provenant de sites web populaires dont les sources ont été vérifiées, facilitent l'utilisation d'un jargon compris de tous malgré la complexité inhérente à certains concepts en toxicomanie.

2.1 CONSOMMATION DE DROGUES PAR INJECTION

Bien que la grande majorité des substances psychoactives d'origine végétale aient été découvertes, extraites et transformées en sels cristallins purs et hydrosolubles dans la première moitié du 19^e siècle, il faudra quelques décennies pour qu'un engouement se crée par rapport à l'injection de ces substances. Après l'invention de la seringue à aiguille hypodermique par le chirurgien français Charles Gabriel Pravaz en 1852, l'injection sous-cutanée de morphine devint grandement utilisée et permit de soulager plusieurs soldats blessés à la guerre (23). Les médecins de l'époque croyaient que la dépendance aux substances psychotropes provenait de leur action sur le système digestif. Selon eux, leur administration par injection permettrait donc d'éviter cet effet, un fait erroné qui fut rapidement démenti. Le passage de l'usage de drogues par injection du domaine médical à celui récréatif se réalisa surtout après 1930, lorsqu'une diminution graduelle de la disponibilité de ces narcotiques eut lieu. (24) Cette raréfaction fut surtout due à l'instauration de mesures politiques répressives. Ce phénomène entraîna donc le recours à une méthode plus efficace de consommation pour tirer un effet maximal de doses constamment plus petites. L'héroïne était déjà beaucoup plus utilisée que les autres opiacés, vu son caractère hydrosoluble facilitant l'injection. De plus, les usagers de substances psychotropes ont remarqué que les effets étaient encore plus puissants lorsqu'elles étaient accidentellement injectées dans une veine, plutôt que de façon sous-cutanée. (24) Depuis lors, l'injection intraveineuse est devenue une voie d'absorption notoire pour plusieurs substances psychotropes.

2.1.1 Substances consommées par injection

2.1.1.1 Classification des substances

Malgré la grande diversité des drogues consommées, celles-ci peuvent être classifiées selon différents critères. Ainsi, certains experts ont proposé une différenciation basée sur les effets, alors que d'autres instances, telles que l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les regroupent plutôt selon le danger qu'elles représentent pour le consommateur (dépendance physique ou psychique, tolérance, toxicité, etc.). Nous présentons ici la classification selon les effets de Pelicier et Thuillier, établie en 1991. (25) Dans la diversité des drogues consommées, deux types de psychotropes concernent particulièrement les UDI. Le premier type représente les dépresseurs du système nerveux central, composés des analgésiques, des hypnotiques (médicaments tranquillisants et somnifères) et de l'alcool. Les substances principalement injectées sont les analgésiques ou narcotiques, incluant les opiacés telles que l'héroïne et certaines substances synthétiques. Ces dépresseurs ralentissent le fonctionnement du système nerveux central, rendant leurs consommateurs moins éveillés et moins conscients de leur environnement. Ces substances causent donc une diminution des réflexes, des étourdissements, et une sensation de détente et de sommeil. (26) La dépendance qu'elles engendrent est tout autant physique que psychique. (27)

L'autre type de psychotropes consommés par les UDI représente les stimulants du système nerveux central. Cette catégorie comprend les stimulants mineurs, tels que la caféine et la nicotine, et les stimulants majeurs, soit les amphétamines et la cocaïne. Ces deux dernières substances sont utilisées pour l'injection par les UDI. Les stimulants provoquent une augmentation de l'activité du système nerveux central et des processus normaux de l'organisme des consommateurs, qui deviennent alors plus éveillés, alertes et énergiques. Leur humeur est euphorique et leur vigilance accrue. (28) La poussée d'énergie engendrée est de courte durée et une dépendance surtout psychique à ces psychotropes se développe rapidement. (26) De manière générale, les UDI qui consomment des stimulants sont donc enclins à s'injecter beaucoup plus souvent que ceux utilisant des dépresseurs. Pelicier et Thuillier mentionnent une troisième catégorie de psychotropes, soit les hallucinogènes ou

perturbateurs (25), mais ceux-ci ne sont habituellement pas consommés par voie intraveineuse par les UDI.

2.1.1.2 Profils de consommation

Bien que la collecte d'information liée à la consommation de drogues par injection présente des défis majeurs vu le caractère illégal de la pratique documentée et l'accès difficile à la population UDI qui souvent n'a pas d'adresse (29), le réseau SurvUDI a permis de pallier partiellement cette situation au Canada. Selon les dernières données disponibles dans l'ensemble du réseau SurvUDI, soit pour la période allant de 2003 à 2010 au Québec et à Ottawa, 83,9% des UDI disaient s'être injecté de la cocaïne dans les six derniers mois et 49,4% affirmaient en avoir consommé autrement que par injection. De plus, 49,4% des usagers s'étaient injecté des opiacés médicamenteux dans les derniers six mois, le *Dilaudid* étant le plus populaire (39,0%) dans cette catégorie. Aussi, 36,8% des UDI avaient consommé ces substances non prescrites autrement que par injection. (2) Bien que ces données soient relativement récentes, il est important de considérer que les profils de consommation évoluent et se transforment constamment dans le temps et d'une région à l'autre selon une multitude de facteurs intrinsèques et extrinsèques à la population UDI. À l'instar de la consommation de substances psychoactives via d'autres voies d'absorption, la consommation de drogues par injection est sujette à diverses classifications. L'une de ces caractérisations s'effectue selon les conséquences de la consommation sur le degré de fonctionnement d'un individu. Cette classification est utilisée dans le milieu médical psychiatrique et se base sur des critères précis pour qu'un diagnostic soit posé. Selon la quatrième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV), un diagnostic d'abus ou de dépendance peut être attribué. (30) Dans la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V), ces diagnostics sont fusionnés en un, soit le trouble d'utilisation de substance. (31) Un résumé des diagnostics de cet ouvrage de référence est présenté à l'annexe I. Lorsqu'une substance est consommée sans entraîner de «complications pour la

Réseau SurvUDI

Le réseau SurvUDI collige des données auprès des UDI dans 8 régions du Québec, de même que dans la ville d'Ottawa. Depuis 2003, il est jumelé au réseau canadien I-Track, documentant ainsi plusieurs caractéristiques de la population UDI à l'échelle du pays.

santé ni troubles du comportement pouvant avoir des conséquences néfastes sur soi-même ou sur-même ou les autres», l'usage est qualifié de récréatif. (28) L'usage ou non de substances psychoactives ne relève pas de la dichotomie, mais peut plutôt être mesuré à divers degrés, compliquant ainsi le portrait de consommation d'une région ou d'une population donnée.

La polyconsommation complexifie la caractérisation des profils de consommation. Cette utilisation de différents psychotropes par un même individu, soit simultanément ou séparément, est un phénomène commun et bien documenté dans la littérature scientifique. Celui-ci peut mener à la polytoxicomanie, s'il y a dépendance à plusieurs drogues. (28) Ce profil de consommation multiple est répandu, puisqu'il a été observé autant en Amérique du Nord qu'en Océanie et en Europe (32), où il serait même devenu le mode de consommation dominant. (33) Dans un contexte plus régional, une étude de Lauzon et coll. a conclu qu'environ 50% des usagers montréalais de cocaïne par voie intraveineuse consommaient aussi de l'héroïne régulièrement. (34) Deux scénarios de co-consommation sont possibles. Tout d'abord, l'injection simultanée d'un psychotrope stimulant et d'un dépresseur, usuellement sous la forme de *Speedball* (cocaïne et héroïne), peut donner lieu à une sensation unique préférée à celle provoquée par l'une des deux drogues isolément. Le second scénario possible de co-consommation consiste en la consommation isolée de différentes substances. (32) Bien sûr, les psychotropes peuvent également être combinés à d'autres substances qui ne sont pas injectées, telles que l'alcool, le cannabis ou le crack inhalé. Ces interactions résultent alors en des effets grandement variables. (35)

2.1.2 Consommateurs de drogues par injection

2.1.2.1 Populations à risque de consommation et facteurs prédisposant à l'injection comme principale voie de consommation

L'usage de drogues par injection est un fléau ne se limitant pas à certains sous-groupes de la population. En effet, la dépendance aux psychotropes peut affecter des individus au statut socioéconomique élevé qui s'injecteront dans leur résidence, tout comme d'autres individus sans domicile fixe et sans revenu stable qui devront arpenter les parcs et les ruelles pour

trouver un endroit relativement calme et inoccupé pour s'injecter. Malgré cette grande diversité dans le profil des usagers, certains groupes sont plus à risque quant à la consommation de drogues par injection. C'est le cas des jeunes de la rue, des populations autochtones, des populations en milieu carcéral, des travailleurs et travailleuses du sexe, des personnes avec des antécédents d'abus physique, émotionnel ou sexuel, des personnes vivant avec une condition de santé mentale et des individus sans domicile fixe. (29, 36)

Bien que la majorité des drogues soient injectables, une minorité d'individus débutent leur toxicomanie en s'injectant d'emblée les substances qu'ils désirent consommer. Plutôt, une certaine aversion est habituellement ressentie envers ce mode de consommation. Cependant, plusieurs facteurs expliquant le recours à l'injection comme voie d'absorption des drogues consommées ressortent dans la littérature. Ceux-ci peuvent être regroupés en tant que facteurs personnels, familiaux et du cercle social rapproché, de consommation et environnementaux. Une revue de la littérature réalisée en 2005 par Guyon, Landry et Brochu fait d'ailleurs état de certains de ces facteurs avec un accent particulier sur les jeunes de la rue. (36)

Au niveau personnel, la curiosité (37), la détresse psychologique et le sentiment de désœuvrement (38) comptent parmi les facteurs influençant l'initiation de la consommation de drogues par injection. De plus, certaines études ont montré une association entre des comportements déviants précoces, tels que l'absentéisme scolaire (37), le décrochage (39, 40), les batailles à l'école (41) ou les fugues de la maison (37) et l'initiation de l'injection de drogues. D'autres études, parfois contradictoires, ont tenté de faire des rapprochements quant au genre des usagers de psychotropes et leur risque de passage à l'injection. En effet, trois études menées en Chine et en Angleterre ont démontré que les femmes étaient moins portées à passer à l'injection. (42-44) Une autre étude a constaté qu'une proportion plus importante d'UDI, lorsque comparés aux non-UDI, étaient des hommes. (40). Deux autres études n'ont détecté aucune association entre le sexe et la consommation de drogues par injection. (39, 45) Des experts ont également tenté de trouver des associations avec certains éléments traumatisants ayant eu lieu durant le jeune âge, tels que le divorce des parents (37, 46), l'abus sexuel (47, 48) et l'institutionnalisation forcée. (49) Ces trois éléments ont semblé être

associés à la consommation de drogues par injection chez les jeunes de la rue, en tenant compte de certains paramètres.

Au niveau de l'histoire familiale, une consommation abusive de drogues par les parents était rapportée plus souvent chez les individus s'étant déjà injecté de telles substances. (46, 49) Quant au cercle social rapproché, l'identification à un groupe de consommateurs et la pression des pairs (37) ont été mentionnés comme influençant l'initiation de la consommation de drogues par injection. De plus, malgré la désapprobation de ce mode de consommation, le fait d'entrer en contact avec des UDI et de devenir désensibilisé face à cette pratique est noté comme un facteur favorisant l'initiation de l'injection chez les jeunes de la rue, dans une étude réalisée en contexte québécois. (38)

En ce qui a trait aux facteurs liés à la consommation, un usage intensif et prolongé d'une drogue était associé à son injection. (42, 50-55) Selon une étude de Roy et coll. menée auprès des jeunes de la rue à Montréal, une consommation récente d'hallucinogènes, d'héroïne ou de cocaïne serait également associée à l'initiation à l'injection. Il est important de noter, cependant, que des antécédents de consommation de substances psychotropes ne constituent pas une condition essentielle au passage à l'injection. (45) L'usage précoce de cannabis a aussi été associé à l'utilisation de drogues par injection. (37, 41) Selon une étude de Roy et coll., la recherche de nouveauté et d'intensité dans l'effet des drogues et la polytoxicomanie sont identifiés comme déterminants à l'égard de l'injection de telles substances. (38) Certains arguments quant aux propriétés pharmacocinétiques et pharmacodynamiques des drogues injectées peuvent également être avancés. Par exemple, l'effet des substances injectées est beaucoup plus rapide et puissant que via d'autres modes d'absorption, puisqu'elles entrent directement dans le l'appareil circulatoire systémique sans être préalablement métabolisée. Ainsi, leur usage est plus efficace, une plus petite dose injectée permettant d'avoir un effet similaire à la consommation par inhalation ou ingestion d'une quantité plus importante de drogue. (23) Cet élément est particulièrement important vu la dépendance physique et psychologique des individus, le sevrage désagréable des psychotropes et la précarité économique des UDI dans un contexte où plusieurs drogues sont très dispendieuses malgré leur pureté souvent fluctuante.

Finalement, en ce qui concerne les facteurs environnementaux, la pauvreté, les normes sociales banalisant la consommation de substances psychoactives et les éléments influençant la disponibilité et l'accessibilité des substances ont un rôle avéré sur les dynamiques de consommation de drogues par injection chez certaines populations vulnérables. (56) La littérature démontre également que des mécanismes d'interaction complexes entre le marché et plusieurs facteurs sociaux pourraient avoir un impact sur les profils de consommation dans une région donnée. L'appartenance culturelle, les modes prédominants de consommation dans cette zone, le statut socioéconomique, le degré de marginalisation des individus et des groupes sociaux, de même que l'influence des pairs et du réseau social n'en sont que quelques exemples. (39, 45, 57-66)

2.1.2.2 Profil épidémiologique de la population UDI

Tout comme il est difficile de tracer un profil de la consommation chez la population UDI, il en est de même pour la quantifier. Tel que le mentionnait le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, «les estimations sur l'utilisation des drogues injectables reposent pour la plupart sur des renseignements obtenus des programmes de traitement, des rapports de coroner sur des décès liés à la drogue, des programmes d'échange de seringues, des rapports d'arrestation et d'autres sources secondaires.» (67) Alors qu'une estimation réalisée en 2000 chiffrait le nombre d'UDI au Canada entre 75 000 et 125 000 individus, soit 0,2 à 0,4% de la population nationale (68), la seule approximation disponible jusqu'à tout récemment pour le Québec datait de 1996 et évaluait ce nombre à 23 000 UDI. (69) Cette même année, une estimation de 11 700 personnes UDI à Montréal était posée à la suite d'une analyse utilisant trois sources de données. (70) Cependant, une étude publiée en juin 2013 suggère plutôt une taille de population UDI montréalaise approximée à 3900 personnes en 2009-2010. (71) Le devis d'étude ne permettait pas d'expliquer cette diminution substantielle notée entre 1996 et 2009-2010, mais elle a démontré la nécessité d'obtenir une actualisation plus régulière des estimations de la taille de la population UDI. Ce dénombrement est essentiel à la gestion adéquate du volume de ressources destinées à ce groupe vulnérable. (71) Selon les dernières données disponibles du réseau SurvUDI, soit pour la période de 2003 à 2010, 76% des UDI

recrutés étaient des hommes et leur âge moyen était de 35 ans. Chez les femmes, l'âge moyen était de 28 ans. Environ la moitié des participants interrogés n'avaient pas terminé leurs études secondaires. Les UDI provenaient surtout de milieux urbains, mais leur présence en milieux semi-urbains n'était pas négligeable. Entre 2003 et 2010, 14% des UDI disaient avoir séjourné dans un centre de détention et 41% affirmaient avoir passé au moins une nuit dans la rue, un refuge ou un squat dans les six derniers mois. (2)

2.1.3 Conséquences de la consommation

Les substances psychoactives comportent une multitude de risques pour la santé de leurs usagers. Tout d'abord, en ce qui a trait aux conséquences sur la santé physique et la condition psychosociale, plusieurs sont propres aux drogues en général. Ainsi, au niveau physique, l'intoxication peut mener à une lésion de certains organes ou à une surdose parfois fatale. Une dépendance physique accompagnée d'un syndrome de sevrage à certaines substances telles que les opiacés peut également en résulter. Une association entre la consommation de drogues et certaines infections atypiques telles que la tuberculose, ou plus communes comme les infections transmises sexuellement ou par le sang (ITSS), a également été notée. Dans le cas d'une femme toxicomane enceinte, plusieurs drogues traversent le placenta et peuvent atteindre le fœtus. Sa consommation peut donc entraîner une fausse couche, la mort in utero du fœtus, un accouchement prématuré, une malformation du fœtus, la mort subite du nourrisson, un retard de croissance de l'enfant ou des anomalies mentales. Une dépendance physique et un sevrage peuvent également être vécus par le fœtus ou l'enfant lorsque la mère a consommé une substance susceptible de les provoquer pendant sa grossesse. (8) Au niveau psychique, des troubles temporaires ou durables peuvent résulter de la consommation de psychotropes. Dans l'immédiat de la consommation ou peu après, l'utilisateur peut voir son humeur altérée, sentir de l'anxiété ou des symptômes dépressifs, avoir une crise d'angoisse ou de panique ou perdre le contrôle de soi. Des troubles du comportement, de même que des épisodes de délire psychotiques ou paranoïaques peuvent également survenir. Une consommation répétée peut, quant à elle, donner lieu à des troubles chroniques de santé mentale tels que la dépression, les psychoses, la paranoïa ou la schizophrénie chez les

individus prédisposés. La dépendance psychique aux drogues est une autre conséquence plausible de leur consommation. (8) Finalement, certains risques relèvent davantage de l'environnement social. En lien direct avec les effets de la consommation, tels que les perturbations des perceptions ou le sentiment d'invulnérabilité, certains accidents, épisodes de violence ou activités criminelles peuvent avoir lieu. (8) De plus, l'usage de substances psychoactives est associé à plusieurs facteurs de vulnérabilité, tels que l'itinérance, l'isolement, la pauvreté, l'incarcération, la stigmatisation sociale, les échecs scolaires et professionnels et les problèmes conjugaux et familiaux. (8)

Certains autres risques sont davantage liés au mode de consommation par injection. Le fardeau des infections au VIH et au VHC est bien connu chez la population UDI. En effet, 14,8% des UDI au Québec étaient atteints du VIH lors de la période d'observation 2003-2009 du réseau SurvUDI, pour une incidence de 2,7 cas par 100 personnes-années. La situation du VHC est tout autant alarmante, avec une prévalence de l'anticorps anti-VHC de 62,7% pour la même période d'observation et une incidence de 26,8 cas par 100 personnes-années. Parmi cette population à l'étude, 12,7% étaient infectés par les deux virus. De plus, environ 25% des UDI ignoraient qu'ils étaient infectés par le VIH ou le VHC. (2) L'hépatite B, dont l'injection constitue un facteur de risque de transmission important, affecte aussi la population UDI. (72) L'injection de drogues est également associée à un risque accru de lésions dont l'origine est cutanée, telles que les abcès, les phlébites ou la nécrose. (5) Les parties du corps où sont réalisées les injections peuvent présenter des cicatrices, des enflures, l'effondrement ou la cicatrisation des veines périphériques. (3) La septicémie, une infection du sang, peut aussi résulter de mauvaises conditions d'hygiène lors de l'injection. (3) Les risques de caillots sanguins et d'embolies sont également inhérents à cette pratique. (3) Des dommages artériels et des troubles cardiovasculaires tels que les pseudo-anévrismes infectieux, les ischémies d'un membre (74), de même que les endocardites infectieuses aiguës (3, 4) sont rattachés à l'injection de drogues. De plus, une surmortalité a été documentée au sein de la population UDI par rapport à la population générale. (75) Aussi, le risque de dépendance dépend de la rapidité avec laquelle les effets de la drogue se font ressentir, l'intensité de l'effet euphorique, la courte durée des effets ressentis, l'accoutumance et le sevrage. (76) Vu que l'injection exacerbe ces effets, ce mode d'absorption augmente donc le risque de dépendance. Enfin, la

consommation de drogues par injection accroît la fréquence de surdoses (7), puisque la substance accède directement au sang.

Plusieurs des conséquences exposées ci-haut sont associées à des facteurs de risque répandus dans cette population. Le partage de seringues et d'autre matériel d'injection usagés constitue d'ailleurs le principal facteur de risque pour la transmission du VIH et du VHC chez les UDI. La réutilisation de seringues, l'injection en groupe dans un contexte précaire et des comportements sexuels à risque sont aussi associés à diverses conséquences néfastes pour la santé des UDI. (69)

Par ailleurs, l'injection de substances psychotropes chez les UDI a certaines répercussions sur le système de santé. En effet, le taux élevé de morbidité dans ce groupe engendre une utilisation plus importante des transports ambulanciers, de même que des services d'urgence et d'hospitalisation. (19)

Finalement certaines conséquences en lien avec l'ordre public proviennent de la pratique de l'injection de drogues chez les UDI. Tout d'abord, une perception de dangerosité peut être ressentie dans la communauté par rapport à la présence de revendeurs et la criminalité liée aux drogues dans les quartiers à concentration plus élevée d'UDI. Il en est de même pour l'injection en milieu public. (10) Environ 59% des UDI interrogés à Montréal affirmaient d'ailleurs s'être injectés des drogues dans un lieu public (parcs, stationnements, allées et autres) ou semi-public (automobiles, cages d'escaliers, édifices abandonnés et autres). (77) Le matériel d'injection usagé laissé à la traîne représente aussi une menace à la population générale. (10) La perception qu'a cette dernière des UDI et de l'amalgame d'effets délétères liés à la consommation de drogues contribue à la stigmatisation sociale de cette population très vulnérable. (78)

2.1.4 Principes d'intervention

Deux grands courants historiques se dégagent quant à l'approche interventionnelle en réaction à la consommation de substances psychoactives dans le monde. Le premier d'entre eux prône l'abstinence et s'inscrit donc dans une idéologie prohibitionniste. Ses bases ont été établies lors de la création du *Prohibition Party*, aux États-Unis, en 1869. Celui-ci condamnait alors l'alcool, mais ses applications se sont répandues à d'autres pratiques et substances, telles que la prostitution et les drogues. Après une période où tout type de drogues pouvait être acheté librement et que leur consommation n'était pas considérée comme un problème de santé publique, le mouvement de prohibition de drogues au niveau international est né en 1909 lors d'une rencontre à Shanghai convoquée par les États-Unis. L'*Opium Exclusion Act* fut alors ratifié, rendant l'importation d'opium illégale et donnant le premier élan à la lutte anti-drogue états-unienne. (79) Depuis, cette doctrine est de mise dans plusieurs pays dont le Canada et les États-Unis et influence grandement les positions stratégiques des partis politiques au pouvoir. En ce qui a trait aux substances psychoactives, elle vise à réduire l'offre et la demande par la mise en œuvre, entre autres, de stratégies nationales antidrogues, où l'application des lois pour la prohibition des substances illicites est renforcée. (80) Bien que convoitée depuis plusieurs décennies par cette idéologie, la société sans drogue est souvent critiquée comme étant utopique et pose certains problèmes au niveau éthique. En effet, l'abstinence n'est envisageable que pour une petite partie de la population UDI, puisque la majorité n'est pas prête à un tel changement subit. Leur instabilité personnelle ou sociale et les difficultés liées au sevrage figurent parmi les nombreux obstacles compliquant la mise en œuvre de cette approche. Son effet sur la morbidité et la mortalité de l'ensemble des UDI serait donc modique. (56) Ainsi, la responsabilité populationnelle, qui implique d'offrir des services à l'ensemble de la population et non seulement aux consommateurs de services, peut difficilement être respectée en adoptant uniquement cette perspective. De plus, certains experts affirment que la prohibition pourrait avoir des effets contraires à ceux visés. Par exemple, en interdisant les lieux où la consommation de drogues est tolérée et en encourageant une répression policière intensifiée, la prise de risques peut devenir plus importante lors de ladite consommation qui devient précipitée. De plus, en subissant de telles mesures coercitives, les usagers de drogues pourraient chercher à tirer davantage profit d'une dose plus

restreinte de ces substances et décider de se l'injecter plutôt que de l'inhaler ou l'ingérer. Malgré leur efficacité douteuse, d'importantes ressources sont allouées aux activités de prohibition stricte des substances psychoactives, faisant davantage de la consommation de drogues une question de loi, plutôt qu'un enjeu de santé. (81) Cependant, depuis la popularisation de l'approche de réduction des méfaits engendrée, entre autres, par la venue du VIH et du syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA) et leur impact sur la population UDI, le prohibitionnisme est de plus en plus questionné. Une nouvelle approche est mise de l'avant pour compléter ledit prohibitionnisme sans toutefois vouloir le remplacer. (79)

L'approche de réduction de méfaits, lorsqu'appliquée au contexte de la consommation de drogues, comprend les «mesures visant à aborder les problèmes de toxicomanies liés à d'autres objectifs que l'abstinence ou la non-consommation». (82) Elle a donc pour objectif de remédier aux causes et conséquences néfastes de la toxicomanie, tels que les facteurs de prédisposition à la consommation de drogues, les comportements à risque associés et ses effets sur la santé, la communauté et l'ordre public, avant de remédier à la toxicomanie elle-même. Elle se base particulièrement sur deux principes directeurs. Tout d'abord, le *pragmatisme* reconnaît l'usage de drogues comme étant une pratique réelle dans notre société qui requiert certaines interventions visant à pallier ses conséquences. D'ailleurs, malgré plusieurs décennies où un budget fédéral important et des mesures répressives furent déployés afin de réduire l'accès aux substances illicites, le coût peu élevé et la pureté préservée de ces dernières indiquent qu'elles sont toujours disponibles et constituent une réalité avec laquelle il faut composer. (83) Ensuite, l'*humanisme* considère les UDI comme des êtres humains ayant, à l'instar de leurs pairs, des responsabilités et des droits, dont celui à la dignité. L'approche de réduction de méfaits permet donc d'inclure les personnes ayant des problèmes de toxicomanie dans la réflexion et la mise en œuvre de solutions permettant d'améliorer leur condition de vie. Cette méthode dont l'efficacité populationnelle est reconnue permet de réduire la morbidité et la mortalité chez les UDI, en plus d'assurer une meilleure utilisation des ressources en place. (84)

Tel que mentionné précédemment, le prohibitionnisme et la réduction de méfaits ne s'opposent pas, mais se complètent plutôt. En effet, cette seconde approche peut

représenter un cheminement vers la première, dans un scénario d'intervention optimal. Ces méthodes se situent sur un continuum où l'application stricte de l'une ne permettra pas l'inclusion de l'autre. Certains compromis doivent donc être établis afin qu'elles puissent être combinées. D'ailleurs, la politique des quatre piliers d'interventions en toxicomanie, inspirée de la Suisse et appliquée à Vancouver, souligne l'importance d'agir sur la prévention, la réduction des méfaits et réinsertion, les traitements diversifiés et la répression (traduction libre) par rapport à cette problématique. (82) Il est à noter que les approches de prohibitionnisme, dite approche traditionnelle, et de réduction de méfaits, ont toutes deux des objectifs de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Ce tableau tiré d'un document produit par le Comité permanent de la lutte à la toxicomanie présente sommairement ces visées. (80)

Tableau I : Objectifs des principes d'intervention en toxicomanie

APPROCHE DE RÉDUCTION DES MÉFAITS <i>(réduction des risques et des conséquences)</i>		APPROCHE TRADITIONNELLE <i>(réduction de l'offre et de la demande)</i>	
<i>diminuer les effets négatifs de l'usage</i>		<i>diminuer l'incidence et la prévalence de l'usage</i>	
réduire les risques de conséquences négatives liées à l'usage	réduire les conséquences négatives de l'usage	réduire/éliminer les risques d'usage	réduire/éliminer l'usage existant
primaire	secondaire/tertiaire	primaire	secondaire/tertiaire

Tiré de : Brisson P. L'approche de réduction des méfaits: sources, situations, pratiques. Québec : Comité permanente de lutte à la toxicomanie, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec; 1997. 127p

Le caractère tolérant et permissif de l'approche de réduction de méfaits permet de situer certaines interventions dans le milieu même où évoluent les populations ciblées. Rhodes et coll. se sont donc intéressés à l'environnement d'intervention comme facteur déterminant le caractère sécuritaire de l'injection. (85) Ainsi, ils ont divisé les interventions documentées en toxicomanie en trois niveaux où l'intégration ou la modification des structures déjà en place varie, soit la «programmation spatiale et l'aménagement urbain», les «interventions intégrées aux relations spatiales déjà existantes» et les «salles de consommation de drogues» (traduction libre).

Tout d'abord, en ce qui a trait à la «programmation spatiale et l'aménagement urbain», les stratégies de surveillance, de régulation et de contrôle par les forces de l'ordre sont établies selon l'emplacement des populations ciblées. Malgré son efficacité à démanteler certains réseaux de trafic de stupéfiants, cette méthode n'est pas recommandée par les auteurs puisqu'elle ne fait que déplacer les populations auprès desquelles une intervention individuelle plus adaptée devrait être menée. (85)

Les «interventions intégrées aux relations spatiales déjà existantes» peuvent être réalisées par des pairs aidants, viser la diminution de risques liés à l'injection dans certains lieux publics et semi-publics (ex. : interventions menées par des intervenants de proximité), ou encore offrir des services dans des lieux fréquentés pour diverses raisons par les toxicomanes, comme c'est le cas pour les centres d'accès au matériel d'injection (CAMI). L'avantage principal de cette méthode est le sentiment d'appartenance bénéfique que des individus peuvent attribuer aux liens et aux lieux qui s'y rattachent. Elle est aussi plus en concordance avec les approches fréquemment utilisées en santé publique. Par contre, certains peuvent la condamner puisqu'elle garde intacts les lieux et relations souvent considérées comme dangereux, tels que les «piqueries» ou la fréquentation d'autres UDI. (85)

Finalement, les «salles de consommation de drogues» sont soit intégrées à des services préexistants, soit construites spécifiquement et exclusivement pour la consommation de drogues par injection. Ces endroits rendent les efforts de prévention encore plus efficaces puisqu'ils garantissent une pratique de l'injection sécuritaire et stérile pour les UDI. Cependant, cette méthode ne se prête pas à tous les contextes, puisque de telles salles doivent être établies préférentiellement à proximité de lieux où le trafic de drogues s'opère et où une concentration élevée d'UDI évolue. Aussi, en plus d'être complexe politiquement et éthiquement, cette intervention est contrainte par une capacité limitée et requiert parfois l'application de règles de fonctionnement pouvant être en désaccord avec celles de la population UDI, telles que l'interdiction d'assister un pair lorsqu'il s'injecte. (85)

Les SIS intégrés à des organismes déjà en place se situent à la jonction de la seconde et de la troisième catégorie, puisqu'ils profitent de relations spatiales existantes tout en ajoutant

la supervision des injections aux services offerts. En tenant compte du contexte actuel de la population UDI explicité dans cette première partie de la recension des écrits, il va sans dire que «dans une perspective de réduction des méfaits, l'amélioration de l'organisation et de l'intégration des services à l'intention des personnes utilisant des drogues par injection exige des projets novateurs favorisant leur accueil et leur réinsertion sociale.» (86)

2.2 SERVICES D'INJECTION SUPERVISÉE

2.2.1 Efficacité des interventions alternatives et nécessité des SIS

Malgré le volume et la diversité des contextes d'étude, la littérature documentant l'efficacité des mesures à adopter pour amenuiser les conséquences de l'injection chez les UDI est controversée et ce, autant au niveau national qu'international. Par exemple, en ce qui a trait à la réduction du taux de VIH dans cette population, certains experts ayant réalisé une revue de la littérature internationale à ce sujet assurent que les preuves de l'efficacité des programmes d'échange de seringues sont accablantes (*overwhelming*). (14) D'autres experts, ayant effectué une «revue des revues» (*review of reviews*), qualifient plutôt les preuves quant à l'efficacité de ces programmes par rapport au taux de VIH comme étant provisoires (*tentative*), vu que d'importantes différences sont notées entre les études analysées. En ce qui a trait à l'efficacité de ces programmes à diminuer le taux de VHC dans la population UDI, les preuves sont toujours insuffisantes. Cependant, il semble exister un consensus dans la littérature à l'effet que ces programmes d'échange de seringues diminuent les comportements d'injection à risque (87). C'est donc par extrapolation que plusieurs attribuent à ces programmes une diminution dans les taux de VIH ou de VHC. De plus amples recherches à ce sujet semblent cependant nécessaires. Au Québec, malgré un réseau de CAMI bien développé, les incidences de VIH et de VHC demeurent élevées au sein de la population UDI. (2) De plus, les surdoses constituent une préoccupation majeure en santé publique, une hausse significative ayant d'ailleurs été notée à Montréal dans les dernières années. En effet, 51 décès par année ont été attribués à une surdose entre 2000 et 2005 à Montréal, alors que ce nombre passait à 72 décès annuels entre 2006 et 2009. (88) De plus, une augmentation fulgurante du

nombre de surdoses a été observée à Montréal pendant les mois de mai et juin 2014, alors que 53 cas d'intoxication sévères, dont 18 décès, ont eu lieu. Trois quarts de ces décès auraient résulté d'une consommation par injection. (89) Plusieurs autres conséquences physiques et psychosociales chez les UDI, de même que les effets de la consommation de drogues par injection sur le système de santé et la communauté, sont inquiétants. Pour ces raisons et en considération des mœurs de bonne pratique établies en santé publique, une intervention unique ne semble pas indiquée. L'OMS déclarait d'ailleurs, dans un rapport sur l'efficacité des programmes d'échanges de seringues publié en 2004, que cette intervention semble nécessaire mais non suffisante. (90) Il y aurait donc lieu de mettre en place des services complémentaires pour améliorer l'efficacité de cette approche de réduction de méfaits auprès des UDI, tels que des SIS qui regrouperaient un ensemble de ressources offertes à cette population vulnérable.

2.2.2 Fonctionnement des SIS

Mis à part quelques détails, la plupart des SIS dans le monde opèrent de façon similaire. Ils ont pour objectifs principaux de contribuer à la diminution de l'usage de drogues en public, du nombre de surdoses et du risque de contracter des maladies infectieuses, d'améliorer la relation entre une population à risque hautement marginalisée et le système de santé, de même que d'accroître son usage des services de santé lorsque nécessaires et des services de traitement de dépendance aux substances psychoactives. (91) En pratique, les UDI pénètrent d'abord dans une aire d'accueil où leur entrée est enregistrée de façon à garantir l'anonymat des usagers et où du matériel stérile d'injection leur est remis. Cette première étape garantit qu'aucune seringue usagée ne sera utilisée à l'intérieur du SIS, évitant ainsi tout risque infectieux pour la santé des UDI. Ensuite, ceux-ci passent à l'aire d'injection où, sous la supervision continue d'un intervenant ou d'une infirmière, ils peuvent s'injecter les psychotropes qu'ils se sont procurés préalablement hors du SIS. Cette injection se fait dans un contexte sécuritaire, sans crainte de réprimandes des autorités policières. Après leur consommation, les UDI sont accompagnés à une aire de repos où des intervenants et/ou des pairs aidants sont présents pour les soutenir, au besoin. D'autres professionnels, tels que des conseillers en traitements de désintoxication, peuvent également y être. De plus, un système de

références aux ressources pertinentes, telles que celles en désintoxication, en santé mentale ou en hébergement, est mis en place et facilité par les intervenants pour qu'une opportunité soit donnée aux UDI de stabiliser leur situation. En règle générale, ces derniers peuvent utiliser le SIS plusieurs fois par jour. Il est à noter qu'une distinction est faite entre un centre et un service d'injection supervisée. En effet, alors que les centres sont construits de toutes pièces dans un endroit qui leur est propre, les SIS sont habituellement greffés à un établissement offrant déjà des ressources aux UDI. De cette manière, une optimisation de la couverture de la population cible est assurée, puisqu'elle connaît déjà le lieu où le SIS est intégré. De plus, les SIS peuvent être situés dans un endroit fixe ou dans une unité mobile afin d'être accessibles à un maximum d'UDI. D'ailleurs, selon Rhodes et coll., les SIS sont configurés de manière à être implantés dans des contextes de concentration géographique de la population UDI, où sont observés des taux élevés de morbidité et mortalité liées à l'injection. Il en est de même pour les taux d'injections en lieu public et l'inquiétude de la communauté par rapport à l'ordre public. (85)

En résumé, les SIS comportent une structure composée de ressources humaines, soit le personnel infirmier, les travailleurs communautaires, les professionnels additionnels (ex.: conseillers en traitements de désintoxication) et les gestionnaires, et de ressources matérielles. Ces ressources permettent la mise en place de différentes activités, telles que l'enseignement de méthodes d'injection sécuritaires, l'accès au matériel stérile d'injection, la surveillance de l'injection par un personnel infirmier, les services de références en désintoxication et autres ressources, la présence de corridors de services assurant le suivi des références, de même que la collaboration des services de police et autres figures d'autorités publiques. Dans leur ensemble, ces activités ont pour objectifs la mise en place de conditions d'injection à risque minimal pour la santé, d'une offre de services adaptée aux besoins de la population UDI et d'une accessibilité à un lieu spécifique pour l'injection.

2.2.3 Avantages et défis

2.2.3.1 Avantages

Les SIS constituent une intervention de santé publique ayant fait ses preuves au niveau international. À l'heure actuelle, plus de 90 SIS existent dans le monde. Selon les évaluations réalisées sur différents SIS, certains de leurs avantages semblent évidents. Ils rendent d'abord possible la création d'un lien entre les UDI et le système de santé, facilitant ainsi leur accès aux ressources pertinentes. De plus, l'approche des SIS en est une flexible qui peut être adaptée à différents contextes et réalités. Selon les besoins rencontrés, certains peuvent être installés dans une unité mobile, alors que d'autres sont plus bénéfiques lorsqu'intégrés à un site fixe. Les règles d'opération peuvent également être façonnées selon les limites de l'acceptabilité inhérente aux différents acteurs concernés, permettant ou prohibant l'accès au SIS aux mineurs, aux femmes enceintes, aux UDI déjà intoxiqués, par exemple. Aussi, les interactions entre les différents intervenants articulent une approche multidisciplinaire favorable à l'évaluation plus complète des besoins des UDI. L'approche individuelle proposée optimise les références aux diverses ressources en place. (12)

Outre ces avantages, d'autres nécessitent une investigation plus approfondie pour qu'une association aux SIS soit suggérée. Ainsi, la littérature canadienne associe aux SIS la diminution du partage d'équipement d'injection chez les UDI (92) et l'amélioration des techniques d'injection, rendues plus hygiéniques (20), menant à une diminution de la transmission du VIH (14) et des autres infections liées à l'injection. (15) Il en est de même pour la diminution du nombre de décès par surdose (16) et de la gravité des surdoses non fatales (17) chez les UDI et pour l'amélioration de leur accès aux traitements de dépendance. (93, 94) Une augmentation significative de 30% de l'utilisation des services de désintoxication a d'ailleurs été observée, menant à un taux plus élevé d'initiation d'un traitement de dépendance à long terme. (95) Les SIS semblent aussi contribuer à amoindrir le fardeau résultant de l'injection de substances illicites sur le système de santé, réduisant le taux d'utilisation des urgences et d'hospitalisation au profit d'une meilleure prise en charge des UDI par le personnel infirmier sur place. (19) Plusieurs études associent également aux SIS la diminution de la fréquence d'injections en public (20, 21), du nombre de seringues jetées en

lieu public (20, 21), l'amélioration de la perception de nuisance des UDI par la communauté (96) et une collaboration des corps policiers qui réfèrent les UDI aux SIS. (97) Finalement, les SIS présentent des bilans d'analyses de coûts-bénéfices assurant leur rentabilité pour les villes qui les accueillent, les gouvernements et le système de santé et ce, même pour des estimations d'efficacité prudentes. (84) Bien que ces nombreuses études réalisées à Vancouver en lien avec *Insite* fassent état de multiples effets positifs attribués au SIS, la vigilance est de mise quant à l'interprétation de leurs résultats. En effet, tant pour la littérature portant sur *Insite* que sur d'autres SIS dans le monde, certains écueils méthodologiques ont été notés. Davies a dénoncé la carence d'informations de base sur la population UDI, le manque de clarté dans certains concepts et définitions (ex.: injection en public), les indicateurs de succès trop faciles à atteindre (ex.: nombre de références comme indicateur d'utilisation de services), les biais d'auto-déclaration, certaines faiblesses statistiques dans les devis descriptifs ou transversaux utilisés et la diversité des SIS étudiés dans les études internationales. (98) Malgré tout, le corps littéraire scientifique international portant sur les SIS et leurs effets est important et les résultats en émanant sont en congruence avec ceux observés à Vancouver. (99)

2.2.3.2 Défis

Comme toute intervention de santé publique, les SIS présentent également certains défis. Ceux-ci proviennent principalement d'inquiétudes soulevées par différents acteurs concernés et de considérations éthiques. Tout d'abord, certains questionnements concernent davantage les UDI et le principe d'intervention même des SIS. Plusieurs sceptiques s'interrogent à savoir si le fait de bénéficier d'un endroit sécuritaire pour s'injecter n'entraînerait pas une réduction du nombre d'UDI voulant prendre en main leur dépendance et par le fait même une augmentation de la consommation de drogues par injection. (99) Cette hypothèse a été réfutée par des études démontrant l'augmentation du nombre de références au conseiller en dépendances et d'initiations de traitements de dépendance à long terme. (95) Pour les mêmes raisons, une seconde appréhension concerne plutôt le potentiel des SIS à augmenter le nombre de rechutes. (99) Cependant, une comparaison avant-après a été réalisée auprès de la cohorte à l'étude d'*Insite* et a démontré qu'aucun changement substantiel n'était

observé à cet effet. (100) D'autres s'interrogent quant à l'influence des SIS sur l'initiation de la consommation de drogues par injection. (12) Une étude menée à Vancouver a analysé les circonstances entourant une telle initiation et n'a trouvé aucune preuve d'association avec le SIS implanté. (101) Une inquiétude fut également prononcée quant à la capacité des SIS à accueillir l'ensemble des UDI. (85) En pratique, les SIS ne peuvent recevoir tous les UDI d'une région donnée à chaque fois qu'ils s'injectent. En effet, une seule personne dépendante à la cocaïne, par exemple, peut s'injecter cette substance plusieurs dizaines de fois par jour. Par contre, il a été démontré que le SIS *Insite*, à l'instar des autres services de ce genre, attire surtout les plus vulnérables, soit les UDI à haut risque d'infections et de surdoses, qui s'injectent dans des lieux publics et laissent des seringues à la traîne. (18) L'impact des SIS est donc optimal dans la mesure de ses capacités. De plus, ils agissent comme un centre de référence où sont concentrées les ressources pertinentes aux besoins des UDI.

En ce qui a trait aux inquiétudes concernant la communauté, certains s'interrogent à savoir si la présence d'un SIS dans une région donnée pourrait y attirer les UDI et les revendeurs de drogues et ainsi hausser son taux de criminalité. (10) Des études réalisées à Vancouver démontrent que, dans le quartier *Downtown Eastside* où le SIS *Insite* a été implanté, le nombre de revendeurs de drogues suspectés n'a pas augmenté une fois celui-ci ouvert (99), tout comme le nombre d'arrestations en lien avec le trafic de drogues, le nombre de cambriolages, de vols de véhicules et d'intrusions par infraction dans des véhicules. (102)

Finalement, pour ce qui est des inquiétudes par rapport au système de santé, certains se demandent si les ressources humaines, matérielles et financières allouées aux SIS ne pourraient pas être utilisées plus efficacement en prévention et en traitement de la toxicomanie. (96) Cependant, c'est ce qui est fait depuis plusieurs années au Canada et les nombreuses études menées auprès des UDI démontrent que d'autres recours sont nécessaires pour améliorer leur santé physique et leur condition psychosociale. De plus, les ratios coûts-avantages et la rentabilité d'un SIS comme *Insite* sont favorables (84, 96), bien que le modèle d'analyse utilisé soit critiqué (13) et que les estimations soient jugées conservatrices. (103) La diminution du nombre d'hospitalisations suite à des infections bactériennes liées à l'injection, la prise en charge de la majorité des surdoses qui seraient autrement évaluées au département

d'urgence par le personnel infirmier et le potentiel de prévention des infections au VIH et au VHC contribuent à réduire les coûts inhérents à la pratique d'injection de drogues sur le système de santé.

2.2.4 Considérations éthiques en lien avec les SIS

Bien que les interrogations explicitées précédemment puissent trouver réponse dans la littérature scientifique, d'autres aspects présentant des défis dans la mise sur pied des SIS restent questionnables. En effet, plusieurs considérations éthiques doivent être prises en compte au préalable afin d'établir les règles de fonctionnement de ces services. Le cadre éthique proposé par Calahan et Jennings (104) est ici utilisé pour maximiser l'exhaustivité des aspects couverts. Ces auteurs font état de quatre types d'éthique à considérer dans ce projet.

Tout d'abord, l'éthique professionnelle permet d'explorer divers éléments du contexte organisationnel des SIS (décalage entre la gestion technocratique des institutions de santé et la réalité du terrain, déjudiciarisation des UDI utilisant le service), de leur contexte interprofessionnel (disparité des idéologies entre les différents professionnels impliqués) et du contexte relationnel des acteurs concernés (confidentialité, relations de pouvoir et de moralisation du personnel aidant).

Ensuite, l'éthique appliquée relève plutôt des courants philosophiques pertinents. L'utilitarisme considère surtout les bienfaits d'une intervention et encourage la pleine liberté individuelle tant qu'elle ne cause pas de tort à autrui. Dans le contexte des SIS, l'utilitarisme souligne donc l'importance de documenter l'effet d'un SIS sur le taux de criminalité du quartier où il est implanté, par exemple. Un autre courant de pensée pertinent serait celui prônant les vertus. Dans ce cas, la vertu de la compassion et les limites de son application en rapport à l'approche de réduction des méfaits stimulent la réflexion.

Le troisième type d'éthique est celui de la promotion des droits de la personne. En ce sens, l'emprunt de certains concepts bioéthiques s'avère pertinent. La bienfaisance

recommande donc une optimisation des bénéfices pour la santé des UDI tout en réduisant les inconvénients liés à leur consommation de drogues. La non-malfaisance, quant à elle, condamne la non-action des instances de santé publique et politiques lorsqu'il y a possibilité de réduire davantage les risques et la souffrance des UDI par rapport à leur toxicomanie. (103) Le principe de responsabilité concerne également les autorités de santé publique puisqu'elles doivent répondre à l'endémie du VIH et du VHC chez la population UDI. Finalement, les concepts de justice et d'équité renvoient à la notion d'humanisme, où tous les UDI, en tant qu'êtres humains, ont le droit d'être traités avec dignité et de manière équitable. L'État reconnaît d'ailleurs l'inégalité de la distribution des déterminants sociaux influençant la consommation de drogues et les comportements à risque qui en découlent. (103)

Le quatrième type d'éthique est celui dit critique. Il concerne l'acceptabilité par le public et la participation citoyenne, qui sont nécessaires à la conformité éthique d'une intervention. Le projet de loi présenté en juin 2013 par l'ex-ministre fédérale de la Santé Leona Aglukkaq et décrit subséquemment vise d'ailleurs à renforcer cet aspect dans le processus d'approbation gouvernementale de la mise sur pied de SIS. (105)

En résumé, le cadre éthique de Calahan et Jennings permet d'explorer plusieurs dimensions importantes à considérer dans l'évaluation de la pertinence de SIS.

2.2.5 Conjoncture internationale

Bien que le concept de SIS soit perçu comme relativement nouveau par la population canadienne, cette intervention existe officiellement depuis plus de 25 ans. Cependant, certaines initiatives non officielles et semi-officielles de tolérance de consommation de drogues par injection ont eu lieu dans des centres de traitement de dépendances et dans des organismes de services à l'enfance en Angleterre à la fin des années 1960, aux Pays-Bas au début des années 1970 et en Suisse, une décennie plus tard. (12) Le premier SIS officiel, par contre, a vu le jour en 1986 à Berne, en Suisse, dans les locaux d'un bistro social reconnu pour attirer des personnes marginalisées. Les instigateurs de ce service ont ensuite eu l'approbation

légale de l'Office fédéral suisse pour la santé publique pour continuer leurs activités en 1989, puisqu'il avait été démontré que les injections y étaient réalisées de manière plus hygiénique. Cet endroit fut ainsi considéré comme une institution de santé, puisqu'une supervision médicale y avait cours et que la vente de drogues y était proscrite. Le second SIS a été conçu à Rotterdam, aux Pays-Bas, en 1990. Une entente tripartite entre les autorités policières, le maire et le procureur général a cependant été nécessaire, en 1996, pour clarifier la permission de la possession de substances illicites en ce lieu. Plusieurs autres SIS se sont développés ensuite. En Allemagne, bien que les premières initiatives visant l'implantation de SIS aient eu lieu en 1990 à Francfort et à Hambourg, il fallut attendre jusqu'en 2000 pour qu'un amendement formel à la loi nationale sur les narcotiques soit voté et permette leur ouverture. L'Espagne, la Norvège et le Luxembourg ont également suivi. Le cas de l'Australie est particulier puisque les démarches ayant mené à l'implantation d'une offre de SIS sont similaires à celles du Canada. Les débats sur la mise en place de SIS furent entamés en 1997 et les instances gouvernementales donnèrent leur approbation pour l'ouverture d'un tel service à Sydney en 1999, déclinant cependant les demandes de Victoria et de Nouvelles-Galles-du-Sud. Cette autorisation avait pour condition que le SIS soit soumis à une législation lui permettant d'évoluer comme projet de recherche. L'ouverture officielle du *Medically Supervised Injecting Centre* eut donc lieu en 2001. En France, le débat initié en 2009 est toujours en cours et provoque un déchirement au cœur même du corps politique. (106) Malgré la diversité des contextes, certaines règles de fonctionnement ont été entérinées par la majorité des SIS, tels que leur intégration à un continuum de services pour la population UDI, l'inscription obligatoire des UDI à l'entrée et l'interdiction de s'initier à l'injection, de vendre, d'acheter ou d'échanger des drogues en ces lieux. (103) Les drogues inhalées y sont parfois permises. Les SIS accueillent surtout des résidents locaux et jouissent d'une grande flexibilité au niveau des heures d'activité, des services en place et de leur emplacement fixe ou mobile.

2.2.6 Conjoncture canadienne

Vu l'ampleur de la problématique de la consommation de drogues par injection au Canada et les succès des SIS en Europe pour en diminuer les conséquences néfastes, un

groupe de travail canadien a été formé en 2001 pour étudier la possibilité de mettre en place des projets de recherche sur la supervision de la consommation de drogues par injection. Ensuite, en mars 2002, un forum de discussion fut organisé pour que plusieurs acteurs concernés provenant des villes de Vancouver, Montréal, Québec et Winnipeg puissent mettre en commun l'information colligée sur les SIS. En cette même occasion, les modalités d'implantation d'un projet de recherche médicale sur l'injection de drogues supervisée furent discutées. (103) Pour mener à bien cet objectif, un amendement à la Loi réglementant certaines drogues et autres substances était nécessaire. En effet, celle-ci défend toute possession, usage ou trafic de substances illicites, ce qui contrevient à la nature même des SIS, où les UDI doivent apporter les drogues qu'ils consommeront. Cependant, l'article 56 de cette loi prévoit certaines exceptions, c'est-à-dire que «s'il estime que des raisons médicales, scientifiques ou d'intérêt public le justifient, le ministre [de la Santé] peut, aux conditions qu'il fixe, soustraire à l'application de tout ou partie de la présente loi ou de ses règlements toute personne ou catégorie de personnes, ou toute substance désignée ou tout précurseur ou toute catégorie de ceux-ci.» (107) Ainsi, en décembre 2002, Santé Canada a déposé un document d'orientation provisoire servant de guide à la demande d'obtention d'exemptions à la loi en question. (103)

Par la suite, seulement Vancouver a pu mener à terme les démarches visant à implanter des SIS, cette ville devenant la première en Amérique à prodiguer officiellement de tels services aux UDI. Ainsi, le SIS *Insite* a vu le jour à Vancouver en 2003. Étant donné qu'il constituait un projet de recherche médicale, des études avant-après exposition au SIS, sans groupe témoin, ont pu être réalisées et l'impact positif d'*Insite* sur les UDI, la communauté et le système de santé a pu être démontré. Il est à noter que, dans cette même ville, le *Dr Peter Center* permet à ses patients séropositifs au VIH de s'injecter depuis son inauguration en 2002, sans qu'une exemption à la loi ne soit requise.

Malgré cela, Tony Clement, qui était alors ministre de la Santé, a ordonné en septembre 2006 la mise sur pied d'un comité consultatif d'experts dont le mandat était d'investiguer l'incidence des SIS sur la criminalité, la prévention et le traitement de la consommation de drogues par injection. (108) Nonobstant les résultats positifs du rapport

présenté le 1^{er} mars 2008 (96), le ministre a refusé de reconduire l'exemption à la Loi réglementant certaines drogues et autres substances précédemment octroyée à *Insite*. S'en est suivie une bataille juridique jusqu'à ce qu'une décision de la Cour Suprême du Canada soit donnée le 30 septembre 2011. Celle-ci, favorable à l'intention du SIS de Vancouver, reconnaissait que «le fait de priver la population qu'*Insite* dessert des services qu'il offre et l'augmentation corrélative du risque de décès et de maladie pour les consommateurs de drogues injectables sont exagérément disproportionnés par rapport aux avantages que le Canada pourrait tirer d'une position uniforme sur la possession de stupéfiants.» (109) Ce jugement condamnait donc la décision du gouvernement fédéral qui espérait priver les UDI d'un SIS, statuant ainsi des bienfaits de ce service pour la santé de la population qu'il dessert. Ce jugement, bien qu'il ait eu lieu en Colombie-Britannique et que la jurisprudence ne s'applique qu'à l'échelle provinciale, a également ouvert la porte aux autres provinces qui voudraient se pourvoir de SIS.

Le 6 juin 2013, l'ex-ministre fédérale de la Santé, Mme Leona Aglukkaq, a annoncé le dépôt du projet de loi controversé C-65, soit la Loi sur le respect des collectivités. (110) Celui-ci complexifiait encore davantage le processus de demande d'exemption à la Loi réglementant certaines drogues et autres substances. En effet, il obligeait les requérants à fournir les résultats de sondages d'opinion auprès des instances concernées par la mise en place d'un SIS tout en présentant les façons dont ils remédieront aux inquiétudes soulevées. Des preuves supplémentaires sur les bénéfices des SIS pour les UDI et pour la communauté étaient également requises. Finalement, ce projet de loi a permis au ministre fédéral de la Santé de poser un avis de demande donnant lieu à une période de 90 jours de commentaires publics, où les Canadiens peuvent transmettre leur opinion directement au ministre. Ce projet a soulevé d'importantes préoccupations chez les autorités de santé publique, puisqu'il complique un processus déjà complexe. Docteur David McKeown, médecin hygiéniste de Toronto, a d'ailleurs émis un rapport où, appuyé par l'Association des centres de santé de l'Ontario, il demandait que le projet de loi C-65 soit retiré. Il recommandait également à la ville de Toronto d'encourager le gouvernement provincial à financer les initiatives de SIS et d'intégrer ceux-ci aux centres de soins primaires. (111) Le projet de loi C-65 a été abandonné lors de la quatrième prorogation du Parlement, le 13 septembre 2013, puis remplacé par le projet de loi

C-2, déposé en octobre 2013. Ce dernier a été accueilli tout aussi négativement puisqu'il imposait de nouveaux obstacles à la mise sur pied de SIS. (112) Les débats sur l'implantation d'autres SIS au Canada sont donc toujours en cours et relèvent d'abord et avant tout d'un conflit d'idéologies entre divers acteurs dont la participation au projet est essentielle.

2.2.7 Conjoncture québécoise

Depuis la fin des années 1980, plusieurs programmes d'accès au matériel stérile d'injection ont vu le jour au Québec. D'autres ressources, telles que les programmes de prévention du VIH et du VHC, les centres de traitement de la dépendance aux opiacés (TDO) et ceux de réadaptation en dépendance, se sont également développées. (103) Aujourd'hui, plus de 1200 CAMI sont fonctionnels sur le territoire québécois. (113) Ceux-ci sont intégrés à des pharmacies, des centres de santé et de services sociaux (CSSS), des organismes communautaires, des cliniques médicales ou encore des centres spécialisés de prévention. (114) Cette pluralité de partenaires permet une collaboration profitable à tous les acteurs concernés par la santé des UDI, tout en les sensibilisant aux besoins de cette population et à l'approche de réduction des méfaits. (103) De plus, la facilitation de l'accès au matériel stérile d'injection est une mesure qui a été prouvée efficace. (79) Montréal jouit d'ailleurs d'une des politiques de distribution de seringues les plus libérales en Amérique du Nord, puisqu'aucun nombre maximum de seringues n'est imposé et que celles-ci sont disponibles à prix modique dans plusieurs pharmacies. (115) Cependant, malgré cette tolérance et l'ampleur des besoins de la population UDI dans la métropole, aucun SIS officiel n'y a encore vu le jour. Plusieurs démarches ont été entreprises par des autorités montréalaises de la santé publique pour y remédier. Tout d'abord, M. Roger Bertrand, ministre délégué à la santé, aux services sociaux, à la protection de la jeunesse et à la prévention en 2002, a inscrit les SIS au programme du ministère. Puis, plusieurs instances de la santé ont recommandé l'implantation de SIS. La position favorable du MSSS à cet effet peut être identifiée dans plusieurs publications (22), dont :

- la *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement : Orientations 2003-2009* (116);
- le *Programme national de santé publique 2003-2012, Mise à jour 2008* (117);
- les *Actions proposées pour la prévention du VIH-sida et de l'hépatite C chez les personnes utilisatrices de drogues* (6);
- le *Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population québécoise, les infections transmissibles sexuellement et par le sang, l'épidémie silencieuse*, publié en 2010 (118).

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) recommande également l'implantation de SIS dans son *Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée* paru en 2010. (103) La Société nationale des spécialistes pour la médecine communautaire et l'Association des médecins spécialistes en santé communautaire du Québec se sont aussi positionnées en faveur de l'implantation des SIS en octobre 2009 et une seconde fois en octobre 2011. (119) Au niveau métropolitain, le rapport 2010 du Directeur de la santé publique de Montréal faisait état de la situation alarmante du VIH et de l'hépatite C au sein de la population UDI montréalaise. (120) La lutte aux ITSS est ainsi devenue une priorité du Plan d'action régional 2010-2015 de la région de Montréal, où la mise en place d'un SIS y est suggérée. (121) Une équipe d'experts montréalais a également réalisé une étude de faisabilité sur l'implantation d'une offre de SIS dans la métropole. (10) Finalement, le MSSS a rendu publiques, le 9 janvier 2013, des *Balises quant à l'ajout de services d'injection supervisée dans les établissements de santé et de services sociaux et les organismes communautaires desservant des personnes qui font usage de drogues par injection*. (22) Ce document présentait les onze étapes à respecter pour satisfaire les exigences du MSSS quant au processus visant l'approbation de SIS. Ces étapes sont résumées à l'annexe II.

En résumé, la position de différentes instances de santé publique et du MSSS semble claire et encourage la mise sur pied de SIS. À ce jour, les promoteurs locaux de ce projet d'intervention l'ont présenté au gouvernement provincial, tel que stipulé dans les balises mentionnées précédemment. Bien que plusieurs démarches bureaucratiques soient entreprises

pour que les SIS voient le jour au Québec, les besoins criants au sein de la population UDI ne peuvent attendre. C'est pourquoi le niveau de tolérance quant aux règles d'opération des organisations œuvrant auprès des UDI est variable. (122)

2.2.8 Conjoncture montréalaise

Bien que la situation de la population UDI montréalaise soit de mieux en mieux documentée, celle de son homologue montréalaise l'est beaucoup moins. Pourtant, le rapport 2010 de la Directrice de santé publique portant sur les ITSS a fait état de la recrudescence de ces infections en Montérégie, en mentionnant les UDI comme étant un groupe vulnérable visé par les interventions de santé publique. (123) De plus, les données du réseau SurvUDI permettent de connaître quelques caractéristiques de la population UDI et démontrent sa présence notoire en Montérégie. (124) Aussi, d'autres sources de données documentent l'importance du nombre de trousse de matériel stérile d'injection distribuées dans les CAMI. (125) La DSP de la Montérégie, à l'instar de ses homologues québécoises, épaulé les CSSS de la région et leur fournit du matériel stérile d'injection pour qu'il soit distribué dans les CAMI. Cependant, aucun travail de conciliation des informations disponibles n'a encore été fait pour tracer un portrait plus général de la population UDI montréalaise et analyser la pertinence de l'implantation de SIS dans la région. Ce projet de recherche, dont la structure est inspirée des balises proposées par le MSSS (22), a donc tenté de remédier à cette carence d'information afin que les résultats en découlant puissent servir aux acteurs montréalais concernés par les besoins des UDI.

La Montérégie

La Montérégie est une région administrative de la province du Québec. D'une grande diversité, elle comporte autant des zones rurales qu'urbaines. Son vaste territoire est limitrophe au nord avec la région administrative de Montréal et au sud avec les États-Unis. Certaines municipalités de la Montérégie, dont Longueuil, sont comprises dans la région métropolitaine de Montréal.

3. PERTINENCE DE L'ÉTUDE

La question de la consommation de drogues par injection en est une d'importance au Canada et au Québec. En effet, en plus d'affecter une population hautement vulnérable, ses effets s'étendent également, bien qu'indirectement, à l'ensemble de la communauté. Une compréhension des besoins des UDI est nécessaire à l'élaboration d'une offre efficace de soins et de services adaptés. Un travail de consolidation des informations disponibles est donc essentiel pour qu'une première analyse de besoins soit réalisée en Montérégie, où le nombre d'UDI est estimé à 5105 (11). Un portrait de la situation portant sur des caractéristiques de la population UDI montréalaise et des services qui lui sont offerts s'est avéré utile en ce sens. L'exploration d'une piste d'intervention jusqu'à maintenant non investiguée en Montérégie, soit celle du SIS, a également su stimuler la réflexion quant à une actualisation de ces services offerts aux UDI. D'ailleurs, ce projet de recherche découlait d'un intérêt démontré par le CRD Le Virage, l'organisme public régional responsable des services aux personnes aux prises avec une dépendance en Montérégie. La consommation de drogues par injection est répandue sur l'ensemble du territoire montréalais et constitue une problématique importante sur plusieurs points de vue. Les conclusions des analyses de besoins et de pertinence d'une offre de SIS en Montérégie sont donc fort pertinentes.

4. OBJECTIFS DU PROJET

Ce projet comporte deux volets, pour chacun desquels un objectif général est statué. Le premier objectif général contient deux sous-objectifs. La méthodologie du projet d'étude sera présentée en fonction de ces objectifs.

Tableau II : Objectifs généraux et sous-objectifs du projet de recherche¹

Objectif général 1		Tracer un portrait de la consommation de drogues par injection et de ses conséquences en Montérégie	
	Sous-objectif	1.1	Définir les caractéristiques sociodémographiques, les profils de consommation, les comportements à risque et les conséquences de la consommation de drogues sur la santé physique et la condition psychosociale de la population UDI montérégienne
	Sous-objectif	1.2	Décrire certaines conséquences de la consommation de drogues, par injection ou non, des UDI sur la communauté
Objectif général 2		Évaluer la pertinence de l'implantation d'un service d'injection supervisée selon les acteurs stratégiques concernés sur le territoire montérégien	

¹ Il est à noter qu'initialement, un sous-objectif additionnel était prévu et visait à réaliser un répertoire des services disponibles à la population UDI montérégienne. Cependant, un tel répertoire existe déjà et peut être commandé sur le site web de l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec (AITQ).

5. CADRE DE RÉFÉRENCE DE L'ANALYSE STRATÉGIQUE

Ce projet consistait en une analyse stratégique visant à «déterminer la pertinence d'une intervention, c'est-à-dire l'adéquation ou la cohérence entre les objectifs de l'intervention et les problèmes à résoudre.» (126) Dans le cadre de ce projet de recherche, nous voulions donc déterminer l'adéquation entre les objectifs d'un SIS et les problématiques vécues par les UDI montérégiens. L'analyse stratégique de ce projet de recherche s'est donc réalisée en deux phases, soit une évaluation des besoins des UDI montérégiens et une évaluation de la pertinence d'un SIS en Montérégie.

Premièrement, nous avons procédé à une évaluation des besoins afin de décrire les «problèmes à résoudre». Selon Pineault et Daveluy, l'évaluation des besoins permet de: 1) relever l'importance des problèmes de santé et des facteurs qui y sont associés, 2) évaluer l'efficacité des mesures prises par la communauté pour satisfaire ces besoins, 3) identifier les valeurs politiques et sociales de la communauté à l'étude et 4) favoriser la connaissance des ressources communautaires et l'identification de pistes d'intervention pour solutionner les

problèmes présents. (127) L'évaluation des besoins se subdivise en deux étapes, décrites comme suit (127) :

- 1) Identification des problèmes de santé
 - Mesure de l'état de santé et collecte d'information
- 2) Détermination des besoins
 - Interprétation et analyse des données recueillies pour estimer l'importance relative des problèmes de santé identifiés et définir les besoins de santé
 - Jugement sur la signification à donner à l'information recueillie

Dans le cadre de ce projet de recherche, la réalisation des deux objectifs généraux (tableau II) a permis de documenter l'état de santé (étape 1) et les besoins (étape 2) de la population UDI montréalaise. Pour répondre à ces objectifs, une méthode de collecte de données mixte a été privilégiée, celle-ci relevant du quantitatif pour le premier objectif général et du qualitatif pour le second. Il est à noter que, malgré le fait que l'objectif général 2 visait principalement à réaliser une évaluation de la pertinence d'un SIS en Montérégie, l'exploration des besoins des UDI était une partie intégrante de cette dernière.

Deuxièmement, ce projet de recherche visait donc à réaliser une évaluation de la pertinence d'une offre de SIS en Montérégie. Le second objectif général a permis une telle réalisation via une méthode de collecte qualitative. Pour cet aspect, la structure d'évaluation a été inspirée d'un cadre de référence présenté par Brousselle, Champagne, Contandriopoulos et Hartz. (126) Celui-ci réunissait trois modèles permettant de décrire respectivement une problématique, une intervention et l'adéquation entre ces concepts. Ces modèles se complétaient l'un l'autre et étaient interconnectés.

Tout d'abord, un **modèle causal** a été bâti pour présenter les causes associées aux problèmes spécifiques en lien avec la consommation de drogues par injection. Étant donné que ce projet considérait les conséquences d'un SIS sur la problématique de consommation, les causes et les problèmes ont été divisés selon qu'ils étaient visés ou non par cette intervention.

Ensuite, un **modèle logique opérationnel** a été conçu afin de décrire la façon dont les ressources pourraient être utilisées dans le cadre d'un SIS pour que des activités (processus) donnent lieu à des résultats espérés (objectifs de production) susceptibles de pallier certaines problématiques vécues par les UDI.

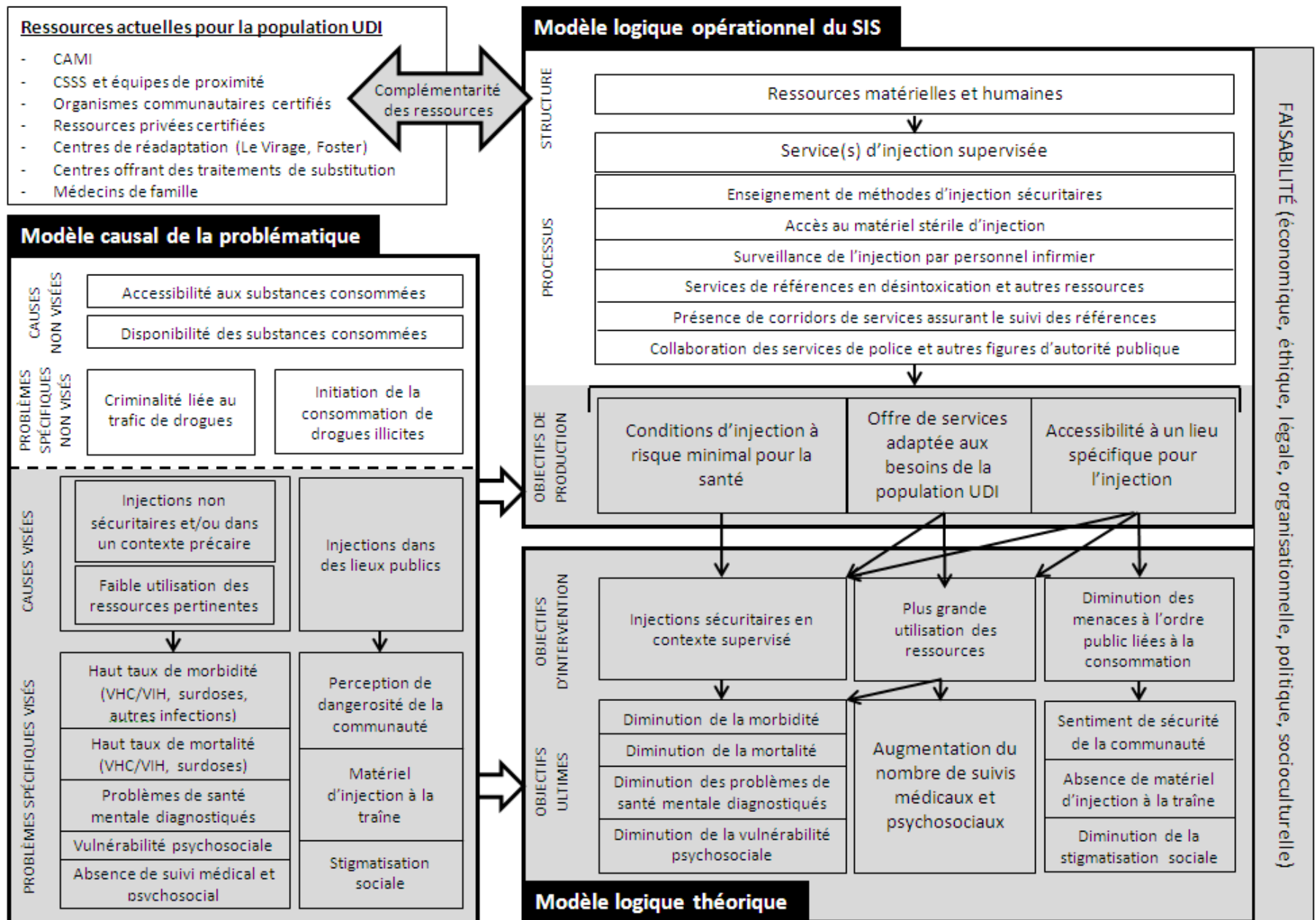
Finalement, un **modèle logique théorique** a été créé, présentant la façon dont les effets à courts ou moyen terme d'un SIS (objectifs d'intervention) pourraient engendrer des impacts à long terme (objectifs ultimes) qui répondraient aux problématiques vécues par les UDI.

Par ailleurs, certains éléments tirés de la littérature ont été ajoutés à ce cadre de référence afin de le bonifier. En effet, Pineault et Daveluy mentionnent qu'un «besoin de santé (...) fait naître un besoin de services» et donc un besoin de ressources. (127) Ainsi, nous avons décidé de documenter les ressources actuelles pour la population UDI et d'explorer la complémentarité de celles-ci avec une offre de SIS en Montérégie.

De plus, selon Chen, «l'évaluation de la pertinence constitue une évaluation rapide, depuis le terrain, de la concordance entre le problème d'une population ciblée et le choix de buts, d'objectifs visés (*determinants*) et de stratégies et activités (*interventions*) pour un programme.» (128, traduction libre) Cet auteur soulignait également l'importance de l'acceptabilité dans l'évaluation de la pertinence d'une intervention. (128) Ainsi, nous avons repris les déclinaisons de la faisabilité, étroitement liée à l'acceptabilité, de Pineault et Daveluy et les avons intégrées à notre cadre de référence. Ces déclinaisons consistaient en la faisabilité 1) légale, à savoir si l'intervention est conforme aux lois et règlements en place, 2) politique, soit l'acceptabilité des différentes instances décisionnelles locales, municipales, provinciales et fédérales par rapport à l'intervention, 3) économique, liée aux coûts de l'intervention en considérant les autres interventions en place, 4) organisationnelle, touchant la structure d'implantation et l'articulation du fonctionnement de l'intervention, 5) socioculturelle, soit l'impact de l'intervention sur les groupes concernés et leur acceptabilité face à elle, et 6) éthique, qui implique les considérations morales sous-tendues par l'intervention et sa mise en œuvre. (127)

En somme, les éléments retenus pour l'évaluation de la pertinence de SIS en Montérégie ont été indiqués par une couleur grise dans le cadre de référence utilisé (figure 1, p.37). Ceux-ci comprennent 1) les causes et les problèmes spécifiques de la consommation de substances psychoactives visés par un SIS, 2) les objectifs de production de cette intervention, 3) les objectifs d'intervention et ultimes d'un SIS, 4) la complémentarité des ressources disponibles actuellement pour les UDI et celles nécessaires à l'implantation d'un SIS et 5) la faisabilité selon les différentes déclinaisons présentées précédemment. Il est à noter que ce cadre de référence utilisé était appelé à changer, vu les informations qui pourraient émerger pendant le projet.

Figure 1: Cadre de référence de l'analyse stratégique des SIS en Montérégie²



² Le grisé dans ce cadre de référence représente les éléments retenus pour l'évaluation de la pertinence de SIS en Montérégie

6. MÉTHODOLOGIE

6.1 DEVIS DE RECHERCHE

Vu les objectifs du projet de recherche, un devis descriptif mixte était de mise. Des méthodes de collecte de données et des analyses de nature quantitative ont été utilisées pour répondre au premier objectif général de ce projet de recherche. Pour ce volet, un devis quantitatif transversal était de mise. Les méthodes de collecte de données et les analyses du second objectif général de ce projet de recherche étaient, quant à elles, qualitatives.

Selon Yin (129), la stratégie de recherche employée dans ce projet en serait une de cas unique avec niveaux d'analyse imbriqués. En effet, différents niveaux d'analyse, tels que l'analyse de diverses banques de données et celle de contenu quant aux thèmes ayant émergé des groupes de discussion, ont été utilisés pour documenter le cas d'un SIS en Montérégie.

6.2 PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE DU PROJET

Le tableau V (p.47) présenté à la fin de cette sous-section résume les éléments qui y sont décrits pour chaque objectif général du projet de recherche.

6.2.1 Objectif général 1 : Tracer un portrait de la consommation de drogues par injection et de ses conséquences en Montérégie

Populations à l'étude et échantillonnage

Les populations à l'étude et les échantillons pour cet objectif général diffèrent en fonction des sources de données utilisées.

Variables à l'étude et sources de données

Les variables à l'étude et les sources de données sont présentées aux tableaux III et IV (p.40-41). Des indicateurs sociodémographiques, sanitaires et d'utilisation des services de santé nous ont permis de documenter les caractéristiques sociodémographiques et la condition psychosociale, les comportements à risque et les conséquences de la consommation de drogues par injection sur la santé physique des UDI de la Montérégie. Les impacts de cette consommation sur la communauté ont également été explorés de manière quantitative à l'aide de diverses données administratives. Sept différentes sources de données ont été utilisées dans le cadre de ce premier objectif général, soit les banques de données du réseau SurvUDI, du Bureau du coroner, des registres des maladies à déclaration obligatoire (MADO), du Programme québécois de surveillance de l'infection par le VIH (PQSIVIH), de MED-ÉCHO, de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) et des registres de divers organismes œuvrant auprès des UDI en Montérégie. Des résumés méthodologiques de ces sources de données utilisées sont présentés à l'annexe III.

Tableau III : Variables et sources de données décrivant la population UDI montréalaise (sous-objectif 1.1)

Variables	Sources de données
Caractéristiques sociodémographiques et condition psychosociale	
Région de résidence actuelle	SurvUDI
Âge	
Sexe à la naissance	
Lieu de naissance	
Lieu de résidence	
Niveau scolaire	
Revenu annuel	
Principale source de revenu	
Antécédents d’incarcération	
Profil de consommation	
Âge lors de la première injection	SurvUDI
Substances consommées par injection au cours des six derniers mois	
Substances consommées le plus souvent par injection	
Substances consommées autrement que par injection	
Substances consommées le plus souvent autrement que par injection	
Fréquence de l’injection dans le dernier mois	
Fréquence de l’injection par jour si consommation quotidienne	
Lieux d’injection	
Lieu d’injection le plus fréquent	
Comportements d’injection à risque	
Partenaire principal d’injection	SurvUDI
Fréquence d’emprunt de seringues usagées	
Fréquence d’emprunt de matériel d’injection	
Facilité d’accès à des seringues stériles	
Santé physique	
Nombre de cas et prévalence du VHC	MADO et SurvUDI
Connaissance du statut de VHC	SurvUDI
Prise de médicaments actuelle ou passée pour le VHC	
Nombre de cas et prévalence du VIH	PQSIVIH et SurvUDI
Connaissance du statut de VIH	SurvUDI
Prise de médicaments actuelle ou passée pour le VIH	
Co-infection au VIH et au VHC	
Visites à l’urgence en lien avec la consommation de psychotropes	RAMQ
Hospitalisations en lien avec la consommation de psychotropes	MED-ÉCHO
Hospitalisations pour surdoses aux psychotropes	
Endocardites chez la population UDI montréalaise	RAMQ et MED-ÉCHO
Mortalité secondaire à une surdose de drogues injectées	Bureau du coroner

Tableau IV : Variables et sources de données décrivant les conséquences sur la communauté montérégienne (sous-objectif 1.2)

Variables	Sources de données
Conséquences de la consommation de drogues par injection sur la communauté montérégienne	
Injections en lieux publics	SurvUDI
Seringues à la traîne	Registres de divers organismes œuvrant auprès des UDI

Méthode de collecte des données

L'extraction des données a été réalisée par les experts des banques de données ou par les personnes en charge des fichiers administratifs utilisés.

Analyse des données

Des analyses descriptives ont été réalisées à différentes échelles géographiques (territoires de Réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS), de CSSS, Montérégie, Montréal et ensemble du Québec) pour les diverses données disponibles afin de présenter des mesures de tendance centrale et de dispersion. Quelques analyses comparatives (données du réseau SurvUDI seulement) ont été faites, où le seuil de signification statistique était fixé à 0,05. Celles-ci ont été réalisées pour les variables dont une différence marquée était soupçonnée en tenant compte des résultats des groupes de discussion. Il s'agissait également des variables pour lesquelles un écart plus important était observé entre les données montérégiennes et celles montréalaises ou du reste du Québec. Des analyses par racines lexicales tronquées (données du Bureau du coroner) ont aussi été réalisées. Certaines des analyses ont été faites par les experts des banques de données utilisées. Nous avons utilisé le logiciel Excel pour ces analyses, alors que les experts consultés ont utilisé leurs logiciels spécialisés respectifs, tels que SAS. Les interprétations des résultats ont été vérifiées par les co-directrices de recherche.

6.2.2 Objectif général 2 : Évaluer la pertinence de l'implantation d'un service d'injection supervisée selon les acteurs stratégiques concernés sur le territoire montréalais

Population à l'étude, échantillonnage et recrutement

Pour cet objectif général, la population à l'étude est composée de la population UDI et ex-UDI montréalaise, de même que de tous les acteurs stratégiques œuvrant auprès d'elle dans la région.

1) Population UDI et ex-UDI

Pour la population à l'étude composée des UDI et des ex-UDI, l'échantillonnage s'est réalisé par convenance en tenant compte des critères suivants :

- Critères d'inclusion :
 - Avoir un suivi en traitement de dépendance aux opiacés auprès d'un médecin du GMF UMF Charles LeMoine
 - S'être injecté des drogues au moins une fois au cours des six derniers mois
 - Être âgé d'au moins 18 ans

- Critères d'exclusion :
 - Souffrir d'un problème de santé mentale sévère dont les symptômes sont non contrôlés (ex. : comportements violents, psychoses)
 - Ne pas comprendre le français ou l'anglais
 - Être incapable de donner un consentement éclairé (ex. : subir la pression d'un tiers, être intoxiqué)

Le nombre d'UDI ou ex-UDI visé pour les groupes de discussion était de quatre à cinq. Nous avons donc demandé à ce que huit UDI ou ex-UDI soient recrutés. Nous jugeons qu'une telle taille d'échantillon dans un contexte qualitatif permettrait d'explorer une variété satisfaisante de thèmes quant à la pertinence de l'implantation de SIS en Montréal, tout en respectant les enjeux de faisabilité pour le projet. Un échantillonnage avec variabilité maximale était de mise pour cet échantillon. Nous avons décidé de nous restreindre aux UDI et ex-UDI ayant un suivi en traitement de dépendance aux opiacés auprès d'un médecin du GMF UMF Charles LeMoine pour des raisons de faisabilité. Les UDI et ex-UDI participants ont été recrutés via les infirmières et médecins du GMF UMF Charles LeMoine. Ces professionnels ont reçu la

documentation qu'ils devaient acheminer aux UDI et ex-UDI intéressés et les ont invités à se présenter aux dates préalablement décidées dans un local désigné du GMF.

2) *Acteurs stratégiques œuvrant auprès des UDI*

Pour la population à l'étude composée des acteurs stratégiques œuvrant auprès des UDI, un échantillonnage raisonné en grappes a été effectué à deux niveaux. Une première sélection a été faite en fonction des secteurs de la Montérégie où une concentration plus importante d'UDI était supposée. Une seconde sélection permettait ensuite de retenir un certain nombre d'acteurs stratégiques œuvrant auprès de celle-ci, pour chaque territoire de CSSS sélectionné. Une variabilité représentative était alors visée afin que l'échantillon obtenu soit représentatif de l'ensemble des acteurs stratégiques œuvrant auprès des UDI en Montérégie.

1^{ER} NIVEAU: ÉCHANTILLONNAGE DES TERRITOIRES DE RLS

Vu les contraintes de temps de cette étude, nous avons décidé de cibler les territoires de RLS où une concentration substantiellement plus importante d'UDI sont présents. Afin d'estimer ces concentrations, nous avons utilisé comme proxys les données annuelles suivantes par CSSS pour les trois dernières années administratives (1^{er} avril au 31 mars) où elles étaient disponibles:

- Nombre de seringues distribuées (2011 à 2013)
- Nombre total de seringues commandées à la DSP (2009 à 2012)
- Nombre de trousses et de seringues commandées à la DSP (2009 à 2012)

Cinq CSSS ont été sélectionnés. Les responsables locales de santé publique de ces établissements ont été contactées et leur approbation fut sollicitée en vue du recrutement des acteurs stratégiques.

2^{ÈME} NIVEAU: ÉCHANTILLONNAGE DES ACTEURS STRATÉGIQUES ŒUVRANT AUPRÈS DES UDI

- Critères d'inclusion :
 - o Exercer un des rôles ciblés :
 - infirmier (ère) de proximité
 - travailleur(euse) communautaire

- médecin
 - représentant(e) d'un organisme public des territoires sélectionnés
 - représentant(e) d'un service de police des territoires sélectionnés
 - Avoir une interaction directe avec la population UDI dans le cadre de sa pratique professionnelle
 - Offrir des services spécifiques à la population UDI montréalaise
 - Avoir un minimum de 2 ans d'expérience de pratique professionnelle auprès de la population UDI
- Critères d'exclusion :
- Aucun

Nous visions un échantillon d'un à deux participant(s) par territoire de RLS pour chacun des cinq rôles ciblés. Plusieurs stratégies étaient prévues afin de recruter ces intervenants, que ce soit directement ou via un intermédiaire. Tout d'abord, une présentation du projet de recherche a été faite lors d'une rencontre entre les différents directeurs locaux de santé publique et certains intervenants, le 26 septembre 2013. Cette opportunité a servi à prendre contact avec les intervenants présents qui satisfaisaient nos critères de sélection. La seconde stratégie consistait à contacter l'agente de planification, de programmation et de recherche (APPR) responsable du réseau SurvUDI en Montérégie afin qu'elle nous transmette une liste de professionnels susceptibles d'être intéressés à participer à ce projet de recherche. Des appels téléphoniques ont également été réalisés auprès des personnes clés du GMF UMF Charles LeMoyne, des points de services du CRD Le Virage, de certains organismes publics et des services de police concernés afin qu'ils nous réfèrent à des professionnels susceptibles d'être intéressés à participer au projet de recherche. Les médecins ont quant à eux été recrutés directement au GMF UMF Charles LeMoyne en raison de leur difficulté à se libérer pour participer aux groupes de discussion. L'échantillon total pour cette population devait donc être composé d'un minimum de vingt-trois participants, regroupés dans un groupe de discussion pour chacun des cinq RLS et un groupe de discussion au GMF UMF Charles LeMoyne.

Variables à l'étude et sources de données

Ce deuxième volet du projet de recherche étant purement qualitatif, les variables à l'étude constituaient donc des thèmes liés à la pertinence d'une offre de SIS dans la région de la Montérégie. Ces thèmes étaient inspirés de notre cadre de référence et faisaient référence aux éléments y étant marqués d'une couleur grise (figure 1, p.37). Les variables étudiées étaient donc :

- les causes et les problématiques spécifiques de la consommation de drogues par injection qui sont visées par les SIS,
- les objectifs de production des SIS,
- les objectifs ultimes des SIS,
- la complémentarité des ressources disponibles actuellement et celles nécessaires à l'implantation de SIS,
- la faisabilité économique, éthique, légale, organisationnelle, politique et socioculturelle des SIS.

Les données provenaient directement des participants aux groupes de discussion avec les UDI, ex-UDI et acteurs stratégiques œuvrant auprès d'eux.

Méthodes de collecte de données

Une grille d'entrevue distincte fut utilisée pour chacune des deux populations à l'étude, soit les UDI et ex-UDI (annexe IV) et les acteurs stratégiques œuvrant auprès d'eux (annexe V). Ces grilles ont été créées par le chercheur en s'inspirant des éléments retenus dans le cadre de référence quant à l'évaluation de la pertinence de SIS en Montérégie et inspirés des travaux de Pineault et Daveluy (127), de même que de Chen (128). Des questions ouvertes ont été composées, les entrevues se voulant semi-dirigées. Ces grilles ont été révisées et modifiées à la lumière des commentaires des co-directrices de recherche et d'une experte en méthodes qualitatives à la DSP de la Montérégie. Celles-ci ont ensuite été pré-testées auprès des populations à l'étude. Les données émanant du pré-test des grilles ont été utilisées dans les analyses, puisque seulement des changements mineurs ont dû leur être apportés. En effet, une

question a été modifiée afin qu'elle soit plus ouverte et la présentation du concept de services d'injection supervisée est devenue plus détaillée. Les groupes de discussion ont été enregistrés, une fois l'approbation de tous les participants obtenue. Nous avons ensuite rédigé des verbatim pour chaque groupe de discussion. Ces derniers ont servi aux analyses subséquentes.

Analyse des données

Nous avons d'abord transcrit les échanges enregistrés lors des groupes de discussion en verbatim. Les données furent alors dépersonnalisées, une lettre et un chiffre étant attribués à chaque participant pour le désigner. Ces verbatim, complétés des notes prises durant les entretiens ont été codifiés en catégories. Celles-ci furent ensuite soumises à une analyse thématique. L'ensemble des propos des participants ont été synthétisés, puis rassemblés, nous permettant d'observer les thèmes dominants des échanges. Les quelques énoncés non dominants ont été supprimés, à moins qu'ils n'aient été jugés pertinents pour compléter les arguments présentés dans la section des résultats. Finalement, des regroupements des thèmes retenus ont été réalisés. Ainsi, les données ont été codifiées et organisées selon les différents thèmes émergents. Ces derniers correspondaient globalement aux dimensions présentées dans le cadre de référence de l'analyse stratégique des SIS en Montérégie (figure 1, p.37). Ce processus d'analyse de données correspondait au modèle par appariement présenté par Yin, qui «s'appuie sur la comparaison d'une configuration théorique prédite avec une configuration empirique observée.» (129) En effet, les thèmes ayant émergé des groupes de discussion ont été comparés au cadre de référence construit de prime abord et ont servi à le bonifier. Les critères de Lincoln et Guba (130) ont été considérés pour assurer la rigueur scientifique du processus d'analyse. Une validation inter-juges de la codification et une vérification dudit processus ont été effectuées par une spécialiste de la recherche qualitative à la DSP de la Montérégie et par les co-directrices de recherche pour trois des neuf verbatim transcrits, de même que pour la grille d'analyse créée. Une contre-validation des résultats de l'analyse thématique a également été faite par les co-directrices de recherche.

Tableau V : Résumé de certains aspects méthodologiques de ce projet de recherche

Objectifs généraux	Sous-objets	Description	Sources de données	Population à l'étude de la banque de données	Échantillon pour le projet de recherche	Méthodes de collecte de données	Analyse de données	
1	1.1	Définir les caractéristiques sociodémographiques, les profils de consommation, les comportements à risque et les conséquences de la consommation de drogues sur la santé physique et la condition psychosociale de la population UDI montréalaise	Réseau SurvUDI	Population UDI québécoise et d'Ottawa	Populations UDI de la Montérégie, de Montréal et du Québec selon différentes périodes de recrutement	Extraction par les experts des banques de données	Analyses descriptives de tendances centrales et de dispersion (nombres bruts, pourcentages, moyennes, médianes, minimum, maximum)	
			Bureau du coroner	Personnes décédées au Québec	Décès en Montérégie auxquels ont été attribués des codes de diagnostics CIM-10 X40-44 et Y10-14			
			Banque de données MADO	Population québécoise	Infections au VHC de 2003 à 2013 en Montérégie			
			PQSIVIH	Population québécoise ayant le VIH	Infections au VIH en Montérégie et au Québec de 2002 à 2012			
			MED-ECHO	Population québécoise	Cas d'intoxications, de surdoses et d'endocardites en lien avec les psychotropes, en Montérégie pour les périodes disponibles			
			RAMQ	Population québécoise				
	1.2	Décrire certaines conséquences de la consommation de drogues, par injection ou non, des UDI sur la communauté	Réseau SurvUDI	Population UDI québécoise et d'Ottawa	Populations UDI de la Montérégie, de Montréal et du Québec selon différentes périodes de recrutement	Groupes de discussion	Analyse de contenu (codage et analyse thématique)	
			Registres de divers organismes œuvrant auprès des UDI	Organismes distribuant et récupérant du matériel d'injection	Données des RLS de Champlain, Pierre-Boucher, de Richelieu-Yamaska, du Suroît pour les périodes disponibles			
	2		Évaluer la pertinence de l'implantation d'un SIS selon les acteurs stratégiques concernés sur le territoire montréalais	Population UDI montréalaise	Ne s'applique pas	Suivant certains critères d'admissibilité	Groupes de discussion	Analyse de contenu (codage et analyse thématique)
				Acteurs stratégiques montréalais œuvrant auprès de la population UDI				

6.3 COMITÉ CONSULTATIF

Afin d'optimiser la validité des processus de collecte de données et d'analyse et d'assurer un suivi des considérations éthiques, un comité consultatif fut formé, une fois les approbations éthiques, scientifiques et de convenance institutionnelle obtenues. Ce comité était composé de membres provenant de différents secteurs de la DSP de la Montérégie. Une rencontre eut lieu, où le processus de collecte de données a été présenté et discuté. Par la suite, plusieurs rencontres informelles se sont produites au cours de la réalisation du projet de recherche afin de discuter de l'analyse préliminaire des données quantitatives et qualitatives. Nous nous sommes assurés que la confidentialité des participants ou des données obtenues ne soit menacée en aucun temps. Nous croyons que ces échanges avec le comité consultatif et divers experts ont contribué à la crédibilité des résultats présentés.

6.4 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

6.4.1 Approbations éthiques

Le protocole de recherche a été révisé et approuvé par le Comité scientifique de l'Hôpital Charles LeMoine, de même que par le Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal, le Comité d'éthique du CSSS Richelieu-Yamaska et le Comité d'éthique de l'Hôpital Charles LeMoine, qui agissait comme comité central pour les CSSS participants. Puisque le projet de recherche nécessitait un processus d'évaluation multicentrique, la documentation requise a été envoyée aux comités de convenance institutionnelle des CSSS ciblés et du CRD Le Virage.

6.4.2 Consentement libre et éclairé des participants

Dans le cadre des groupes de discussion du volet qualitatif de ce projet de recherche (objectif 2), le consentement libre et éclairé de chacun des participants a été

obtenu. En tout temps, la participation des différents individus sollicités par ce projet d'étude est demeurée volontaire. Qu'ils aient été recrutés via des intermédiaires ou directement, les participants ont été exposés préalablement à un résumé à l'oral et/ou à l'écrit du projet de recherche et de l'implication qui leur était demandée. Les formulaires de consentement en français (annexes VI et VII) et en anglais ont également été envoyés en avance aux participants potentiels afin qu'ils puissent en prendre compte. Une fois sur place, un consentement écrit éclairé et libre de toute influence extérieure a été obtenu avant que les collectes de données ne débutent. À ce moment, le formulaire de consentement a été résumé aux participants et une vérification a été faite quant à leur compréhension de celui-ci. Les avantages et les inconvénients pour chaque population participante étaient mentionnés dans le formulaire de consentement. De plus, il a été demandé à chaque participant, tant à l'oral qu'à l'écrit, s'il acceptait de donner son consentement pour que l'entretien du groupe de discussion puisse être enregistré en format audio. Une fois obtenu, le formulaire de consentement écrit a été gardé sous clé afin d'éviter toute brèche à la protection de la vie privée des participants. Aucune compensation n'a été versée aux participants pour leur participation aux groupes de discussion.

6.4.3 Respect de la vie privée et protection de la confidentialité et de l'anonymat

Toutes les données extraites des diverses banques étaient dénominalisées lorsqu'elles nous ont été acheminées, à l'exception de celles du Bureau du coroner. En effet, certaines informations personnelles telles que le nom des défunts, leur date de naissance, leur numéro d'assurance maladie, leur adresse civique et les circonstances de décès figuraient sur les rapports d'investigation du coroner que nous avons analysés. Cependant, les résultats de ces analyses ont été présentés de façon générale sans qu'aucune identification d'individu ne soit possible. De plus, seul le chercheur a eu accès à ces informations confidentielles. Quant aux données provenant des groupes de discussion, des lettres et des chiffres ont été utilisés plutôt que des noms complets afin que nous puissions nous référer précisément à chaque participant lors de l'analyse. Seul le chercheur connaît les détails de la codification qui fut utilisée. Ainsi, tout lien entre les

noms et les codes d'identification assignés ne sont connus que par le chercheur et a été détruit une fois le projet de recherche terminé. Aussi, tout détail personnel permettant d'identifier un participant mentionné durant le groupe de discussion a été supprimé lors de la transcription de l'entretien à l'écrit. Les informations personnelles transmises par les participants lors du groupe de discussion ou par des tiers à propos d'individus identifiables n'ont été partagées avec quiconque.

Toutes les informations et les données reçues ou utilisées au cours du projet de recherche ont été gardées dans un endroit sécuritaire fermé avec une clé que seulement le chercheur possédait. Une fois le projet de recherche terminé, ces informations et données ont été transférées sur un serveur sécurisé à la DSP de la Montérégie. Les versions originales des enregistrements et des notes prises par le chercheur ont été détruites. Selon les normes établies, une fois sept ans écoulés, les informations et données présentes sur le serveur sécurisé seront également détruites. Aucune information nominative ou de nature confidentielle n'a été ou ne sera partagée avec un tiers ou mentionnée dans les publications et autres stratégies de diffusion résultant du projet.

6.4.4 Avantages et inconvénients pouvant découler de la participation au projet de recherche

La réalisation des deux objectifs généraux de ce projet de recherche a possiblement donné lieu à des impacts directs et indirects pour les participants et les populations auxquelles ils appartiennent, bien que ce phénomène n'ait pas été documenté.

6.4.4.1 Avantages

POPULATION UDI ET EX-UDI

Les UDI et ex-UDI pourraient avoir tiré certains bénéfices des groupes de discussion auxquels ils participaient, tels qu'une brisure de leur isolement ou une meilleure estime de soi liée au fait que le projet les positionnait comme détenteurs de connaissances. Nous croyons que les avantages de ce projet de recherche pour la

population UDI dans son ensemble se situent davantage dans les répercussions qu'il pourrait avoir à moyen et long terme, puisqu'il visait à améliorer la connaissance de cette population et à réfléchir sur une offre de services mieux adaptée à ses besoins.

ACTEURS STRATÉGIQUES ŒUVRANT AUPRÈS DES UDI

Pour ces acteurs, les avantages immédiats de la participation au projet de recherche étaient également modestes en comparaison à ceux à moyen ou long terme. Lors des groupes de discussion, ces participants pourraient avoir apprécié de partager leur expertise au profit d'un projet de recherche bénéficiant à la population auprès de laquelle ils travaillent. Par contre, nous croyons que, de manière plus générale, ces acteurs apprécieront surtout l'utilité du portrait de la population UDI montréalaise. La synthèse de l'analyse de pertinence leur permettra également de pousser leur réflexion quant à l'implantation d'un SIS en Montérégie.

6.4.4.2 Inconvénients

POPULATION UDI ET EX-UDI

Les participants ont dû prendre un certain temps pour participer aux groupes de discussion, en plus des déplacements nécessaires pour s'y rendre. Aussi, ces entretiens ont peut-être donné lieu à un certain inconfort chez les UDI et ex-UDI, bien qu'aucun détail personnel n'ait été demandé. En effet, la thématique des SIS en est une délicate où l'opinion publique est souvent polarisée. Par contre, le climat lors des groupes de discussion était agréable. Nous ne croyons pas que des inconvénients à moyen ou long terme aient pu résulter de la participation de cette population au projet de recherche.

ACTEURS STRATÉGIQUES ŒUVRANT AUPRÈS DES UDI

Pour ces acteurs, l'inconvénient majeur constituait le temps qui était nécessaire pour participer aux groupes de discussion, en plus des déplacements impliqués. Cependant, nous avons fait preuve de flexibilité dans la planification des rencontres et

nous nous sommes déplacés d'une municipalité à l'autre pour pouvoir les rencontrer à l'endroit qu'ils jugeaient idéal. Un autre inconvénient consistait en la possibilité que certains membres des groupes de discussion se soient peut-être sentis inconfortables de communiquer leur opinion. Cependant, malgré la diversité des opinions observée, le climat lors des groupes de discussion était agréable. Nous ne prévoyions pas d'inconvénients à moyen ou à long terme pour les acteurs stratégiques participants.

7. RÉSULTATS

7.1 DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

En ce qui a trait à la réalisation du **premier objectif général** du projet, la recherche et l'analyse des données pertinentes se sont réalisées de décembre 2013 à mars 2014. Un manque de disponibilité de certaines données permettant de documenter cet objectif principal a été noté. Ce fut le cas pour les données sur le nombre d'infractions en lien avec des substances psychoactives dans divers secteurs de la Montérégie et celles sur la récupération de seringues dans la Ville de Longueuil. De plus, aucune donnée n'a été colligée quant aux seringues à la traîne auprès des organismes communautaires du territoire du CSSS Haut-Richelieu-Rouville, puisque ce dernier a refusé de participer au projet de recherche. Ces données ne sont donc pas présentées dans le présent rapport de recherche.

Pour ce qui est du **second objectif général** du projet de recherche, cinq CSSS se démarquaient par l'ampleur du nombre de seringues distribuées, de même que du nombre de seringues et de trousses de matériel d'injection commandées (annexe VIII), soit :

- CSSS Champlain – Charles-Le Moyne;
- CSSS Haut-Richelieu-Rouville;
- CSSS Pierre-Boucher;
- CSSS de Richelieu-Yamaska;
- CSSS du Suroît.

Ces CSSS, de même que le CRD Le Virage ont été sollicités pour participer à l'étude. Tous ont accepté, à l'exception du CSSS Haut-Richelieu-Rouville. En effet, une lourdeur organisationnelle et communicationnelle a retardé l'évaluation du dossier de recherche au sein de l'établissement et la demande a finalement été déclinée, la raison donnée étant que le CSSS n'endossait que les projets de recherche multicentriques régionaux exigés et porteurs pour leur clientèle. Ce projet n'était donc pas considéré comme tel par la direction générale de l'établissement. Le recrutement des participants potentiels a eu lieu de 18 décembre 2013 au 5 mars 2014, alors que les groupes de discussion ont été réalisés du 23 janvier au 6 mars 2014. Au total, huit groupes de discussion et une entrevue individuelle ont eu lieu. Ceux-ci avaient une durée de 60 à 120 minutes. Les détails les concernant sont présentés au tableau VI à la fin de la présente sous-section. Les analyses par codage et thématique furent entamées une fois les verbatim transcrits et se terminèrent au mois de mai 2014.

En lien avec cet objectif général, certains changements ont été observés par rapport à la méthodologie qualitative planifiée. Tout d'abord, nous avons suivi les recommandations du personnel du GMF UMF Charles LeMoyne de faire deux groupes de personnes UDI et ex-UDI plutôt qu'un. Ce personnel connaissait les participants potentiels et préférait éviter la survenue d'une possible influence négative quant à la consommation de substances psychoactives entre eux. Malgré différentes stratégies de recrutement, seulement une personne UDI ou ex-UDI s'est présentée lors de la première rencontre et deux lors de la seconde. Une entrevue individuelle et un petit groupe de discussion ont donc eu lieu.

De plus, le recrutement des professionnels de la santé, du milieu communautaire ou policier a également été difficile. Étant donné que les médecins n'étaient pas disponibles pour se joindre aux groupes avec les autres professionnels, ils ont été rassemblés dans un même groupe, soit celui du GMF UMF Charles LeMoyne. Ainsi, trois médecins ont pu participer. La discussion de groupe dans cet établissement a d'ailleurs dû être divisée en deux sessions, puisqu'elle était intégrée aux rencontres hebdomadaires de l'équipe de soins et ne pouvait durer plus d'une heure à chaque fois.

Par ailleurs, il n'y a pas eu de personnel infirmier dans le groupe de discussion du CSSS Champlain-Charles-Le Moyne, puisque l'ensemble des infirmières de Longueuil œuvrant particulièrement auprès de la population UDI a plutôt participé aux groupes du GMF UMF Charles LeMoyne et du CSSS Pierre-Boucher. Il n'y avait pas de travailleur communautaire non plus dans ce groupe, vu que la personne qui devait s'y présenter a eu un problème de santé. Il faut noter également la participation d'une représentante du CSSS du Suroît, qui n'était pas prévue initialement. Celle-ci est grandement impliquée dans les projets touchant les personnes UDI et ex-UDI du secteur de Salaberry-de-Valleyfield et a demandé à se joindre au groupe. Aucun policier n'a participé aux groupes de discussion. De nombreux échanges ont eu lieu avec la Sûreté du Québec pour que des représentants des services policiers participent aux groupes de discussion. Cependant, notre demande a été déclinée puisqu'ils évaluaient qu'aucune expertise n'avait été développée auprès des patrouilleurs quant aux problématiques de la population UDI en Montérégie. En ce qui a trait aux représentants de la police municipale, les communications ont été fort difficiles et ceux-ci ne se sont pas présentés au groupe de discussion auquel ils étaient invités. Ainsi, le point de vue des représentants de la police n'est pas inclus dans les résultats suivants.

Nous avons également pu bénéficier de l'apport de deux experts en toxicomanie travaillant à la DSP de la Montérégie, afin d'ajouter une perspective régionale aux arguments reçus, en plus de corroborer certaines informations obtenues auprès des groupes de discussion antérieurs. Ces experts ont été rencontrés ensemble, formant ainsi un groupe de discussion additionnel.

Bien que chaque RLS couvert par les groupes de discussion possède des caractéristiques qui lui sont propres, il semble que nous soyons arrivés à saturation quant aux thèmes explorés. En effet, peu de nouveaux thèmes ont émergé lors des derniers groupes de discussion. De plus, un groupe de discussion rassemblant des experts de la DSP de la Montérégie a permis de confirmer l'état de saturation.

Tableau VI: Composition des groupes de discussion

Population	Groupe de discussion/entrevue individuelle		Composition	Date
UDI et ex-UDI de la Montérégie	Entrevue individuelle (pré-test)	UDI	- 1 personne UDI	13 février 2014 (durée : 50 min.)
	Groupe de discussion	UDI et ex-UDI	- 1 personne UDI - 1 personne ex-UDI	27 février 2014 (durée : 70 min.)
Professionnels de la santé, du milieu communautaire ou policier de la Montérégie	Groupe de discussion 1 (pré-test)	GMF UMF Charles LeMoyne	- 2 infirmières - 3 médecins	23 janvier 2014 (durée : 60 min.)
	Groupe de discussion 2 (pré-test)	GMF UMF Charles LeMoyne	- 3 infirmières - 3 médecins	30 janvier 2014 (durée : 65 min.)
	Groupe de discussion 3	CSSS Richelieu-Yamaska (Saint-Hyacinthe)	- 2 infirmières - 3 travailleurs communautaires - 2 représentants d'organismes publics (CIJM Saint-Hyacinthe, CRD Le Virage)	18 février 2014 (durée : 90 min.)
	Groupe de discussion 4	CSSS Pierre-Boucher (Longueuil)	- 3 infirmières - 1 travailleur communautaire - 1 représentant d'organisme public (CRD Le Virage)	19 février 2014 (durée : 90 min.)
	Groupe de discussion 5	CSSS du Suroît (Salaberry-de-Valleyfield)	- 2 infirmières - 3 travailleurs communautaires - 1 représentant d'organisme public (Pacte de rue) - 1 représentante du CSSS du Suroît	20 février 2014 (durée : 90 min.)
	Groupe de discussion 6	CSSS Champlain-Charles-Le Moyne (Saint-Hubert)	- 2 représentants d'organismes publics (Macadam-Sud et Abri Rive-Sud)	28 février 2014 (durée : 80 min.)
	Groupe de discussion 7	Direction de santé publique de la Montérégie	- 2 experts en toxicomanie ayant la charge actuelle ou passée de projets en lien avec la population UDI	6 mars 2014 (durée : 110 min.)

7.2 PORTRAIT DE LA CONSOMMATION DE DROGUES PAR INJECTION ET DE SES CONSÉQUENCES EN MONTÉRÉGIE

Cette sous-section présente les résultats des analyses quantitatives réalisées à partir des variables décrites aux tableaux III et IV (p.40-41). Ces analyses sont, pour la grande majorité, descriptives. Les échelles d'analyse diffèrent selon les banques de données utilisées, la plus précise et pertinente disponible étant privilégiée. La majorité des données sont présentées pour la région de la Montérégie, celle de Montréal et pour l'ensemble du Québec, incluant ces deux régions. Les données québécoises excluent ces deux régions seulement lorsqu'elles sont soumises à des tests de signification. Une mention en ce sens est alors faite. Tous les tests de signification statistique qui ont été réalisés sont présentés dans les tableaux et les paragraphes explicatifs qui les accompagnent. Il est à noter que, pour les données provenant de la banque SurvUDI, la période étudiée s'étend du 1^{er} mars 2004 au 31 mars 2013. Étant donné que certaines variables ont été ajoutées, supprimées ou modifiées lors des diverses actualisations des questionnaires SurvUDI, la période de collecte différait parfois d'une variable à l'autre. Celle-ci est indiquée sous chaque tableau concerné.

7.2.1 *Caractéristiques sociodémographiques et condition psychosociale*

RÉGION DE RÉSIDENCE ACTUELLE

Tableau VII : Région de résidence en fonction des régions de recrutement¹

Région de résidence		Région de recrutement		
		Montréal	Montérégie	Autre
Montérégie (n=168)	n (%)	73 (43,45)	87 (51,79)	8 (4,76)
Montréal (n=2231)	n (%)	2225 (99,73)	0 (0,00)	6 (0,27)

¹ nombre de répondants aux questionnaires SurvUDI, 2004-2013

Tel qu'observé dans ce tableau, une grande partie (43,45%) des UDI résidant en Montérégie ont été recrutés à Montréal et certains autres (4,76%) ont été recrutés dans

des régions autres que Montréal ou la Montérégie. Ainsi, seulement 51,79% des participants UDI résidant en Montérégie ont été recrutés dans cette même région. À Montréal, la situation est fort différente. La quasi-totalité (99,73%) des participants UDI résidant à Montréal ont été recrutés dans cette même région.

ÂGE

Tableau VIII : Âge moyen et médian¹

		Âge		
Résidence	Sexe	Moyen	Étendue	Médian
Montérégie (n=168)	H	37,8	[18,0 ; 69,0]	39,0
	F	31,8	[20,0 ; 48,0]	30,0
	Total	36,5	[18,0 ; 69,0]	35,0
Montréal (n=2218)	H	38,3	[17,0 ; 73,0]	39,0
	F	31,7	[17,0 ; 57,0]	30,0
	Total	37,0	[17,0 ; 73,0]	37,0
Ensemble du Qc (n=4352)	H	38,1	[15,0 ; 73,0]	39,0
	F	33,3	[14,0 ; 59,0]	32,0
	Total	37,0	[14,0 ; 73,0]	37,0

¹ nombre de répondants aux questionnaires SurvUDI, 2004-2013

La distribution de l'âge de la population UDI est plutôt similaire dans les trois territoires sélectionnés. En Montérégie, l'âge moyen de la population UDI est de 36,5 ans, les hommes UDI étant en moyenne plus âgés que les femmes. La médiane de 35 ans laisse présager une distribution relativement normale de l'âge chez cette population. Il est à noter qu'en Montérégie, 52,98% des UDI répondants recrutés entre mars 2004 et mars 2013 (n=168) ont plus de 35 ans.

SEXE À LA NAISSANCE

Tableau IX : Sexe à la naissance¹

Résidence		Sexe	
		Homme	Femme
Montérégie (n=168)	n (%)	131 (77,98)	37 (22,02)
Montréal (n=2218)	n (%)	1773 (79,94)	445 (20,06)
Ensemble du Qc (n=4352)	n (%)	3342(76,79)	1010 (23,21)

¹ nombre de répondants aux questionnaires SurvUDI, 2004-2013

Chez les UDI participants, le ratio hommes/femmes semble être similaire pour les différents territoires. Ainsi, 77,98% des UDI participants résidant en Montérégie étaient des hommes, alors que 22,02% étaient des femmes.

LIEU DE NAISSANCE

Tableau X : Lieu de naissance¹

Résidence		Lieu de naissance	
		Au Canada	Ailleurs
Montérégie (n=50)	n (%)	48 (96,00)	2 (4,00)
Montréal (n=662)	n (%)	631 (95,32)	31 (4,68)
Ensemble du Qc (n=1070)	n (%)	1034 (96,64)	36 (3,36)

¹ nombre de répondants aux questionnaires SurvUDI, 2011-2013

Dans les trois territoires étudiés, la grande majorité des UDI répondants recrutés entre février 2011 et mars 2013 sont nés au Canada. Chez ceux résidant en Montérégie, 96% sont nés au Canada. De plus, deux des cinquante UDI participants (4%) sont autochtones.

LIEU DE RÉSIDENCE

Tableau XI : Lieu de résidence actuel¹

Résidence		Lieu de résidence actuel					
		Résidence privée	Chambre	Établissement	Sans domicile fixe	Centre de détention	Autres
Montérégie (n=167)	n (%)	132 (79,04)	8 (4,79)	13 (7,78)	10 (5,99)	4 (2,40)	0 (0,00)
Montréal (n=2221)	n (%)	1276 (57,45)	161 (7,25)	19 (0,86)	761 (34,26)	2 (0,09)	2 (0,09)
Ensemble du Qc (n=4296)	n (%)	2781 (64,20)	315 (7,27)	156 (3,60)	943 (21,77)	134 (3,09)	3 (0,07)

¹ nombre de répondants aux questionnaires SurvUDI, 2004-2013

Ce tableau démontre plusieurs différences quant aux lieux de résidence des populations UDI des territoires étudiés. En ce qui a trait aux UDI sans domicile fixe au moment où ils ont été interrogés, la proportion observée est beaucoup moins élevée en Montérégie qu'à Montréal et dans l'ensemble du Québec. La Montérégie présente d'ailleurs un taux d'UDI sans domicile fixe moins élevé que la région de Montréal (5,99% versus 34,26%), et ce, de manière statistiquement significative ($p < 0,0001$) à un seuil de signification de 0,05. La différence n'est cependant pas significative ($p = 0,2064$) à ce même seuil de signification lorsqu'est comparée la proportion d'UDI sans domicile en Montérégie (5,99%) à celle des régions autres que la Montérégie et Montréal (8,85%, pourcentage non présenté dans le tableau). De plus, la proportion d'UDI vivant en résidence privée est considérablement plus élevée en Montérégie (79,04%) qu'à Montréal (57,45%) ou dans l'ensemble du Québec (64,20%). D'autres analyses non présentées dans le tableau précédent ont montré que 24,40% (n=168) des UDI montérégiens ont été sans domicile fixe au moins une fois dans les six derniers mois, alors que 16,07% ont séjourné au moins une fois dans un centre de détention durant cette même période.

NIVEAU SCOLAIRE

Tableau XII : Niveau scolaire le plus élevé terminé¹

		Niveau scolaire				
		Aucun niveau	Études primaires	Études secondaires	Études collégiales	Études universitaires
Résidence						
Montérégie (n=167)	n (%)	2 (1,20)	75 (44,91)	58 (34,73)	28 (16,77)	4 (2,40)
Montréal (n=2221)	n (%)	61 (2,75)	1011 (45,52)	687 (30,93)	352 (15,85)	110 (4,95)
Ensemble du Qc (n=4337)	n (%)	118 (2,72)	2029 (46,78)	1308 (30,16)	707 (16,30)	175 (4,04)

¹ nombre de répondants aux questionnaires SurvUDI, 2004-2013

Selon ce tableau, la distribution quant au niveau de scolarité le plus élevé terminé semble similaire dans les territoires étudiés. Le niveau primaire constitue le niveau complété le plus élevé atteint par 44,91% des UDI résidant en Montérégie, alors qu'il s'agit du niveau secondaire pour 34,73%. Seulement 16,77% des UDI montérégiens répondants ont terminé leurs études collégiales et 2,40% ont complété des études universitaires.

REVENU ANNUEL

Chez les UDI montérégiens (n=50), le revenu annuel approximatif de 6% d'entre eux est inférieur à 6000\$, celui de 54% de ces UDI se situe entre 6000\$ et 12 000\$, celui de 18% des UDI se situe entre 12 000\$ et 24 000\$, et celui de 22% des UDI est supérieur à 24 000\$. À des fins de concision, les données pour les UDI montréalais et pour l'ensemble de la province ne sont pas présentées ici. (SurvUDI, entre février 2011 et mars 2013)

PRINCIPALE SOURCE DE REVENUS

Tableau XIII : Principale source de revenus au cours de la dernière année¹

Résidence		Source de revenu						
		Travailleur actif	Revenus par l'État	Revenus par la famille	Travail du sexe	Quête et économie de la rue	Vente de drogue	Autres
Montréal (n=49)	n (%)	8 (16,33)	38 (77,55)	0 (0,00)	1 (2,04)	2 (4,08)	0 (0,00)	0 (0,00)
Montréal (n=657)	n (%)	52 (7,91)	473 (71,99)	1 (0,15)	18 (2,74)	101 (15,37)	3 (0,46)	9 (1,37)
Ensemble du Qc (n=1060)	n (%)	112 (10,57)	767 (72,36)	2 (0,19)	28 (2,64)	132 (12,45)	7 (0,66)	12 (1,13)

¹ nombre de répondants aux questionnaires SurvUDI, 2011-2013

Selon les informations obtenues auprès des UDI participants, il semblerait qu'il y ait une proportion un peu moins élevée de travailleurs actifs et de participants profitant de programmes d'aide financière gouvernementale chez les UDI montréalais que chez les UDI montréalais, alors que la proportion d'UDI vivant de la quête et de l'économie de la rue est beaucoup plus élevée chez ces premiers. Ainsi, 16,33% des UDI résidant en Montréal sont des travailleurs actifs, alors que la principale source de revenus pour 77,88% d'entre eux provient de l'État (pension, assurance-emploi, aide ou soutien social, prestations d'invalidité). Les principaux revenus de 2,04% de ces UDI résulte du travail du sexe, alors que 4,08% vivent de la quête et de l'économie de la rue (vols, crime, *squeegie*).

ANTÉCÉDENTS D'INCARCÉRATION

Tableau XIV : Antécédents d'incarcération¹

Résidence		Incarcération passée
Montréal (n=43)	n (%)	38 (88,37)
Montréal (n=613)	n (%)	492 (80,26)
Ensemble du Qc (n=992)	n (%)	808 (81,45)

¹ nombre de répondants aux questionnaires SurvUDI, 2011-2013

Selon les données obtenues auprès des UDI participants, il semblerait qu'une grande majorité d'entre eux ont des antécédents d'incarcération, ce phénomène étant plus accentué pour ceux résidant en Montérégie (88,37%), par rapport à ceux de Montréal (80,26%) ou de l'ensemble du Québec (81,45%).

7.2.2 Profil de consommation de la population UDI montréalaise

ÂGE LORS DE LA PREMIÈRE INJECTION

Tableau XV : Âge lors de la première injection¹

		Âge (en années)		
Résidence	Sexe	Moyen	Étendue	Médian
Montérégie (n=166)	H	23,3	[11,0 ; 51,0]	20,0
	F	21,1	[13,0 ; 42,0]	18,0
	Total	22,8	[11,0 ; 51,0]	20,0
Montréal (n=2214)	H	22,7	[8,0 ; 62,0]	20,0
	F	20,4	[10,0 ; 47,0]	18,0
	Total	22,2	[8,0 ; 62,0]	20,0
Ensemble du Qc (n=4339)	H	23,4	[8,0 ; 63,0]	21,0
	F	22,4	[8,0 ; 57,0]	19,0
	Total	23,1	[8,0 ; 63,0]	20,0

¹ nombre de répondants aux questionnaires SurvUDI, 2004-2013

L'âge moyen de la première injection des UDI est plutôt similaire dans les trois territoires étudiés. Chez les UDI résidant en Montérégie, l'âge moyen de la première injection est de 22,8 ans, avec une étendue de 11 à 51 ans. Les femmes UDI sont plus jeunes que leurs homologues masculins, celles-ci ayant des âges moyens et médians de première injection moins élevés qu'eux.

SUBSTANCES CONSOMMÉES PAR INJECTION

Tableau XVI : Substances consommées par injection au cours des six derniers mois¹

		Substances						
		Cocaïne/ crack	Héroïne	Opiacés médicamenteux non prescrits	Opiacés médicamenteux prescrits	Opiacés médicamenteux totaux	<i>Speedball</i>	Autres drogues
Résidence								
Montérégie (n=81)	n (%)	65 (80,25)	22 (27,16)	44 (54,32)	17 (20,99)	48 (59,26)	7 (8,64)	12 (14,81)
Montréal (n=1048)	n (%)	860 (82,06)	411 (39,22)	558 (53,24)	134 (12,79)	591 (56,39)	87 (8,30)	77 (7,35)
Ensemble du Qc ^a (n=1769); ^b (n=1775); ^c (n=1779)	n (%)	1448 ^c (81,39)	509 ^c (28,61)	945 ^c (53,12)	261 ^a (14,75)	999 ^b (56,28)	118 ^c (6,63)	180 ^c (10,12)

¹ nombre de répondants aux questionnaires SurvUDI, 2009- 2013

Tel que démontré dans ce tableau, la proportion de consommation des différentes catégories de substances semble plutôt similaire dans les trois territoires étudiés. La consommation cocaïnique est la plus commune, suivie de celle d’opiacés médicamenteux et de celle d’héroïne. Chez les UDI résidant en Montérégie, 80,25% ont affirmé avoir consommé de la cocaïne/crack par injection dans les six derniers mois, alors que 27,16% ont consommé de l’héroïne, 59,26% des opiacés médicamenteux, 8,64% du *speedball* (mélange de cocaïne et d’héroïne) et 14,81% d’autres drogues. Chez les UDI résidant en Montérégie, le Dilaudid constituait l’opiacé non prescrit et prescrit le plus utilisé dans les six derniers mois, celui-ci étant consommé par 50,62% (n=81) des UDI participants, suivi de la morphine (29,63%) et de l’hydromorphone (23,46%). Il est à noter qu’un seul cas de méthadone injectée dans les six derniers mois (n=81) a été observé chez les UDI résidant en Montérégie, alors qu’aucun cas de suboxone injecté n’a été noté chez ces UDI. Une possible sous-estimation de la consommation d’opiacés et d’autres drogues pourrait avoir lieu, puisque certaines substances ont été ajoutées au questionnaire SurvUDI en 2011 et que les données présentées dans ce tableau sont colligées entre juillet 2009 et mars 2013. Les tendances de consommation n’ont pas été décrites ici vu le trop petit nombre d’effectifs par année en Montérégie.

SUBSTANCES CONSOMMÉES LE PLUS SOUVENT PAR INJECTION

Tableau XVII : Substance non prescrite consommée le plus souvent par injection au cours des six derniers mois¹

		Substances				
		Cocaïne/ crack	Héroïne	Opiacés médicamenteux non prescrits	<i>Speedball</i>	Autres drogues
Résidence						
Montréal (n=79)	n (%)	44 (55,70)	7 (8,86)	26 (32,91)	1 (1,27)	1 (1,27)
Montréal (n=1044)	n (%)	570 (54,60)	141 (13,51)	320 (30,65)	5 (0,48)	8 (0,77)
Ensemble du Qc (n=1764)	n (%)	995 (56,41)	169 (9,58)	574 (32,54)	8 (0,45)	18 (1,02)

¹ nombre de répondants aux questionnaires SurvUDI, 2009-2013

Ce tableau présente seulement les substances non prescrites, excluant ainsi les opiacés médicamenteux prescrits. En effet, ces substances peuvent être utilisées par les UDI à la suite d'une prescription par leur médecin dans un contexte de soins normal, pour une condition de santé qu'ils présenteraient. Ainsi il n'a pas été jugé pertinent de présenter les données en lien avec la consommation d'opiacés médicamenteux prescrits. La proportion de consommation de chaque type de substance semble être similaire dans les trois territoires étudiés. Chez les UDI résidant en Montérégie, la majorité (55,70%) affirmaient que la cocaïne/crack constitue leur drogue injectée de prédilection. Les opiacés médicamenteux non prescrits forment la seconde catégorie de substances la plus populaire, suivis de l'héroïne (8,86%), du *speedball* (1,27%) et des autres drogues (1,27%). Chez les UDI résidant en Montérégie, le Dilaudid constitue l'opiacé non prescrit le plus utilisé dans les six derniers mois, consommé par 17,72% (n=79) de ceux-ci.

SUBSTANCES CONSOMMÉES AUTREMENT QUE PAR INJECTION

Tableau XVIII : Substances consommées autrement que par injection au cours des six derniers mois¹

		Substances					
		Cocaïne/ crack	Héroïne	Opiacés médicamenteux non prescrits	Opiacés médicamenteux prescrits	Opiacés médicamenteux totaux	Autres drogues
Résidence							
Montérégie ^a (n=79) ; ^b (n=81)	n (%)	55 ^b (67,90)	10 ^b (12,35)	33 ^b (40,74)	19 ^a (24,05)	40 ^a (50,63)	76 ^b (93,83)
Montréal ^a (n=1047) ; ^b (n=1048)	n (%)	811 ^b (77,39)	60 ^b (5,73)	221 ^b (21,09)	115 ^a (10,98)	307 ^a (29,32)	957 ^b (91,32)
Ensemble du Qc ^a (n=1765) ; ^b (n=1767) ; ^c (n=1780)	n (%)	1289 ^c (72,42)	108 ^c (6,07)	504 ^c (28,31)	256 ^a (14,50)	646 ^b (36,56)	1643 ^c (92,3)

¹ nombre de répondants aux questionnaires SurvUDI, 2009-2013

Bien que le nombre d'UDI répondants résidant en Montérégie soit plutôt petit, ce tableau démontre certaines différences dans les habitudes de consommation autrement que par injection, par rapport aux UDI résidant à Montréal ou dans l'ensemble du Québec. Il est à noter qu'aucun test statistique n'a été réalisé pour ces résultats. Ceux-ci semblent suggérer que les UDI de la Montérégie consommeraient un peu moins de cocaïne/crack, mais davantage d'héroïne et d'opiacés médicamenteux. Ainsi, chez les UDI résidant en Montérégie, 67,90% affirmaient avoir consommé de la cocaïne/crack autrement que par injection au cours des six derniers mois, alors que 12,35% avaient plutôt consommé de l'héroïne, 50,63% des opiacés médicamenteux et 93,83% d'autres drogues. Ces dernières comprennent des substances qui ne leur sont pas prescrites dans un cadre médical, tel que l'acide, l'alcool, le cannabis, les amphétamines, les méthamphétamines, l'ecstasy, la phéncyclidine (PCP), les champignons magiques, les solvants en boisson et inhalés, le Talwin ou Ritalin, la kétamine, les barbituriques, les benzodiazépines et le GHB (acide gamma-hydroxybutyrique). Parmi ces substances, celles consommées le plus souvent par les UDI répondants résidant en Montérégie sont le cannabis (74,07%), l'alcool (72,84%) et les amphétamines (55,56%). De plus, chez ces mêmes UDI, l'opiacé consommé autrement que par injection le plus utilisé est la

morphine (31,20%), suivie du Dilaudid (29,91%). Pour ces opiacés, il est possible qu'une certaine sous-estimation de la consommation d'oxycodone prescrite et d'hydromorphone (prescrite ou non) affecte les données, puisque ces substances ont été ajoutées au questionnaire SurvUDI à partir de 2011. Les tendances de consommation n'ont pas été décrites ici vu le trop petit nombre d'effectifs par année en Montérégie.

SUBSTANCES CONSOMMÉES LE PLUS SOUVENT AUTREMENT QUE PAR INJECTION

Tableau XIX : Substance consommée le plus souvent autrement que par injection au cours des six derniers mois¹

Résidence		Substances				
		Cannabis	Alcool	Crack/ <i>freebase</i>	Cocaïne	Amphétamines
Montérégie (n=78)	n (%)	17 (21,79)	15 (19,23)	13 (16,67)	8 (10,26)	12 (15,38)
Montréal (n=1011)	n (%)	328 (32,44)	187 (18,50)	334 (33,04)	39 (3,86)	58 (5,74)
Ensemble du Qc (n=1709)	n (%)	488 (28,55)	348 (20,36)	431 (25,22)	134 (7,84)	142 (8,31)

¹ nombre de répondants aux questionnaires SurvUDI, 2009-2013

Ce tableau présente, parmi l'ensemble des substances consommées le plus souvent autrement que par injection, les cinq substances présentant le plus grand pourcentage d'usagers. Certaines différences semblent s'observer entre les trois territoires étudiés. Par exemple, chez les UDI résidant à Montréal, le crack/*freebase* (33,04%) constitue la substance la plus souvent consommée, autrement que par injection dans les six derniers mois, alors qu'il s'agit du cannabis (21,79%) pour les UDI résidant en Montérégie. Chez ces derniers, l'alcool (19,23%) est la seconde substance consommée autrement que par injection le plus souvent lors des six derniers mois, suivi du crack/*freebase* (16,67%), de la cocaïne (10,26%) et des amphétamines (15,38%).

FRÉQUENCE DE L'INJECTION DANS LE DERNIER MOIS

Tableau XX : Fréquence de l'injection¹

		Fréquence de l'injection				
		Pas à toutes les semaines	1-2 jour(s) par semaine	3-6 jours par semaine	Tous les jours	Pas injecté dans le dernier mois
Résidence						
Montréal (n=168)	n (%)	27 (16,07)	30 (17,86)	31 (18,45)	63 (37,50)	17 (10,12)
Montréal (n=2222)	n (%)	451 (20,30)	318 (14,31)	477 (21,47)	888 (39,96)	88 (3,96)
Ensemble du Qc (n=4344)	n (%)	995 (22,91)	643 (14,80)	767 (17,66)	1423 (32,76)	516 (11,88)

¹ nombre de répondants aux questionnaires SurvUDI, 2004-2013

Pour les trois territoires étudiés, la fréquence d'injection la plus commune est quotidienne. De plus, les UDI résidant en Montérégie qui ne se sont pas injectés dans le dernier mois (10,12%) sont similaires en proportion à l'échelle de la province (11,88%), mais semblent moins nombreux à Montréal (3,96%). Ainsi, chez les UDI résidant en Montérégie, 16,07% affirment ne pas s'être injectés à toutes les semaines dans le dernier mois, 17,86% clament s'être injecté de 1 à 2 jour(s) par semaine, 18,45% l'ont fait de 3 à 6 jours par semaine et 37,50% se sont injectés quotidiennement.

FRÉQUENCE DE L'INJECTION PAR JOUR (SI CONSOMMATION QUOTIDIENNE)

Entre 2004 et 2013, chez les UDI résidant en Montérégie et s'injectant des drogues à tous les jours (tableau XX, n=62 puisqu'une réponse manquante), le nombre moyen d'injections par jour serait de 7,8 et s'étendrait, dépendamment des individus, de 1 à 50, avec une médiane de 4. À des fins de concision, les données pour les UDI montréalais et pour l'ensemble de la province ne sont pas présentées ici.

LIEUX D'INJECTION

Tableau XXI : Lieux d'injection au cours des six derniers mois¹

		Lieu d'injection				
		Sa propre résidence	Lieu public	Résidence d'un ami	Hôtel ou motel	Véhicule privé
Résidence						
Montérégie (n=168)	n (%)	135 (80,36)	97 (57,74)	73 (43,45)	43 (25,60)	30 (17,86)
Montréal (n=2227)	n (%)	1247 (55,99)	1487 (66,77)	747 (33,54)	559 (25,10)	151 (6,78)
Ensemble du Qc (n=4357)	n (%)	2800 (64,26)	2441 (56,02)	1728 (39,66)	1009 (23,16)	379 (8,70)

¹ nombre de répondants aux questionnaires SurvUDI, 2004-2013

Ce tableau présente les cinq lieux où le plus grand nombre de répondants UDI montréalais ont affirmé s'être injecté au moins une fois dans les derniers six mois. Les résultats pour les UDI montréalais et pour l'ensemble du Québec pour ces mêmes lieux sont aussi présentés. Étant donné que les répondants peuvent s'être injectés dans plus d'un endroit différent au cours de cette période, les catégories ne sont pas mutuellement exclusives. Ainsi, la majorité des UDI montréalais se sont injectés dans leur propre résidence (80,36%) ou dans un lieu public (57,74%), tels que dans la rue, dans un stationnement intérieur, dans des toilettes publiques ou ailleurs, au cours des six derniers mois. La majorité des UDI montréalais (55,99% ; 66,77%, respectivement) et à l'échelle du Québec (64,26% ; 56,02%) s'y sont également injectés au cours des six derniers mois. Les trois autres lieux d'injection les plus fréquents chez les UDI montréalais sont la résidence d'un ami (43,45%), un hôtel ou un motel (25,60%) ou un véhicule privé (17,86%). Bien que ces résultats ne soient pas présentés dans le tableau, il est intéressant de noter que, chez les UDI résidant en Montérégie, seulement 2,98% se sont injectés dans un foyer ou un refuge, 1,79% en milieu carcéral et 1,89% en milieu de soins (hôpital, clinique de réadaptation, établissement psychiatrique). Aucun de ces UDI ne s'est injecté dans un centre de réadaptation ou de désintoxication.

LIEU D'INJECTION LE PLUS FRÉQUENT

Parmi les lieux présentés précédemment, chaque UDI répondant devait désigner un lieu d'injection unique où il s'injecte le plus souvent. Ces lieux ont été regroupés en différentes catégories afin d'en faciliter la présentation.

Tableau XXII : Lieu d'injection le plus fréquent dans les six derniers mois¹

		Lieu d'injection					
		Appartement/ maison	Lieu public	Parents/ parenté/ amis	Chez un inconnu	Prison	Autres
Résidence							
Montérégie (n=166)	n (%)	110 (66,27)	24 (14,46)	12 (7,23)	2 (1,20)	1 (0,60)	17 (10,24)
Montréal (n=2215)	n (%)	989 (44,65)	850 (38,37)	172 (7,77)	14 (0,63)	3 (0,14)	187 (8,45)
Ensemble du Qc (n=4335)	n (%)	2274 (52,46)	1098 (25,33)	522 (12,04)	37 (0,85)	18 (0,42)	386 (5,9)

¹ nombre de répondants aux questionnaires SurvUDI, 2004-2013

Certaines différences sont observées entre les différents UDI provenant de la Montérégie, de Montréal et à l'échelle du Québec. Par exemple, l'appartement/maison est le lieu d'injection de prédilection beaucoup plus fréquemment chez les UDI résidant en Montérégie (66,27%) que chez ceux résidant à Montréal (44,65%). De plus, la proportion d'UDI pour lesquels un endroit public est le lieu où ils se sont injectés le plus souvent dans les six derniers mois est beaucoup plus importante chez les UDI résidant à Montréal (38,37%) que chez ceux résidant en Montérégie (14,46%). Ces deux différences marquées sont d'ailleurs statistiquement significatives à un seuil de signification de 0,05 ($p < 0,0001$). Le troisième lieu d'injection le plus fréquent pour les UDI montérégiens était chez les parents, dans la parenté ou chez des amis (7,23%).

7.2.3 Comportements d'injection à risque

PARTENAIRE PRINCIPAL D'INJECTION

Tableau XXIII : Partenaire principal d'injection dans les six derniers mois¹

Résidence		Partenaire d'injection		
		Personne ou partenaire sexuel connu	Personne peu connue ou inconnue	Seul
Montérégie (n=168)	n (%)	54 (50,00)	29 (19,06)	55 (32,74)
Montréal (n=2219)	n (%)	1050 (47,32)	517 (23,30)	652 (29,38)
Ensemble du Qc (n=4333)	n (%)	2226 (51,37)	874 (20,17)	1233 (28,46)

¹ nombre de répondants aux questionnaires SurvUDI, 2004-2013

Les proportions quant au partenaire principal d'injection semblent être plutôt similaires dans les trois territoires étudiés. Chez les UDI résidant en Montérégie, 50% ont pour partenaire principal d'injection une personne ou un partenaire sexuel connu, alors que 19,06% s'injectent principalement en compagnie d'une personne peu connue ou inconnue et 32,74% s'injectent seuls.

FRÉQUENCE D'EMPRUNT DE SERINGUES USAGÉES

Tableau XXIV : Fréquence d'emprunt de seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre dans les six derniers mois¹

Résidence		Fréquence d'emprunt			
		Chaque fois	Des fois	Une seule fois	Jamais
Montérégie (n=168)	n (%)	6 (3,61)	24 (14,46)	6 (3,61)	130 (78,31)
Montréal (n=2222)	n (%)	16 (0,73)	351 (16,02)	158 (7,21)	1666 (76,04)
Ensemble du Qc (n=4344)	n (%)	46 (1,07)	657 (15,33)	303 (7,07)	3280 (76,53)

¹ nombre de répondants aux questionnaires SurvUDI, 2004-2013

En comparaison aux autres territoires étudiés, les UDI résidant en Montérégie ont emprunté un peu plus souvent des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre à chaque injection. Ils ont également emprunté à moindre fréquence de telles seringues une seule fois dans les six derniers mois. Ainsi, 3,61% des UDI résidant en Montérégie ont

emprunté des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre lors de chaque injection au cours des six derniers mois, alors que 14,46% l'ont fait quelques fois et 3,61% une seule fois. La majorité, soit 78,31% de ces UDI, ne l'ont jamais fait.

FRÉQUENCE D'EMPRUNT DE MATÉRIEL D'INJECTION

Tableau XXV : Fréquence d'emprunt d'au moins un item de matériel d'injection (autre que seringues) déjà utilisé par quelqu'un d'autre dans les six derniers mois¹

Résidence		Fréquence d'emprunt		
		Au moins une fois	Jamais	Pas utilisé d'item
Montérégie (n=121)	n (%)	46 (38,02)	74 (61,16)	1 (0,83)
Montréal (n=1605)	n (%)	460 (28,66)	1145 (71,34)	0 (0,00)
Ensemble du Qc (n=3039)	n (%)	943 (31,03)	2079 (68,41)	17 (0,60)

¹ nombre de répondants aux questionnaires SurvUDI, 2004-2013

Lorsque comparés aux UDI des autres territoires étudiés, ceux résidant en Montérégie semblent avoir emprunté du matériel d'injection déjà utilisé par quelqu'un d'autre au moins une fois dans les six mois de façon plus fréquente. Le matériel d'injection en question inclut l'eau, le filtre, le contenant pour diluer ou chauffer les substances, le tourniquet/garrot, le tampon alcoolisé, le tampon sec et l'acidifiant utilisés lors de l'injection de substances psychoactives. Les UDI n'ayant jamais emprunté de tels items semblent moins fréquents chez ceux résidant en Montérégie. En effet, parmi ces UDI, dans les derniers six mois, 38,02% en ont emprunté au moins une fois, alors que 61,16% n'ont jamais emprunté le matériel d'injection déjà utilisé par quelqu'un d'autre et 0,83% n'ont pas utilisé d'item de matériel d'injection

FACILITÉ D'ACCÈS À DES SERINGUES STÉRILES

Entre 2011 et 2013, chez les UDI montréalais (n=50), 92% ont qualifié leur accès aux seringues stériles dans les six derniers mois comme étant très facile (66%) ou plutôt facile (26%), alors que 8% l'ont qualifié de plutôt difficile (6%) ou très difficile (2%). Chez les UDI montréalais (n=661), il semble que l'accès à des seringues stériles soit encore plus aisé, 97% l'ayant qualifié de très facile (82%) ou plutôt facile (15%). La situation est similaire à l'échelle provinciale (n=1061), 96% qualifiant cet accès comme étant très facile (74%) ou plutôt facile (22%).

Tableau XXVI : Fréquence d'utilisation des services du programme d'accès aux seringues stériles¹

Résidence		Fréquence d'utilisation					
		Jamais utilisé à vie	Jamais utilisé dans les six derniers mois	Pas toutes les semaines	1-2 jour(s) par semaine	3-6 jours par semaine	Tous les jours
Montréal (n=166)	n (%)	8 (4,82)	1 (0,60)	78 (46,99)	42 (25,30)	27 (16,27)	10 (6,02)
Montréal (n=2226)	n (%)	31 (1,39)	38 (1,71)	908 (40,79)	689 (30,95)	349 (15,68)	211 (9,48)
Ensemble du Qc (n=4340)	n (%)	222 (5,12)	104 (2,40)	1948 (44,88)	1204 (27,74)	569 (13,11)	293 (6,75)

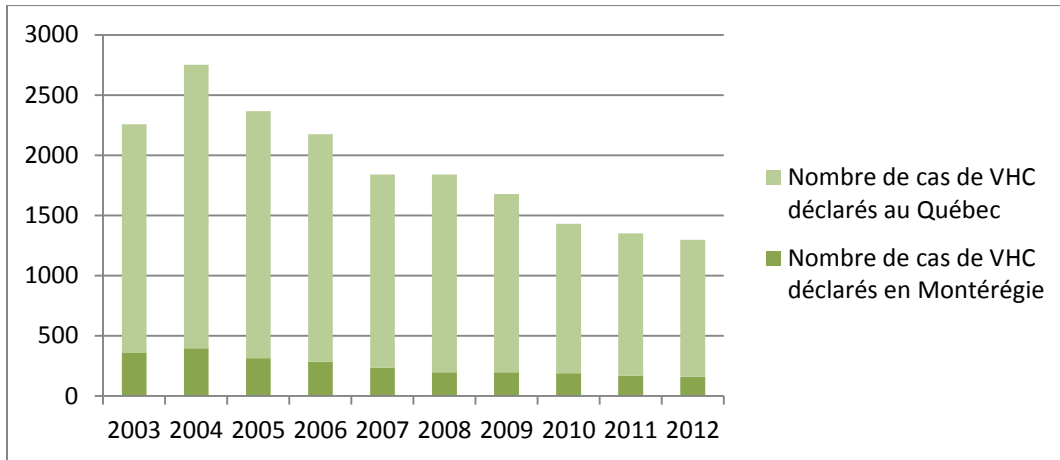
¹ nombre de répondants aux questionnaires SurvUDI, 2004-2013

Bien que les UDI résidant à Montréal semblent utiliser les services du programme d'accès aux seringues stériles un peu plus souvent, les proportions quant à cet indicateur restent plutôt similaires chez les UDI résidant en Montréal et la moyenne provinciale. Ainsi, seulement 4,82% des répondants montréalais ne les ont jamais utilisés, alors que 0,60% en ont déjà fait usage, mais pas dans les six derniers mois. La plus grande proportion des participants ont affirmé l'utiliser, mais à une fréquence moindre que quotidienne. De plus, chez ces mêmes UDI, 25,30% les utilisent 1 à 2 jour(s) par semaine, alors que 16,27% le font 3 à 6 jours par semaine et 6,02% quotidiennement.

7.2.4 Santé physique

NOMBRE DE CAS ET PRÉVALENCE DU VHC

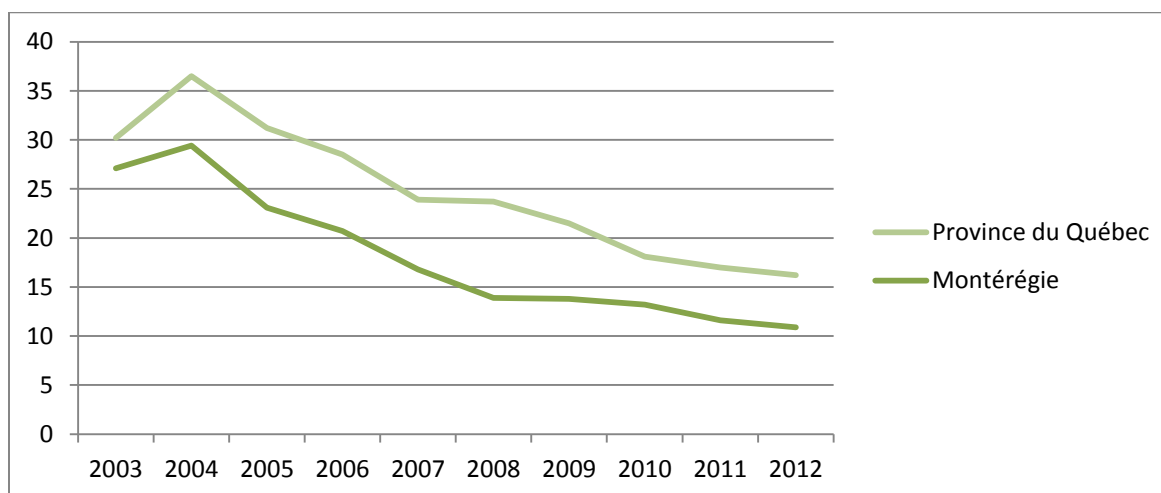
Graphique 1: Nombre de cas de VHC en Montérégie et dans l'ensemble du Québec¹



¹ données extraites du registre MADO

Selon le registre de données MADO, une diminution du nombre de cas de VHC est observée entre 2004 et 2012, autant pour la population générale de l'ensemble du Québec qu'en Montérégie. En 2012, 160 cas de VHC ont été déclarés dans cette région, alors que 1297 cas ont été déclarés comme MADO à l'échelle de la province. Malgré ces diminutions, la part montérégienne du fardeau provincial d'infections au VHC est demeurée stable entre 2003 et 2012, oscillant entre 10,70% et 16,03%.

Graphique 2: Nombre de cas de VHC déclarés par 100 000 personnes en Montérégie et dans l'ensemble du Québec¹



¹ données extraites du registre MADO

Selon ces données tirées du registre MADO, le nombre de cas de VHC déclarés par 100 000 personnes semble diminuer autant au sein de la population générale montérégienne qu'à l'échelle de la province, entre 2004 et 2012. Pendant cette période, ce taux est passé de 36,5% à 16,2% au Québec, alors qu'il a diminué de 29,4% à 10,9% en Montérégie.

Tableau XXVII : Nombre de cas et prévalence du VHC¹

Résidence		Statut positif au VHC (présence d'anticorps contre le VHC dans la salive)
Montérégie (n=168)	n (%)	83 (49,40)
Montréal (n=2228)	n (%)	1546 (69,39)
Ensemble du Qc (n=4349)	n (%)	2768 (63,65)

¹ nombre de répondants aux questionnaires SurvUDI, 2004-2013

Il est à noter que, pour cette variable, un statut positif au VHC est attribué lorsqu'il y a présence d'anticorps contre ce virus dans la salive de l'UDI. Ainsi, plus spécifiquement en lien avec la population UDI, ce tableau démontre une prévalence moindre d'infection au VHC chez les UDI résidant en Montérégie (49,40%), en

comparaison à ceux résidant à Montréal (69,39%) ou à l'échelle provinciale (63,65%). Cette différence par rapport à la Montérégie est statistiquement significative à un seuil de signification statistique de 0,05 pour Montréal ($p < 0,0001$) de même que pour les régions du Québec excluant la Montérégie et Montréal (58,32%, pourcentage non présenté dans le tableau, $p = 0,0248$).

CONNAISSANCE DU STATUT DE VHC

Tableau XXVIII : Connaissance du statut d'infection chez les UDI ayant des anticorps contre le VHC dans la salive (statut positif)¹

Résidence		Connaissance du statut
Montérégie (n=83)	n (%)	64 (77,11)
Montréal (n=1531)	n (%)	1214 (79,29)
Ensemble du Qc (n=2170)	n (%)	2170 (79,02)

¹ nombre de répondants aux questionnaires SurvUDI ayant eu un test de salive positif au VHC, 2004-2013

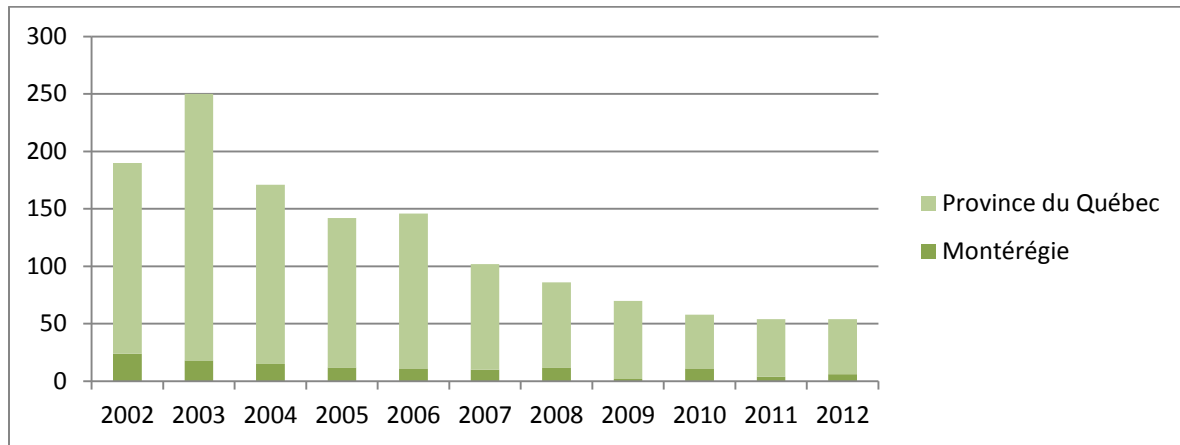
Le pourcentage d'UDI atteints du VHC et qui connaissent leur statut positif, déterminé par la présence d'anticorps contre le VHC dans la salive, semble plutôt similaire dans les différents territoires étudiés. Chez les UDI résidant en Montérégie, 77,11% des personnes atteintes du VHC connaissent leur statut positif.

PRISE DE MÉDICAMENTS ACTUELLE OU PASSÉE POUR LE VHC

Entre novembre 2005 et mars 2013, chez les participants du réseau SurvUDI résidant en Montérégie et ayant déjà contracté ou étant présentement atteints du VHC (n=70), 21,43% ont déjà pris ou prennent actuellement des médicaments prescrits pour cette infection. Cette proportion semble moins élevée (15,63%) chez les UDI résidant à Montréal (n=1126). Elle est également moins élevée (19,34%) à l'échelle provinciale (n=1970).

NOMBRE DE CAS ET PRÉVALENCE DU VIH

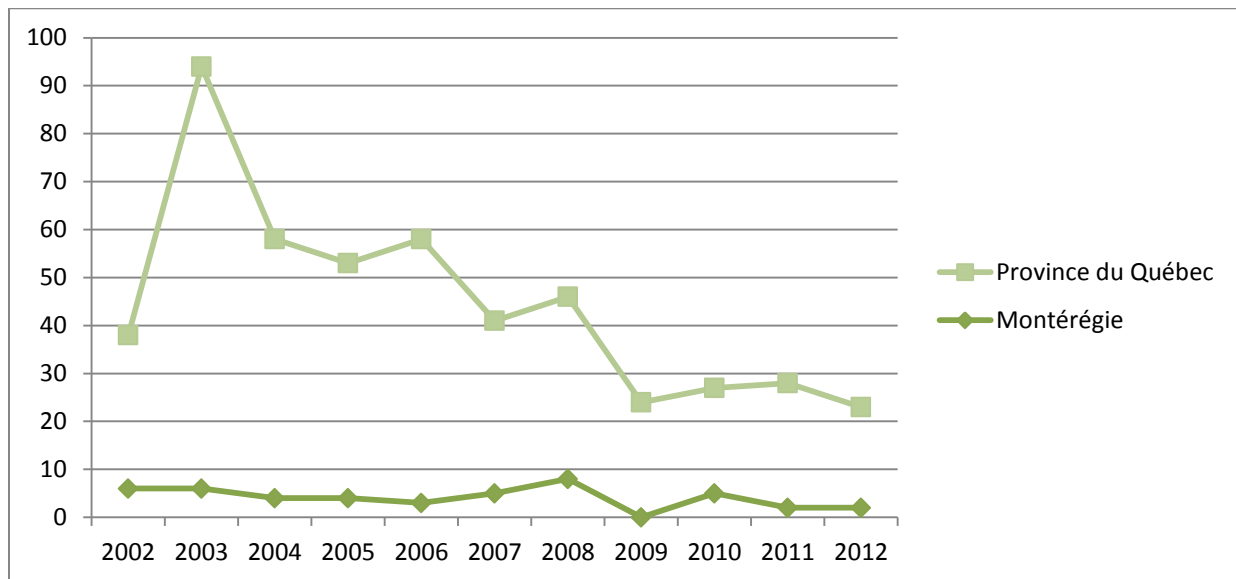
Graphique 3: Nombre de cas de VIH déclarés chez les UDI en Montérégie et au Québec¹



¹ données extraites du PQSIVIH, avril 2002 à décembre 2012

Selon la banque de données du PQSIVIH, une diminution du nombre de cas déclarés de VIH est observée dans la population UDI entre 2003 et 2012, autant au Québec qu'en Montérégie, ladite diminution étant moins prononcée dans cette région. En 2012, 6 cas de VIH ont été nouvellement déclarés dans la population UDI en Montérégie, alors que ce nombre s'élevait à 54 à l'échelle de la province. La part montérégienne du fardeau provincial d'infections au VIH au sein de la population UDI fluctue quant à elle entre 2002 et 2012, sans présenter une tendance notable. En 2012, la part montérégienne de ce fardeau était de 11,11% (donnée non présentée dans le graphique). Il est important de noter que ces données représentent seulement les UDI pour qui un numéro d'assurance maladie était disponible.

Graphique 4: Nombre de nouveaux diagnostics de VIH par année au sein de la population UDI en Montérégie et dans l'ensemble du Québec¹



¹ données extraites du PQSIVIH, avril 2002 à décembre 2012

Selon les données du PQSIVIH, le nombre annuel de nouveaux cas de VIH est en déclin à l'échelle provinciale, alors qu'il semble plutôt stable en Montérégie. En 2012, il y a eu 21 nouveaux cas de VIH dans la province du Québec, dont 2 en Montérégie, ce qui représente une part montérégienne de 9,52% au fardeau québécois de nouveaux cas de VIH. Toujours selon les données du PQSIVIH, sur 31 nouveaux diagnostics de VIH chez les UDI (excluant les UDI HARSAH) en Montérégie entre avril 2002 et décembre 2012, 7 (22,58%) étaient asymptomatiques à la présentation, alors que 24 (77,42%) étaient symptomatiques (infection aiguë, infection symptomatique chronique, SIDA, maladies/symptômes non spécifiques). De plus, pour 32 (71,11%) des 45 nouveaux cas de VIH chez les UDI, un diagnostic a été posé alors qu'ils n'avaient jamais été testés pour le VIH auparavant, leur premier dépistage étant ainsi positif.

Tableau XXIX : Nombre de cas et prévalence du VIH¹

Résidence		Test positif
Montréal (n=167)	n (%)	20 (11,98)
Montréal (n=2215)	n (%)	455 (20,54)
Ensemble du Qc (n=4334)	n (%)	683 (15,76)

¹ nombre de répondants aux questionnaires SurvUDI, 2004-2013

Ce tableau présente une prévalence du VIH moindre chez les UDI résidant en Montérégie (11,98%) que chez ceux résidant à Montréal (20,54%) ou à l'échelle provinciale (15,76%). Cette différence par rapport à la Montérégie est statistiquement significative à un seuil de signification statistique de 0,05 pour Montréal ($p = 0,0076$), mais ne l'est pas pour les régions du Québec excluant la Montérégie et Montréal (10,66%, pourcentage non présenté dans le tableau, $p = 0,5972$).

CONNAISSANCE DU STATUT DE VIH

Tableau XXX : Connaissance du statut d'infection chez les UDI atteints du VIH¹

Résidence		Connaissance du statut positif
Montréal (n=20)	n (%)	16 (80,00)
Montréal (n=453)	n (%)	363 (80,13)
Ensemble du Qc (n=681)	n (%)	554 (81,35)

¹ nombre de répondants aux questionnaires SurvUDI ayant eu un test de VIH positif, 2004-2013

La proportion d'UDI connaissant leur statut séropositif au VIH semble similaire chez ceux résidant en Montérégie (80,00%), que chez ceux résidant à Montréal (80,13%) et à l'échelle provinciale (81,35%).

PRISE DE MÉDICAMENTS ACTUELLE OU PASSÉE POUR LE VIH

Entre novembre 2005 et mars 2013, chez les UDI résidant en Montérégie et atteints du VIH ($n=13$), 76,91% ont déjà pris ou prennent actuellement des antirétroviraux prescrits pour cette infection. Cette proportion semble similaire (79,05%)

chez les UDI résidant à Montréal (n=315). Elle semble également similaire (78,90%) à l'échelle de la province (n=468).

CO-INFECTION AU VIH ET AU VHC

Tableau XXXI : Co-infection au VIH et au VHC¹

Résidence		Co-infection au VIH et au VHC
Montérégie (n=167)	n (%)	16 (9,58)
Montréal (n=2216)	n (%)	387 (17,46)
Ensemble du Qc (n=4335)	n (%)	580 (13,38)

¹ nombre de répondants aux questionnaires SurvUDI, 2004-2013

Selon les données SurvUDI disponibles, la proportion d'UDI infectés simultanément par le VIH et le VHC est moins élevée chez ceux résidant en Montérégie (9,58%) que chez ceux résidant à Montréal (17,46%) ou dans l'ensemble de la province (13,38%).

VISITES À L'URGENCE EN LIEN AVEC LA CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES

Tableau XXXII : Évolution du nombre de visites à l'urgence des résidents de la Montérégie pour intoxication, pharmacodépendance et abus de drogues¹

Période	Diagnostic à l'urgence								TOTAL
	Pharmaco-dépendance (morphinique)	Pharmaco-dépendance (cocainique)	Pharmaco-dépendance (morphinique + autre)	Total Pharmaco-dépendances	Abus chez non-dépendants (morphinique)	Abus chez non-dépendants (cocainique)	Total abus	Intoxications par opiacés ou narcotiques	
2005-2006	18	45	2	65	3	44	47	24	136
2006-2007	19	40	2	61	5	46	51	72	184
2007-2008	13	29	1	43	7	50	57	105	205
2008-2009	25	24	0	49	9	28	37	97	183
2009-2010	19	20	0	39	8	27	35	52	126
Total	94	158	5	257	32	195	227	350	834

¹ données extraites de la banque de données RAMQ

Selon ces données, entre 2005 et 2010, il y aurait eu 257 visites de résidents de la Montérégie à l'urgence pour pharmacodépendance, la majorité (61,48%) étant de type cocaïnique. Pendant cette période, il y aurait également eu 227 visites pour abus de substances morphiniques ou cocaïniques chez des non-dépendants, de même que 350 visites pour intoxications par opiacés ou narcotiques. Ainsi, entre 2005 et 2010, il y aurait eu au total 834 visites à l'urgence en lien avec la consommation de substances psychoactives, que ce soit pour pharmacodépendance(s) (30,82% d'entre elles), pour abus chez des non-dépendants (27,22%) ou pour intoxication par des opiacés ou des narcotiques (41,97%). Ces données concernent les consommateurs de substances psychoactives résidant en Montérégie, peu importe leur mode de consommation.

Tableau XXXIII : Évolution du nombre de visites à l'urgence des résidents de la Montérégie pour intoxication par opiacés ou narcotiques, pharmacodépendances et abus de drogues, par RLS de résidence de l'utilisateur¹

Période	RLS de résidence de l'utilisateur											
	du Haut-Saint-Laurent	du Suroît	de Jardins-Roussillon	de Champlain	Pierre-Boucher	Haut-Richelieu-Rouville	de Richelieu-Yamaska	Pierre-De-Saurel	La Pommeraiè	de la Haute-Yamaska	de Vaudreuil-Soulanges	MONTÉRÉGIE
2005-2006	3	6	11	10	36	19	25	1	6	6	6	129
2006-2007	1	13	9	19	25	26	20	5	6	40	13	177
2007-2008	2	8	11	13	28	21	26	10	6	59	14	198
2008-2009	5	12	20	15	24	17	14	2	5	62	6	182
2009-2010	1	12	9	15	19	12	7	5	4	36	6	126
Total	12	51	60	72	132	95	92	23	27	203	45	812

¹ données extraites de la banque de données RAMQ

Selon les données de la RAMQ colligées entre 2005 et 2010, il y aurait eu 812 visites à l'urgence pour intoxication par opiacés ou narcotiques, pharmacodépendance et abus de drogues. Le nombre total d'observations dans ce tableau (n=812) diffère du précédent (n=834), puisque certaines visites à l'urgence ont été faites par des personnes dont le RLS de résidence était inconnu. Le RLS de la Haute-Yamaska est celui dont les

résidents présentent le plus grand nombre de visites (n=203) pendant cette période, suivi du RLS Pierre-Boucher (n=132), Haut-Richelieu-Rouville (n=95) et de Richelieu-Yamaska (n=92). Il est important de noter que ces données représentent les résidents de la Montérégie ayant consommé de telles substances non seulement par injection, mais également via d'autres modes d'absorption.

HOSPITALISATIONS EN LIEN AVEC LA CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES

Tableau XXXIV : Évolution du nombre d'hospitalisations des résidents de la Montérégie pour intoxication par l'héroïne, autres opiacés ou cocaïne¹

Période	Substances				Total
	Héroïne	Autres opiacés	Total héroïne + autres opiacés	Cocaïne	
2007-2008	1	17	18	11	29
2008-2009	0	33	33	5	38
2009-2010	0	42	42	5	47
2010-2011	1	33	34	15	49
2011-2012	0	35	35	6	41
Total	2	160	162	42	204

¹ données extraites de la banque de données MED-ÉCHO

Selon les données MED-ÉCHO disponibles, il y aurait eu un total de 204 hospitalisations de résidents montérégiens pour intoxication à l'héroïne (0,98%), à d'autres opiacés (78,43%) ou à la cocaïne (20,59%), entre 2007 et 2012. Ainsi, les opiacés sont responsables de plus du triple des hospitalisations pour intoxication à la cocaïne, chez les résidents de la Montérégie. Les hospitalisations pour intoxication à l'héroïne et aux autres opiacés ont augmenté entre 2007 et 2010, pour ensuite diminuer et se stabiliser entre 2010 et 2012. L'évolution des hospitalisations pour intoxication à la cocaïne ne suit pas de tendance notable, quant à elle.

HOSPITALISATION POUR SURDOSES AUX PSYCHOTROPES

Tableau XXXV : Évolution du nombre d’hospitalisations pour surdoses (intoxications involontaires ou à intention non déterminée par des narcotiques et psychodysléptiques (hallucinogènes)) chez les résidents de la Montérégie, par RLS de résidence de l’usager¹

Période	RLS de résidence de l’usager											
	du Haut-Saint-Laurent	du Suroît	de Jardins-Roussillon	de Champlain	Pierre-Boucher	Haut-Richelieu-Rouville	de Richelieu-Yamaska	Pierre-De-Saurel	La Pommeraie	de la Haute-Yamaska	de Vaudreuil-Soulanges	<u>MONTÉRÉGIE</u>
2007-2008	0	2	2	1	3	1	2	0	1	1	0	13
2008-2009	1	1	2	1	2	0	3	0	1	2	0	13
2009-2010	0	0	4	0	2	0	0	1	2	6	3	18
2010-2011	0	0	2	1	5	1	2	2	3	4	0	20
2011-2012	0	1	1	3	3	5	1	1	1	5	0	21
Total	1	4	11	6	15	7	8	4	8	18	3	85

¹ données extraites de la banque de données MED-ÉCHO

Selon les données MED-ÉCHO disponibles, il y aurait eu 85 hospitalisations à la suite d’une surdose par des narcotiques ou hallucinogènes chez les résidents montérégiens entre 2007 et 2012. Les résidents des RLS de la Haute-Yamaska (21,18%, n=18), Pierre-Boucher (17,65%, n=15) et Jardins-Roussillon (12,94%, n=11) sont ceux ayant présenté le plus d’hospitalisations pour surdoses en Montérégie au cours de la période étudiée. De plus, une certaine augmentation du nombre d’hospitalisations pour surdose chez les Montérégiens est observée entre 2008 et 2012. Ces données considèrent les surdoses non seulement par injection, mais également via d’autres modes de consommation.

ENDOCARDITES CHEZ LA POPULATION UDI MONTÉRÉGIENNE

Tableau XXXVI :Évolution du nombre de visites à l’urgence des résidents de la Montérégie pour endocardites bactériennes aiguës/subaiguës et sans autre indication¹

	Nombre de visites à l’urgence pour endocardites	Hypothèse de fraction des endocardites chez UDI ²	Hypothèse du nombre de visites à l’urgence pour endocardites chez la population UDI
Période			
2005-2006	32	0,63	20
2006-2007	44		28
2007-2008	41		26
2008-2009	49		31
2009-2010	44		28
Total	210		132

¹ données extraites de la banque de données RAMQ

² estimation découlant de l’étude de Moss et Munt, 2003 (131, voir résumé méthodologique, annexe III)

Ce tableau présente le nombre de visites à l’urgence (usagers uniques) pour endocardites possiblement attribuables à la consommation de drogues par injection. Selon l’hypothèse avancée, il y aurait eu 132 visites à l’urgence par des usagers uniques pour endocardites bactériennes aiguës/subaiguës ou sans autre indication, entre 2005 et 2010, chez la population UDI résidant en Montérégie.

Tableau XXXVII : Nombre d’hospitalisations des résidents de la Montérégie pour endocardites infectieuses aiguës et subaiguës et endocardites aiguës, sans précision¹

	Nombre d’hospitalisations pour endocardites	Hypothèse de fraction des endocardites chez UDI ²	Hypothèse du nombre d’hospitalisations pour endocardites chez la population UDI
Période			
2007-2008	29	0,63	18
2008-2009	36		23
2009-2010	39		25
2010-2011	51		32
2011-2012	40		25
Total	195		123

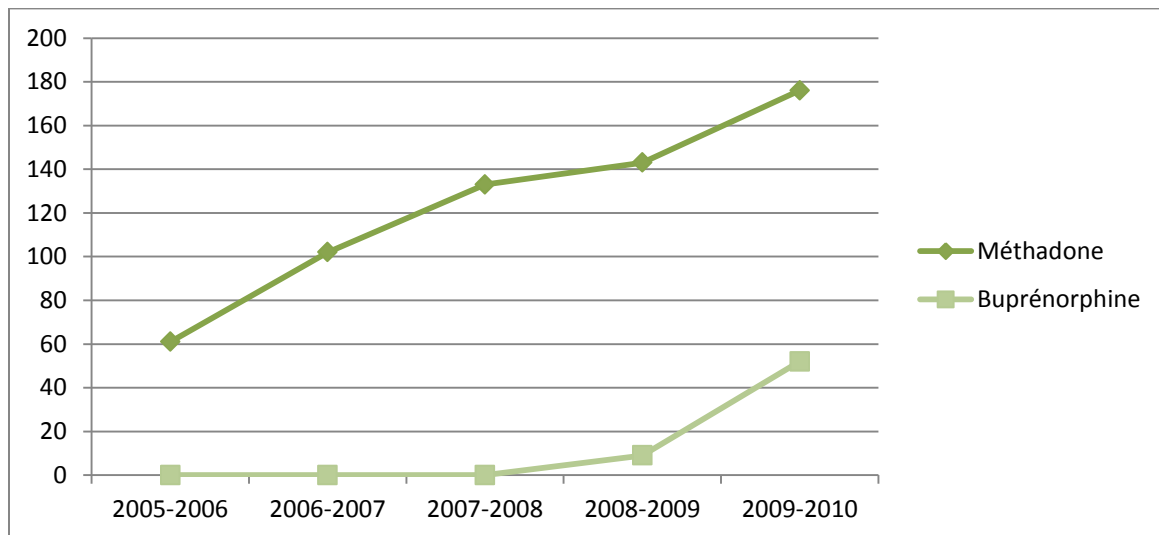
¹ données extraites de la banque de données MED-ÉCHO

² estimation découlant de l’étude de Moss et Munt, 2003 (131, voir résumé méthodologique, annexe III)

Ce tableau présente une hypothèse du nombre d'hospitalisations pour endocardites infectieuses chez la population UDI montréalaise entre 2007 et 2012. Selon l'hypothèse avancée, 123 personnes UDI différentes auraient été hospitalisées durant la période étudiée pour une endocardite liée à leur consommation de drogues par injection.

NOMBRE DE PATIENTS EN TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS

Graphique 5 : Nombre de personnes résidant en Montérégie assurées par la RAMQ ayant reçu au moins une prescription de médicaments de substitution aux opiacés¹

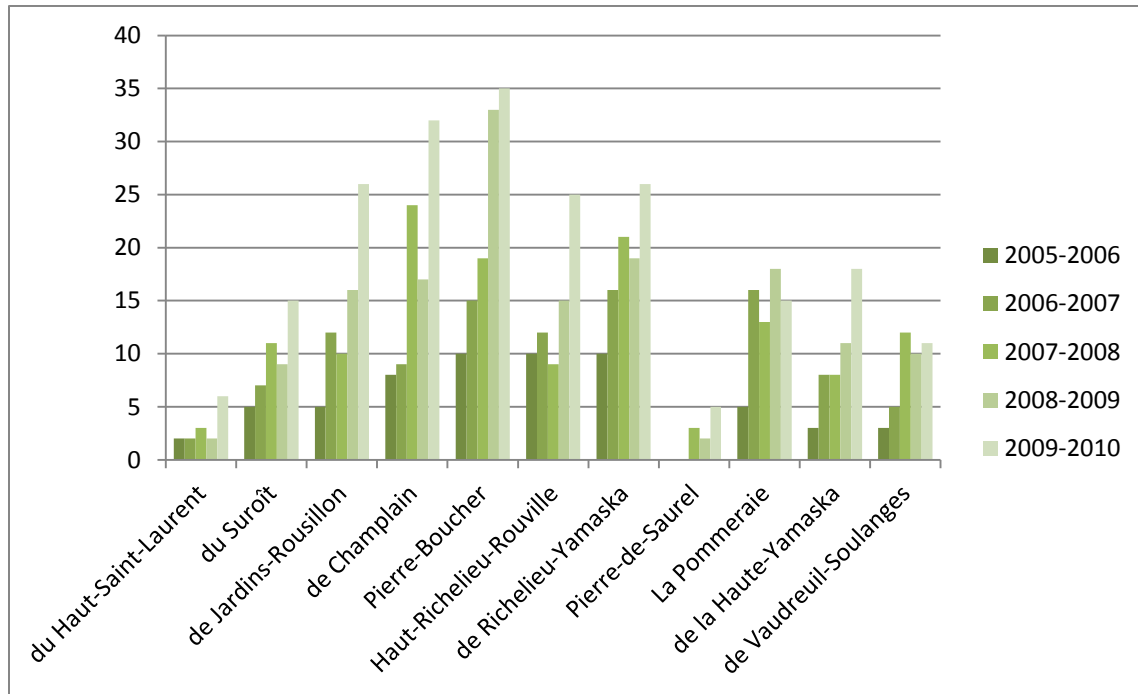


¹ données extraites de la banque de données RAMQ

Le graphique 5 présente le nombre de personnes résidant en Montérégie (usagers uniques) et assurées par la RAMQ, ayant reçu au moins une prescription de méthadone ou de buprénorphine au cours des périodes étudiées. Il est important de noter que ce second médicament a été mis en marché en 2007, puis approuvé pour son utilisation comme traitement de substitution aux opiacés en 2008. (132) Entre 2005 et 2010, la tendance observée est à la hausse pour les deux médicaments, la méthadone étant prescrite beaucoup plus fréquemment que la buprénorphine. En 2009-2010, 176

personnes résidant en Montérégie ont reçu une prescription de méthadone, alors que 52 en ont reçu une de buprénorphine.

Graphique 6 : Nombre de personnes résidant en Montérégie assurées par la RAMQ ayant reçu au moins une prescription de médicaments de substitution aux opiacés, par RLS¹



¹ données extraites de la banque de données RAMQ

Pour la grande majorité des territoires de RLS montérégiens, une augmentation de la prescription de médicaments de substitution aux opiacés a été observée dans le temps, passant de 61 en 2005-2006 à 214 en 2009-2010. Parmi ces RLS, celui de Pierre-Boucher présente le plus grand nombre de telles prescriptions pendant la période étudiée, soit 112. Les RLS Richelieu-Yamaska (n=92) et Champlain (n=90) présentent également un nombre particulièrement élevé d’usagers ayant reçu une prescription de médicaments de substitution aux opiacés. Le RLS de Sorel-Tracy constitue le territoire ayant le plus petit nombre de prescriptions reçues par des usagers uniques, pour un total de 10 pour l’ensemble des périodes étudiées.

Tableau XXXVIII : Usage d'un traitement de substitution aux opiacés dans les six derniers mois¹

Résidence		Substance prescrite		Traitement de substitution aux opiacés
		Méthadone	Suboxone	
Montérégie ^a (n=80) ; ^b (n=81)	n (%)	17 ^b (20,99)	2 ^a (2,50)	19 ^b (23,46)
Montréal ^a (n=1047) ; ^b (n=1048)	n (%)	252 ^b (24,05)	21 ^a (2,01)	266 ^a (25,41)
Ensemble du Qc ^a (n=1764) ; ^b (n=1773) ; ^c (n=1775)	n (%)	421 ^c (23,72)	37 ^a (2,10)	447 ^b (25,21)

¹ nombre de répondants aux questionnaires SurvUDI, 2009-2013

Selon les données SurvUDI disponibles, la proportion d'UDI ayant reçu une prescription de méthadone, de suboxone (buprénorphine) ou ayant fait usage d'un traitement de substitution aux opiacés semble être similaire pour les participants résidant en Montérégie, à Montréal ou à l'échelle provinciale. En ce qui a trait aux UDI montérégiens, 20,99% des répondants ont reçu une prescription de méthadone entre juillet 2009 et mars 2013, alors que 2,50% en ont reçu une de suboxone. De plus, 23,46% des UDI participants ont affirmé avoir fait usage d'un traitement de substitution aux opiacés. Il faut noter que les trois catégories présentées pour chaque territoire étudié ne sont pas exhaustives. En effet, une question différente avec réponse dichotomique (oui/non) était posée aux participants pour documenter la consommation de chaque substance et l'utilisation des traitements de substitution aux opiacés.

MORTALITÉ SECONDAIRE À UNE SURDOSE DE DROGUES INJECTÉES

Tableau XXXIX : Mode de consommation de substances psychoactives ayant entraîné le décès¹

	Total		Mode de consommation de la substance ayant mené au décès			
			Par injection		Autrement que par injection	
Intoxication fatale	n	%	n	%	n	%
Accidentelle (X40-X44)	212	86,18	33	97,06	179	84,43
Intention non déterminée (Y10-Y14)	34	13,82	1	2,94	33	15,57
Total	246	100,00	34	13,82	212	86,18

¹ données extraites de la banque de données du Bureau du Coroner en Montérégie, 2000-2010

Au total, 246 dossiers dont le diagnostic principal constituait une intoxication fatale (surdose fatale) ont été identifiés par le coroner, pour la période s'étendant de 2000 à 2010. Il faut noter cependant que l'année 2010 est légèrement incomplète, 96,6% des investigations ayant été terminées au moment de l'analyse. De plus, les erreurs médicales et les décès en prison ont été exclus. Parmi les intoxications identifiées menant au décès, 212 (86,2%) étaient de nature accidentelle et 34 (13,8%) à intention non déterminée. La recherche des racines lexicales tronquées *inject*, *intrav*, *sering*, *piq*, *ecchym*, *ponction*, suivie d'un examen plus approfondi de chaque dossier a permis d'identifier 34 décès (13,8%) liés à la consommation de substances psychoactives par injection. Le tableau XL présente davantage de détails sur les personnes décédées des suites d'une injection de substance psychoactive.

Tableau XL : Caractéristiques sociodémographiques et circonstances du décès chez les personnes ayant décédé à la suite d'une injection de substance psychoactive¹

		Décès par injection (n=34)	
		n	%
Sexe	Homme	25	73,53
	Femme	9	26,47
Groupe d'âge	moins de 26 ans	8	23,53
	26-35 ans	12	35,29
	36-45 ans	10	29,41
	46 ans ou plus	4	11,76
Substance	Héroïne	10	29,41
	Cocaïne	15	44,12
	Autre opiacé	9	26,47
Lieu de décès	Résidence	20	58,82
	Endroit public	9	26,47
	Autre/inconnu	5	14,71

¹ données extraites de la banque de données du Bureau du Coroner en Montérégie, 2000-2010

7.2.5 Conséquence de la consommation de drogues par injection sur la communauté montérégienne

INJECTIONS EN LIEUX PUBLICS

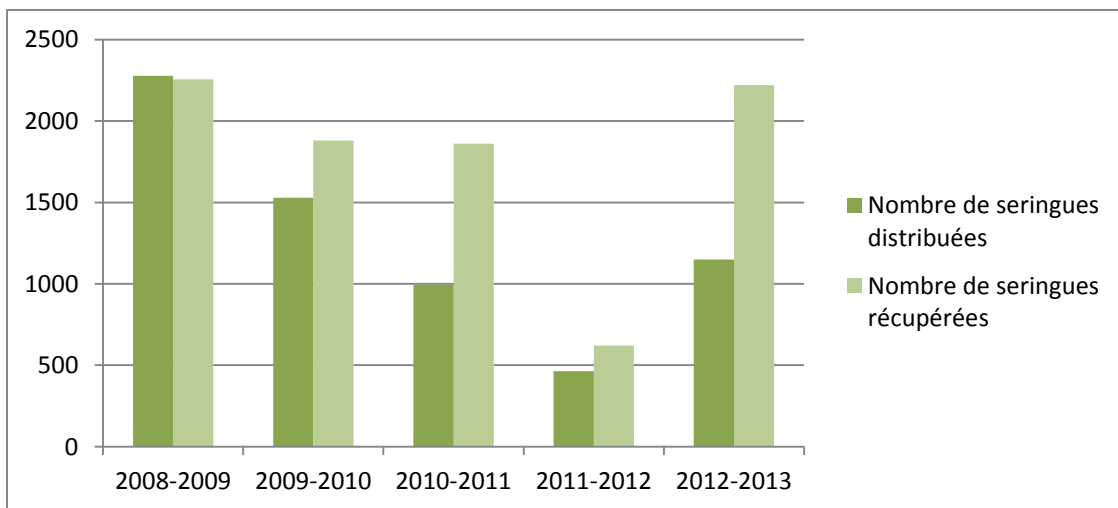
Tel que présenté aux tableaux XXI et XXII (p.68-69) portant sur les lieux d'injection, 57,74% des UDI résidant en Montérégie (n=168) disaient s'être injectés en public dans les six derniers mois, entre 2004 et 2013. De plus, un endroit public constituait le lieu d'injection le plus fréquent dans les six derniers mois pour 14,46% d'entre eux (n=166).

SERINGUES À LA TRAÎNE

Puisqu'aucune banque de données ne nous permettait de quantifier le nombre de seringues à la traîne en Montérégie, nous avons décidé d'utiliser un proxy, soit le pourcentage de récupération de seringues, afin de documenter cet aspect. Ce pourcentage était représenté par le nombre de seringues récupérées sur le nombre de seringues distribuées par l'organisme communauté d'un territoire. Ainsi, si ce pourcentage était inférieur à 100%, nous supposons que le nombre de seringues distribuées était plus important que le nombre de seringues récupérées, rendant plus probable le fait que des seringues soient laissées à la traîne.

Aucune donnée quant à la distribution et la récupération de seringues n'était disponible pour le territoire de la Ville de Longueuil. Quant aux secteurs de Saint-Hyacinthe et de Salaberry-de-Valleyfield, les principaux organismes y offrant des services aux UDI ont pu nous acheminer de telles données.

Graphique 7: Distribution et récupération des seringues (Saint-Hyacinthe)

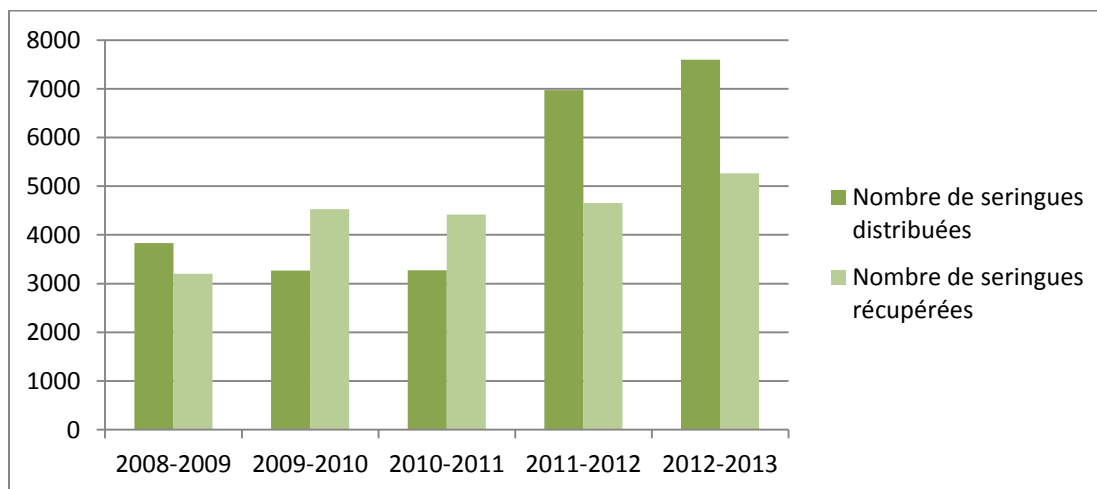


¹ données provenant du Centre d'Intervention-Jeunesse des Maskoutains, Saint-Hyacinthe

Le graphique 7 présente les données des cinq dernières années d'activités quant à la distribution et la récupération de seringues, pour le principal organisme communautaire en charge des services pour les UDI à Saint-Hyacinthe. Une baisse importante a été

observée pour ces deux variables en 2011-2012, puisqu'il y a eu réduction du personnel et fermeture de certains services. Malgré tout, le pourcentage de récupération de seringues n'a cessé d'augmenter pendant ces cinq dernières années, passant de 99% en 2008-2009 à 193% en 2012-2013. Certains pourcentages de récupération dans la période couverte sont supérieurs à 100%. En effet, alors que le nombre de seringues récupérées comprend celles provenant de tous les points de distribution (hôpitaux, pharmacies et autres) du secteur couvert, le nombre de seringues distribuées représente seulement celles distribuées par l'organisme.

Graphique 8: Distribution et récupération des seringues (Salaberry-de-Valleyfield)



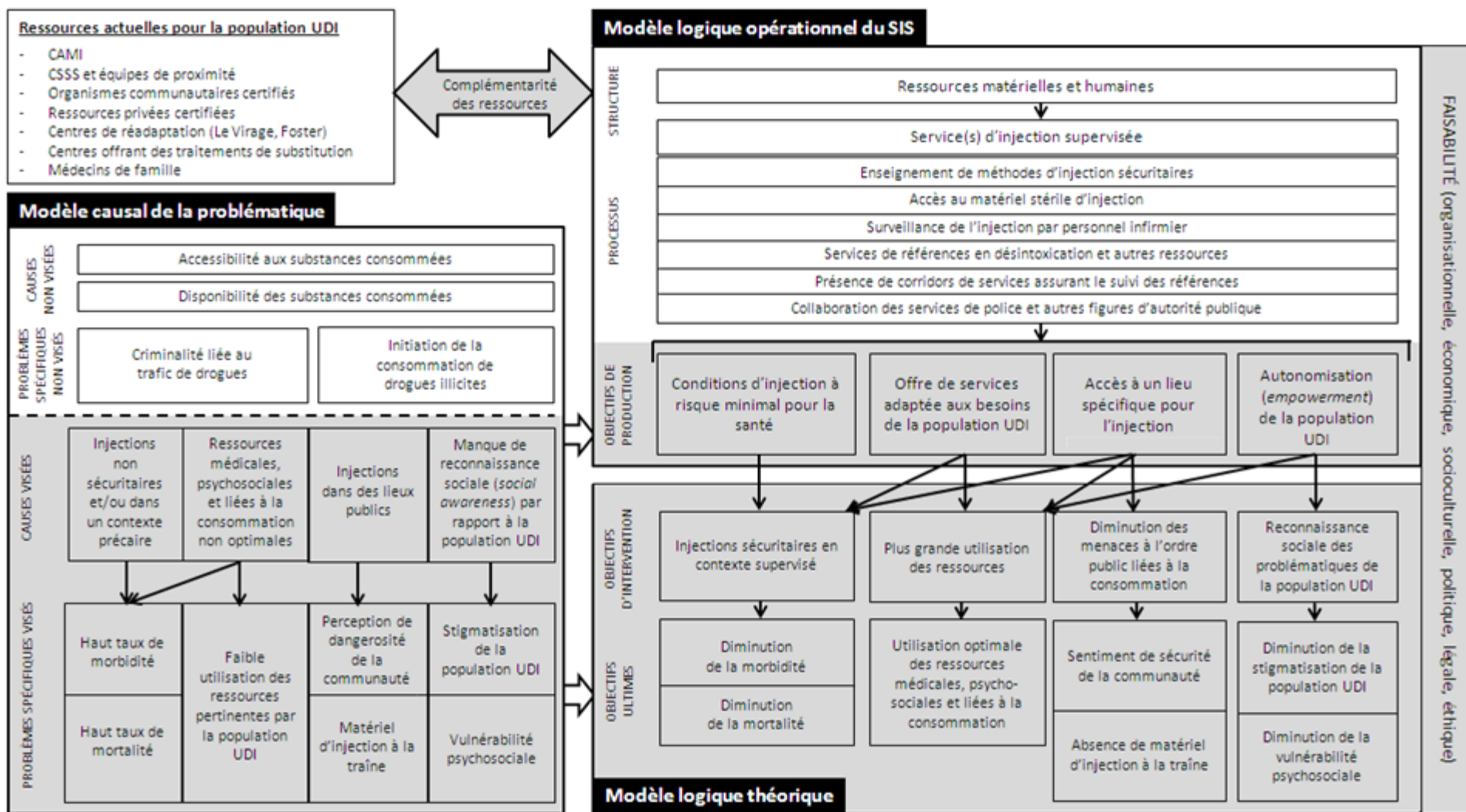
¹ données provenant de Pacte de Rue, Salaberry-de-Valleyfield

Le graphique 8 fait état des données des cinq dernières années d'activités en lien avec la distribution et la récupération de seringues, pour le principal organisme communautaire en charge des services pour les UDI à Salaberry-de-Valleyfield. Pendant la période étudiée, le nombre de seringues distribuées reste stable alors qu'une augmentation est observée dans la distribution de seringues. Ainsi, le pourcentage de récupération a diminué de 139% (2009-2010) et 135% (2010-2011) à 67% (2011-2012) et 69% (2012-2013).

7.3 PERTINENCE DE L'IMPLANTATION D'UN SERVICE D'INJECTION SUPERVISÉE SELON LES ACTEURS STRATÉGIQUES CONCERNÉS SUR LE TERRITOIRE MONTÉRÉGIEN

Cette sous-section présente les résultats des analyses qualitatives réalisées à partir des groupes de discussion formés d'UDI, d'ex-UDI et des acteurs stratégiques œuvrant auprès d'eux dans les territoires sélectionnés. La composition de ces groupes est décrite dans le tableau VI (p.55). Le cadre de référence (figure 1, p.37) a dû être modifié vu l'émergence, pendant les groupes de discussion, de thèmes non considérés de prime abord lors de son élaboration, pour ainsi devenir un modèle conceptuel (figure 2, p.92). Ces modifications sont clairement notées dans les paragraphes d'introduction de chacune des parties de la présente sous-section. La présentation des résultats qualitatifs est réalisée en fonction des différents éléments présentés dans le modèle conceptuel. Les arguments émis par les participants des groupes de discussion sont résumés sous forme de tableaux, puis décrits de façon plus détaillée dans les textes explicatifs qui les accompagnent. À l'exception des paragraphes d'introduction des tableaux, l'information rapportée dans cette section provient uniquement des participants interrogés. Les arguments énoncés ont été synthétisés en thèmes dominants, puis regroupés selon les différents éléments du modèle conceptuel qui constituent les sous-titres des tableaux. Lorsque les tableaux ne respectent pas cette manière de procéder, une mention en est faite. C'est le cas des arguments en lien avec la mise en contexte de la problématique de drogues par injection (section 7.3.1), puisque ceux-ci ne se réfèrent à aucun élément du modèle conceptuel. Aussi, quelques éléments du modèle conceptuel ont dû être déclinés en diverses sous-catégories dans certains tableaux, vu le nombre important d'arguments s'y rapportant.

Figure 2 : Modèle conceptuel de l'analyse stratégique d'un SIS en Montérégie



7.3.1 Mise en contexte de la problématique de drogues par injection

Bien que cette section ne figure pas dans le cadre de référence (figure 1, p.37), elle est essentielle pour bien saisir les résultats qui suivent. Tout d'abord, elle permet une meilleure compréhension du contexte dans lequel s'inscrit la consommation de drogues par injection. En effet, les modes et tendances de consommation étant dynamiques, divers profils de consommation se dessinent et donnent lieu à des manifestations distinctes accompagnées de besoins également distincts. De plus, l'injection de drogues fait partie d'une problématique plus générale de consommation de drogues non sécuritaire.

Tableau XLI : Contexte de la consommation de substances psychoactives

CONTEXTE	Profils de consommation
	<ul style="list-style-type: none"> - Évolution de la consommation <ul style="list-style-type: none"> ○ Diminution et stabilisation de la consommation de drogues par injection ○ Augmentation concomitante de la consommation de crack ○ Augmentation de la consommation d'opiacés synthétiques par voie orale, surtout chez les plus jeunes - Problématique de polyconsommation <ul style="list-style-type: none"> ○ Concerne la majorité des usagers de drogues ○ Liée à plusieurs conséquences sur la santé
	Facteurs d'aggravation du risque lors de la consommation
	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de connaissances des usagers sur les substances <ul style="list-style-type: none"> ○ Par rapport aux nouvelles drogues, vu que le marché est dynamique ○ Par rapport aux drogues connues, lors d'un changement de mode de consommation

Les participants des groupes de discussion ont observé une diminution, puis une stabilisation de l'injection comme mode de consommation, malgré une hausse dans la distribution de matériel d'injection par les organismes communautaires. Selon eux, cette situation a lieu possiblement au profit de la consommation de crack (cocaïne fumée), observée par l'augmentation importante de l'utilisation de pipes à crack. Selon les experts en toxicomanie interrogés dans les groupes de discussion, la consommation de crack suit un cycle où une hausse de sa consommation est normalement observée pendant un ou deux ans. La consommation d'opiacés synthétiques serait également en augmentation, surtout chez les plus jeunes, vu leur accessibilité et la plus grande durée de leurs

effets. La polyconsommation est un phénomène observé chez la majorité des consommateurs de substances illicites, les plaçant à un plus haut risque de psychoses, surdoses et autres menaces à la santé. Un manque de connaissances quant aux nouvelles pratiques de consommation est observé chez la personne faisant usage de substances psychoactives lors d'un changement du mode de consommation ou de la substance consommée.

Une meilleure compréhension des forces des ressources actuelles pour les UDI en Montérégie est également nécessaire pour mieux apprécier les arguments soulevés ensuite quant à leurs manques. Ces forces figurent dans un seul tableau divisé en sous-sections représentant trois déclinaisons de l'offre de services, soit l'accessibilité, la continuité et l'appréciation des ressources.

Tableau XLII : Forces et complémentarité des ressources actuelles

FORCES ET COMPLÉMENTARITÉ DES RESSOURCES ACTUELLES	Accessibilité des ressources
	<ul style="list-style-type: none"> - Éventail de ressources répondant à des besoins particuliers de la population UDI en Montérégie - Bonne couverture du territoire par les travailleurs de rue - Volonté de certains établissements et professionnels à offrir des services adaptés aux UDI - Accès gratuit et facile au matériel stérile d'injection
	Continuité des ressources
	<ul style="list-style-type: none"> - Certains services non sectorisés - Élaboration d'un continuum de soins pour le traitement du VIH et de l'hépatite C - Certaines ressources pivots assurant les liens vers les services auxquels les UDI sont référés - Efforts de concertation sur certaines problématiques des UDI déjà présents en Montérégie pour harmoniser les services offerts
	Appréciation des ressources
	<ul style="list-style-type: none"> - Efficacité du réseau de distribution et de récupération de seringues - Rapports satisfaisants avec certains policiers - Sensibilisation et formations réalisées auprès de certains partenaires afin d'améliorer la qualité de leurs interventions - Appréciation notoire de plusieurs ressources déjà en place et répondant aux besoins des UDI en Montérégie, cependant trop peu connues

Les participants interrogés ont noté plusieurs forces aux ressources actuelles en place pour la population UDI montréalaise. Tout d'abord, en ce qui a trait à leur accessibilité, il existe déjà une panoplie de ressources disponibles répondant à des besoins particuliers de cette population, telles que des travailleurs de rue et des infirmières de proximité, des services pour le traitement des dépendances aux opiacés, du VIH et du VHC, des services psychosociaux et des organismes communautaires en soutien. De plus, la couverture du territoire par les travailleurs de rue est excellente. Aussi, certains établissements et professionnels s'engagent déjà à offrir des services plus adaptés aux UDI, tel que démontré par l'engagement formel de certains CSSS montréalais à former des experts pour le traitement du VHC et par les professionnels de la santé du réseau ayant une approche adaptée et globale des problématiques vécues par les UDI. L'accès gratuit et facile au matériel stérile d'injection dans les CAMI pour les UDI est également une ressource bien appréciée de tous.

En ce qui concerne la continuité des ressources, les participants rappelaient qu'il existe des services qui sont non sectorisés, dont ceux du CRD Le Virage et les ressources de proximité, facilitant ainsi l'accès aux soins par la population UDI. De plus, un continuum de soins pour le traitement du VIH et du VHC est en train de se bâtir. Cependant, celui-ci sera centralisé à Longueuil, limitant leur accès pour les UDI des secteurs montréalais plus éloignés. Il existe également des ressources pivots, notamment des infirmières pivots dans les départements d'urgence hospitaliers, le CRD Le Virage et les organismes communautaires, qui facilitent les liens vers les services auxquels les UDI sont référés. De plus, il y a des efforts de concertation qui sont déjà déployés par rapport à certaines problématiques vécues par les UDI. La table d'itinérance Rive-Sud, la collaboration entre les CSSS et les organismes communautaires, l'entraide au sein du milieu communautaire et la concertation avec des policiers dans certains secteurs tels que la Ville de Longueuil en sont des exemples concrets.

Pour ce qui est de l'appréciation des ressources, le réseau de distribution et de récupération de seringues est estimé comme étant fort efficace auprès de l'ensemble des participants interrogés. Selon eux, cela pourrait être dû au fait qu'une personne est

assignée à ce programme dans chaque CSSS en Montérégie, de même qu'à la bonne collaboration des intervenants de proximité, des villes et des établissements impliqués. Aussi, ces participants considéraient que des rapports satisfaisants sont établis avec certains services de police. Ils ont mentionné que les policiers communautaires et ceux ayant plus d'expérience auprès des UDI étaient les plus appréciés, autant par les UDI que par les acteurs stratégiques œuvrant auprès d'eux. Un participant affirmait d'ailleurs :

«L'équipe de policiers communautaires, je pense que c'est "A-one." Tu as un problème, tu les appelles, ils vont essayer de régler le problème. On les connaît, ils sont attirés à nos secteurs.» (P1)

De plus, des efforts de sensibilisation et des formations sont réalisés auprès de certains partenaires, tels que les CAMI et les écoles de police, afin de les soutenir dans des interventions de qualité auprès des UDI. De façon générale, il existe une appréciation notoire de plusieurs ressources déjà en place pour les UDI en Montérégie. Cependant, celles-ci sont jugées comme étant trop peu connues.

7.3.2 Modèle causal de la problématique d'usage de drogues par injection

Cette section fait état des principales problématiques vécues par les UDI en Montérégie. Elle présente de prime abord de façon séparée les causes et les problèmes spécifiques à l'injection de substances psychoactives qui ne sont pas visés par les SIS. Les causes et les problèmes spécifiques visés par l'intervention de SIS sont ensuite présentés de manière regroupée. Il est à noter que les causes et problèmes spécifiques visés présentés dans le cadre de référence initial (figure 1, p.37) ont été remaniés à la lumière des résultats qui se sont dégagés des groupes de discussion. De plus, une cause additionnelle, soit le «Manque de reconnaissance sociale par rapport à la population UDI», a été ajoutée à ce cadre de référence. En effet, plusieurs arguments liés à ce thème ont émergé lors des groupes de discussion. Le modèle conceptuel (figure 2, p.92) présente le cadre de référence auquel ces modifications ont été apportées.

Tableau XLIII : Causes et problèmes spécifiques non visés par un SIS

CAUSES NON VISÉES	Accessibilité aux substances consommées
	- Revendeurs de substances psychoactives présents autant à Montréal qu'en Montérégie
	Disponibilité des substances consommées
CAUSES NON VISÉES	- Grande disponibilité des substances psychoactives de toutes sortes en Montérégie et à Montréal
	- Environnement propice à la consommation à Montréal
	- Réseau de cocaïne bien implanté au Québec
PROBLÈMES SPÉCIFIQUES NON VISÉS	Criminalité liée au trafic de drogues
	- Infractions à la <i>Loi régissant certaines drogues et autres substances</i>
	- Vols dans les pharmacies en lien avec la consommation d'opiacés
	- Délinquance
PROBLÈMES SPÉCIFIQUES NON VISÉS	- Emprisonnements, souvent à répétition
	- Augmentation du risque de poser un acte criminel lorsque les consommateurs sont en sevrage
	Initiation de la consommation de drogues illicites
	- Prise de risques accrue lorsqu'en état d'intoxication pouvant mener à la consommation de nouvelles substances ou à l'essai de nouveaux modes de consommation
PROBLÈMES SPÉCIFIQUES NON VISÉS	- Consommateurs plus jeunes prenant surtout des drogues de synthèse par voie orale, car elles sont plus efficaces pour leur donner l'effet recherché

Selon les participants interrogés, les UDI de la Montérégie ont un bon accès aux substances qu'ils consomment vu la présence de revendeurs de drogues autant sur le territoire montérégien que montréalais. Toujours selon eux, Montréal comporte une plus grande concentration de revendeurs que la Montérégie. Dans cette dernière région, cependant, les revendeurs sont surtout concentrés à Longueuil, mais tout de même présents de façon plus dispersée en périphérie. Ces substances sont facilement disponibles, surtout dans un environnement de consommation plus important tel que celui de l'île de Montréal. Les participants rappelaient que la cocaïne est particulièrement disponible et constitue la drogue la plus consommée au Québec parmi celles administrées par injection, vu son réseau bien implanté dans la province. Le trafic de drogue entraîne divers écarts face à la loi, tels que les infractions pour possession ou trafic de drogues, des vols, de la délinquance et des emprisonnements. Le risque de poser un acte criminel est accru lorsque les consommateurs sont en sevrage, surtout après avoir consommé de la

cocaïne. La consommation de drogues peut comporter une certaine prise de risques lorsqu'un individu est intoxiqué, dont la consommation de nouvelles substances. Chez les plus jeunes, l'initiation à la consommation se fait surtout par la prise de drogues de synthèse par voie orale.

Tableau XLIV : Injections à risque, morbidité et mortalité chez les UDI

CAUSE VISÉE	Injections non sécuritaires et/ou dans un contexte précaire
	<ul style="list-style-type: none"> - Important manque de connaissances sur les pratiques à risque et leurs conséquences chez les UDI - Désengagement des UDI par rapport aux pratiques sécuritaires - Contexte d'injection propice à la prise de risques - Prise de risques accrue lorsqu'en état d'intoxication pouvant mener à l'injection à risque
PROBLÈMES SPÉCIFIQUES VISÉS	Haut taux de morbidité
	<ul style="list-style-type: none"> - Multi-problématiques de santé physique et mentale <ul style="list-style-type: none"> ○ Comorbidités non liées à la consommation de drogues ○ Comorbidités liées à la consommation de drogues <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépendance à une ou plusieurs substances psychoactives ▪ Infections (VIH, hépatites, opportunistes, cutanées et abcès) ▪ <i>Cotton fever</i> ▪ Conséquences esthétiques (marques de ponctions) ▪ Affectations ou états post-consommation (psychoses toxiques, paranoïa, agressivité, panique, sevrage, culpabilité, honte, tristesse) - Mauvaise santé physique ou mentale pouvant mener à l'initiation ou à l'augmentation de la consommation de substances psychoactives - Manque d'information sur les maladies - État de santé physique ou mentale souvent aggravé puisque consultation tardive
	Haut taux de mortalité
	<ul style="list-style-type: none"> - Problématique peu notée - Surdoses, mais moins fréquentes qu'à Vancouver

Selon les participants des groupes de discussion, l'injection non sécuritaire de drogues chez les UDI est due, entre autres, à un manque de connaissances flagrant quant aux pratiques à risque minimal, surtout chez les plus jeunes et les nouveaux initiés. On observe aussi un désengagement chez les UDI en réaction à la haute prévalence de certaines infections, telles que celle au VHC, dans cette population. Un participant a bien exprimé cette situation :

«Si je vais dans les crack houses distribuer des embouts de pipes à crack, pas besoin, on a toute l'hépatite.» (P2)

Le contexte de l'injection peut également être propice à la prise de risques, celle-ci se réalisant souvent de manière impulsive et cachée. Par exemple, les UDI s'injectent parfois sur des sites corporels non recommandés afin d'éviter que les marques de ponction ne soient visibles. Ces risques entraînent un haut taux de morbidités, dont la dépendance aux substances et des infections de différentes sévérités. De plus, certaines affectations découlent directement de la consommation de substances psychoactives, telles que les psychoses toxiques, la paranoïa, l'agressivité, le syndrome de sevrage. À ces comorbidités s'ajoutent celles pouvant ne pas être liées à la consommation de drogues, telles que la dépression, et celles apparaissant avec le vieillissement, telles que l'hypertension, le diabète de type 2. Un participant a bien démontré la nécessité d'adapter les interventions à ce contexte de morbidités multiples :

«La comorbidité, ça fait partie de notre réalité. Il faut adapter nos interventions en fonction de ça.» (P3)

Certains UDI auront recours aux substances psychoactives en réaction à une santé fragilisée. Un manque de connaissances sur les modes de transmission, l'ampleur du risque de contagion et les traitements des maladies chez la population UDI est noté. Aussi, le fait que les UDI ne font pas de leur santé une priorité, un accès difficile aux services de santé, le caractère asymptotique de certaines affectations et les tabous en lien avec les problèmes de santé mentale contribuent à ce qu'ils consultent tardivement dans l'évolution de leur maladie. La mortalité a été peu abordée par les participants des groupes de discussion, celle-ci résultant parfois de surdoses qui, selon eux, sont moins fréquentes au Québec qu'à Vancouver vu l'usage et la concentration moindres de l'héroïne dans la province québécoise.

Le tableau présentant la cause visée intitulée «Ressources médicales, psychosociales et liées à la consommation mal adaptées ou absentes» et les problèmes spécifiques y étant liés a dû être scindé en quatre. En effet, un grand nombre d'éléments s'y rapportant ont été soulevés lors des groupes de discussion, ce qui rendait impossible leur intégration en un seul tableau. Ainsi, trois caractéristiques de ces ressources, soit

l'accessibilité, la continuité et leur appréciation, occupent chacune un tableau, alors que les deux problèmes spécifiques étant liés à cette cause visée sont ensuite rapportés dans un quatrième tableau.

Tableau XLV : Accessibilité problématique des ressources pour les UDI

CAUSE VISÉE	Ressources médicales, psychosociales et liées à la consommation mal adaptées ou absentes
	Mauvaise accessibilité des ressources
	OBSTACLES INHÉRENTS AU CONTEXTE DE L'OFFRE DE SERVICES
	<ul style="list-style-type: none"> - Couverture géographique non optimale de l'offre de services - Population bénéficiaire mal connue - Stigmatisation de la population UDI de la part des professionnels de la santé, intervenants communautaires, pharmaciens des CAMI et policiers
	RESSOURCES INÉGALES ENTRE LES MUNICIPALITÉS
	<ul style="list-style-type: none"> - Distribution inadéquate des ressources liées aux soins de santé - Distribution inadéquate des ressources liées à la consommation - Distribution inégale des effectifs policiers avec une expertise d'intervention avec les UDI
	ABSENCE DE CERTAINES RESSOURCES DANS L'ENSEMBLE DE LA MONTÉRÉGIE
	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de certaines ressources en lien avec le support des UDI - Absence de certaines ressources en lien avec la consommation des UDI - Absence d'un programme d'intervention policière spécifique aux UDI - Absence de projets de sensibilisation récents sur les risques potentiels de l'injection
	PEU DE RESSOURCES DANS L'ENSEMBLE DE LA MONTÉRÉGIE
	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de ressources médicales - Manque de ressources dans le milieu communautaire - Manque d'appui technologique et de support au communautaire
	SERVICES MAL ADAPTÉS DANS L'ENSEMBLE DE LA MONTÉRÉGIE
	<ul style="list-style-type: none"> - Structure et fondements problématiques des services - Services en lien avec la santé des UDI mal adaptés - Services en lien avec la consommation des UDI mal adaptés

L'accessibilité sous-optimale aux ressources pertinentes pour les UDI relève d'abord d'obstacles inhérents au contexte de l'offre de services. Parmi ces obstacles, les participants ont noté une couverture géographique non optimale due à la grandeur du

territoire montréalais et au transport difficile entre ses municipalités. De plus, ils affirmaient que la population UDI est difficile à connaître, vu sa marginalité, sa mouvance, la difficulté à tisser et à maintenir des liens de confiance avec elle et vu le caractère illégal et en constant changement de ses habitudes de consommation. Ainsi, la population UDI étant mal connue, il devient difficile d'identifier les paramètres susceptibles de faciliter son accès aux ressources dont elle aurait besoin. La population UDI est également stigmatisée par certains professionnels de la santé, intervenants communautaires, pharmaciens des CAMI et policiers. Ce phénomène représente un obstacle additionnel pour les UDI désirant utiliser les ressources en place.

Une autre dimension à l'accessibilité défaillante aux ressources est leur répartition inégale sur le territoire montréalais. En ce qui a trait aux ressources en santé pour les UDI, la distribution inégale du personnel infirmier des Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEPE), des infirmières de liaison en milieu hospitalier et des services médicaux pour le VIH et le VHC entraîne des manques dans certains secteurs de la Montérégie. En ce qui concerne les ressources en lien avec la consommation de substances psychoactives, la répartition des ressources de TDO, tels que les médecins traitants et les pharmacies participantes, de même que celle des centres de jour et des CAMI n'est pas optimale, selon les participants aux groupes de discussion. Des développements ont cours pour améliorer l'offre de services pour le VHC, le VIH et le TDO, mais ceux-ci seront centralisés à Longueuil. Aussi, des policiers communautaires ne sont pas disponibles partout en Montérégie, ceux-ci étant souvent absents dans les secteurs couverts par la Sécurité du Québec, dont ceux des MRC des Maskoutains et du Haut-Richelieu, où les groupes de discussion ont noté ce phénomène.

Alors que la distribution de certaines ressources complique leur accès par les UDI, les participants mentionnaient que d'autres sont tout simplement absentes en Montérégie. En ce qui a trait aux ressources de support général des UDI, il y a absence d'organismes communautaires dédiés aux UDI, de ressources d'accueil ouvertes en tout temps, de pairs aidants formels et de projets de réinsertion en Montérégie, à l'instar du projet montréalais TAPAJ (travail alternatif payé à la journée). En ce qui concerne les ressources liées à la

consommation, il n'y aurait pas, selon les participants interrogés, de services de traitement adaptés réellement aux besoins des cocaïnomanes, de ressources de transition post-désintoxication ou de lieux où les UDI peuvent se retirer pour cesser l'usage de substances psychoactives loin des zones de consommation plus importante. L'absence de tels lieux a été soulignée par ce participant :

«On va concentrer les ressources là où est la clientèle, mais dès qu'elle commence à aller un peu mieux et qu'elle souhaite changer, les ressources sont encore dans les milieux de consommation.» (P4)

Une absence de programme d'intervention policière auprès des UDI et de programme de sensibilisation gouvernementale récente sur les risques potentiels de l'injection est également observée.

Bien qu'elles soient présentes, d'autres ressources ne sont pas suffisantes selon les participants aux groupes de discussion. Au niveau des ressources médicales, il manque de médecins spécialisés pour traiter des affections plus communes chez les UDI (VIH, VHC, etc.), de ressources adaptées en santé mentale et de services de proximité, tels que ceux offerts par des professionnels de la santé hors des milieux de soins. Les ressources dans le milieu communautaire sont également insuffisantes, notamment les intervenants à temps plein, les services de désintoxication qui sont surchargés et ceux d'hébergement d'urgence, à moyen et à long terme. L'appui technologique et le support au milieu communautaire sont aussi insatisfaisants, le manque de diffusion des statistiques sur les UDI et la fragilité du regroupement des travailleurs de rue étant cités en ce sens.

Certains services ne sont pas bien adaptés à la réalité des UDI, ce qui contrevient à leur accessibilité. Concernant la structure et les fondements problématiques des services, de façon générale, l'approche de prestation de soins peut être problématique selon les participants interrogés, puisqu'elle est souvent orientée sur un seul problème à la fois et prône surtout la médication en laissant peu de place à la thérapie en santé mentale. Elle est aussi peu participative, teintée d'inconfort, de jugements et de conflits moraux pouvant découler d'un manque de sensibilisation et peu appuyée par des outils de support à l'approche aux UDI destinés auxdits professionnels de la santé. De plus, la

structure des services de santé et de désintoxication ne tient pas compte des niveaux de soins, ne peut souvent pas répondre aux besoins des UDI dans l'immédiat et manque parfois d'anonymat. Aussi, elle repose sur un cadre rigide et prône l'abstinence plutôt qu'une réduction des méfaits. Les participants affirmaient également qu'il existe un inconfort par rapport à l'approche de réduction des méfaits autant dans le milieu institutionnel que communautaire, ce qui rend son application problématique. De plus, la population UDI et les services qui leurs sont dédiés sont considérés comme non prioritaires par les différents paliers gouvernementaux, les professionnels de la santé et le milieu de la toxicomanie. Tout changement à la structure de services au bénéfice des UDI devient donc difficile à opérationnaliser, puisque cet item ne figure pas à l'agenda des instances décisionnelles ou de ceux pouvant influencer ces dernières.

En ce qui a trait aux problèmes en lien avec les services de santé, ces derniers requièrent d'abord un niveau d'organisation personnelle qui est souvent sous-optimal chez plusieurs UDI, selon les participants interrogés. Le simple fait d'avoir une carte d'assurance maladie, de se repérer dans le temps ou d'être organisé et autonome peut être problématique pour eux. L'accompagnement dans la structure de soins des UDI par des intervenants communautaires pourrait être aidant, mais ceux-ci ne sont pas toujours disponibles et un manque de reconnaissance de l'expertise communautaire par les professionnels de la santé y contrevient parfois. L'intégration des UDI au système de santé peut aussi être compliquée par le fait qu'on leur demande souvent d'avoir entamé un processus de désintoxication pour bénéficier des soins nécessaires. Finalement, une méconnaissance de la situation réelle de la santé des UDI occasionnée par une sous-déclaration des problèmes de santé et une sous-utilisation des ressources en place par ceux-ci contribuent également à rendre ces services mal adaptés pour cette population.

Les services en lien avec la consommation de drogues présentent aussi des faiblesses. En effet, les participants mentionnaient que l'accès au matériel stérile d'injection peut être restreint vu des limites inhérentes au matériel en soi (distribution de seringues en trop petites quantités, manque de flexibilité dans les kits distribués en format unique, absence de garrots ainsi identifiés), à la distribution même (non-gratuité du

matériel, non-respect des règles de fonctionnement CAMI, distribution non inconditionnelle, non anonyme et pouvant demander du temps) ou aux distributeurs (inconfort, manque d'informations ou d'outils pour guider les UDI, horaires restreints). Les services de désintoxication et de réadaptation en dépendance sont également mal adaptés aux besoins des UDI, ceux-ci imposant parfois des conditions d'entrée strictes ou des frais aux usagers, en plus d'être saturés la plupart du temps. Ainsi, les UDI doivent accéder à une thérapie quelconque plutôt qu'une thérapie correspondant réellement à leurs besoins. Ce phénomène est bien démontré par les propos d'un participant :

«C'est quel genre de thérapie? Tu n'as pas le choix. Quand tu en trouves une, il faut que le gars y aille, c'est automatique.» (P1)

Ces services étant souvent situés dans des zones de forte consommation et ne permettant pas aux UDI d'être isolés des autres consommateurs, l'environnement qu'ils offrent n'est pas propice au succès des changements souhaités. De plus, le manque de transition ou de soutien post-thérapie constitue un frein considérable à la durabilité de ces changements une fois l'intervention achevée. Un manque de connaissances sur la situation réelle de la consommation de drogues des UDI est aussi observé. Ce phénomène s'explique par un manque de sources d'information ou de formations spécialisées pour les intervenants communautaires, de même que par l'important roulement de ceux-ci.

Tableau XLVI : Continuité problématique des ressources pour les UDI

CAUSE VISÉE	Ressources médicales, psychosociales et liées à la consommation mal adaptées ou absentes
	Problèmes de continuité dans les services
	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de réseautage et d'harmonisation entre les services pour UDI au niveau régional - Missions distinctes selon les différents acteurs stratégiques - Sectorisation des services problématique - Rupture du continuum de soins dû à l'absence de certaines ressources - Manque de suivis des professionnels de la santé - Roulement de personnel dans les milieux institutionnels et communautaires - Financement incertain

Les problèmes de continuité des services visant les UDI constituent un frein à leur efficacité. À cet effet, selon les participants interrogés, il existe un manque de réseautage et d'harmonisation des services destinés aux UDI au niveau régional, que ce soit entre le milieu institutionnel et celui communautaire, dans le milieu de la toxicomanie ou en lien avec les autres ressources. Les missions distinctes de ces diverses instances constituent un défi particulier à cette harmonisation. La sectorisation des services complique ainsi leur utilisation par les UDI, comme le soulignait ce participant :

«Les soins sont organisés en silos. Et ce n'est pas vrai que ça suit le patient. Ça suit les institutions.» (P4)

Le continuum de soins est également brisé par l'absence de certaines ressources, telles que pour le traitement du VHC ou du VIH dans plusieurs secteurs périphériques de la Montérégie. Il y a aussi un manque de suivis médicaux, ceux-ci étant souvent assumés par les intervenants communautaires déjà débordés, puisque les professionnels de la santé ne sont pas disponibles pour les faire. Le roulement de personnel dans les milieux institutionnels et communautaires constitue une autre menace à la continuité des soins dans le temps. De plus, le financement incertain des services visant les UDI constitue une contrainte notoire, entraînant une précarité des ressources en place et une mobilisation des ressources pour la recherche constante de financement au détriment des UDI. L'impossibilité à offrir de telles ressources à la suite de coupures constituerait donc une menace à leur continuité.

Tableau XLVII : Appréciation problématique des ressources pour les UDI

CAUSE VISÉE	Ressources médicales, psychosociales et liées à la consommation mal adaptées non optimales
	Appréciation sous-optimale des ressources montérégiennes
	<ul style="list-style-type: none"> - Ressources mal adaptées menant à la reconnaissance diminuée de leur qualité par les UDI et les partenaires - Manque de reconnaissance du rôle des acteurs stratégiques des milieux institutionnel et communautaire - Offre de services plus intéressante à Montréal

L'appréciation des ressources en place est sous-optimale à certains égards, tel que noté par les participants aux groupes de discussion. Tout d'abord, le fait qu'elles soient plus ou moins adaptées à la population UDI nuit à la reconnaissance de leur qualité par cette population et par les partenaires institutionnels ou communautaires. En effet, vu qu'elles ne sont pas bien adaptées aux UDI, ces ressources semblent ne pas répondre adéquatement aux besoins de l'ensemble des personnes pour lesquelles elles ont été mises en place. La reconnaissance du rôle de chaque acteur stratégique des milieux institutionnel et communautaires dans l'offre de services aux UDI est également déficiente. Il en découle certaines tensions entre ces milieux. Comme ces acteurs stratégiques peinent à reconnaître la complémentarité de leur rôle, les UDI ne s'y retrouvent pas non plus et deviennent les victimes des tensions générées par ce manque de clarté dans la définition des rôles. De plus, selon les participants, l'appréciation est souvent plus grande pour les services montréalais dédiés aux UDI en comparaison à ceux de la Montérégie, vu qu'ils sont davantage reconnus, plus nombreux et plus évidents.

Tableau XLVIII : Faible utilisation des ressources par les UDI montréalais

PROBLÈME SPÉCIFIQUE VISÉ	Faible utilisation des ressources pertinentes
	<ul style="list-style-type: none"> - Conséquence du manque ou de l'absence de ressources adaptées médicales, psychosociales et liées à la consommation - Faible utilisation puisque santé non prioritaire pour les UDI - Alternatives identifiées par les UDI qui maintiennent cette faible utilisation

La faible utilisation des ressources pertinentes par les UDI pourrait être causée par les manques inhérents aux ressources présentés précédemment, ou encore à des facteurs intrinsèques aux UDI tels que le fait que la santé ne constitue pas toujours une priorité pour eux. Comme alternatives, certains UDI vont tout de même utiliser les services en Montérégie en étant accompagnés ou après avoir établi un premier lien positif avec des ressources connues. Cependant, plusieurs autres vont plutôt utiliser les ressources à

Montréal, malgré l’engorgement des services et le fait que ce milieu puisse être davantage propice à la consommation, en raison du réseau de consommation de substances psychoactives qui y est bien implanté. Un participant affirmait d’ailleurs :

«Vas-y coucher à Montréal en faisant semblant que t’es un itinérant, tu vas avoir envie de consommer.» (P5)

D’autres UDI vont quant à eux décider de ne pas utiliser les services, causant ainsi une aggravation de leur condition.

Tableau XLIX : Injections en public, perception de dangerosité de la communauté et matériel d’injection à la traîne

CAUSE VISÉE	Injections dans des lieux publics
	- Élément peu noté en Montérégie lors des groupes de discussion
PROBLÈMES SPÉCIFIQUES VISÉS	Perception de dangerosité de la communauté
	- Élément peu mentionné lors des groupes de discussion
	Matériel d’injection à la traîne
	- Ne constitue pas un problème présentement dans la majorité des territoires investigués - Problématique sur le territoire du CSSS de Richelieu-Yamaska (Saint-Hyacinthe)

Les injections dans des lieux publics constituent une problématique peu notée en Montérégie, selon les participants interrogés. Selon eux, ce phénomène serait possiblement dû au fait que les UDI s’injectent surtout dans leur appartement dans cette région. Ainsi, la perception de dangerosité de la communauté a été peu mentionnée par ceux-ci. En ce qui a trait au matériel d’injection à la traîne, il ne s’agit pas d’un problème pour la majorité des territoires investigués, vu différents facteurs présents en Montérégie : injections habituellement réalisées dans les appartements, absence de bassin d’UDI notoire, interventions de prévention efficaces, réaction rapide des instances décisionnelles

locales, historique de sensibilisation et sens des responsabilités des UDI. Sur le territoire du CSSS de Richelieu-Yamaska, cependant, les participants du groupe de discussion ont mentionné que le matériel d'injection à la traîne était problématique :

«On trouve [des seringues] assez fréquemment aux alentours du centre-ville.» (P2)

Un manque de bacs de récupération de seringues usagées est observé à Saint-Hyacinthe, compliquant leur accès pour les UDI, surtout pendant la nuit. De plus, une résistance au niveau municipal rend difficile l'installation de nouveaux bacs fixes, malgré l'appui du CSSS de Richelieu-Yamaska à cet effet.

Tableau L : Manque de reconnaissance sociale, stigmatisation et vulnérabilité

CAUSE VISÉE	Manque de reconnaissance sociale de la population UDI
	<ul style="list-style-type: none"> - Non-reconnaissance de la toxicomanie comme un problème de santé - Ignorance de l'existence ou de la taille de la population UDI - Incompréhension ou ignorance des approches possibles pour remédier aux problèmes des UDI - Aucune instance de représentation des UDI - Unicité de la culture UDI montérégienne non reconnue
PROBLÈMES SPÉCIFIQUES VISÉS	Stigmatisation de la population
	<ul style="list-style-type: none"> - Indifférence, déni, sentiments négatifs ou préjugés envers la population UDI - Préjugés envers leur mode de consommation - Complique leur accès à certaines ressources
	Vulnérabilité psychosociale
	<ul style="list-style-type: none"> - Isolement et solitude - Pauvreté et besoins de base souvent non comblés - Difficulté à incorporer une structure institutionnelle - Peu de mobilisation de la part des UDI - Environnement propice à la consommation

Le manque de reconnaissance sociale de la population UDI constitue une autre problématique vécue par celle-ci. Ce manque se manifeste d'abord par une ignorance de l'existence même ou de la taille de la population UDI en Montérégie. Selon les participants interrogés, ce phénomène pourrait être dû au nombre restreint d'UDI montérégiens et à l'absence de bassins visibles d'UDI dans la région. La mouvance de

cette population et leur passage à d'autres modes de consommation pourraient également être en cause. En Montérégie, le fait que les UDI s'injectent peu en public et la croyance de la population générale comme quoi tous les UDI seraient concentrés à Montréal pourraient également expliquer ce manque de reconnaissance sociale. Un participant a d'ailleurs affirmé :

«À Montréal, ils en voient, des gens qui déambulent dans la rue. Il y a un certain désordre public, ils les voient. Mais ici, (...) je ne suis pas sûr que les gens réalisent qu'il y en a [des UDI]». (P3)

Aussi, la toxicomanie n'est parfois pas considérée comme un problème de santé. Une ignorance ou une incompréhension des approches possibles pour remédier aux problèmes des UDI complique la situation. D'ailleurs, les participants notaient qu'aucune instance de représentation spécifique aux UDI montréalais n'existe pour défendre les droits de ceux-ci. Il n'y a pas de groupe montréalais les représentant auprès des instances décisionnelles, ni de tribune telle que l'Injecteur à Montréal. Selon les participants interrogés, l'Association québécoise pour la promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues (AQPSUD), un regroupement provincial pour la promotion de la santé, la prévention des ITSS et l'amélioration des conditions de vie des UDI, couvre surtout les problématiques propres à Montréal. Ainsi, l'unicité de la culture UDI montréalaise vis-à-vis celle de la population UDI montréalaise ou celle des consommateurs de substances psychoactives non injecteurs n'est pas reconnue, comme l'affirme ce participant :

«l'UDI a vraiment sa propre culture.» (P6)

Ce manque de reconnaissance peut contribuer à une stigmatisation envers la population UDI, ceux-ci étant la cible d'indifférence, de déni, de sentiments négatifs ou de préjugés de la part de la population générale, tout comme de la part des autres consommateurs de drogues. Ce phénomène s'expliquerait par le caractère honteux attribué à l'injection, vis-à-vis les autres modes de consommation. Cette stigmatisation complique l'accès des UDI à certaines ressources en lien ou non avec leur consommation. L'exclusion de la population UDI en découle également, celle-ci étant la cible d'un important degré de vulnérabilité psychosociale. D'ailleurs, selon un participant des

groupes de discussion, les UDI subissent souvent une double exclusion, se plaçant eux-mêmes en retrait de la société et étant exclus par celle-ci, ce qui entraîne l'isolement et la solitude. Un participant expliquait ce phénomène ainsi :

«Eux, ils rejettent beaucoup le monde, la société, le système et tout ça, et pour les 'bons citoyens' ou la société, c'est pas des gens qui votent, (...) qui ont une adresse, (...) qui ont une représentation sociale. C'est des gens qui n'ont aucun poids, donc c'est un peu des laissés-pour-compte.»
(P7)

La pauvreté qui les afflige souvent et leurs besoins de base non comblés, tels que l'alimentation, le logement, l'hygiène ou l'emploi, contribuent aussi à leur vulnérabilité. Les UDI éprouvent également de la difficulté à intégrer toute structure institutionnelle, même si celle-ci leur permettrait de remédier à leurs besoins. De plus, ils ne sont pas enclins à militer pour leurs propres droits. L'environnement propice à la consommation dans lequel ils évoluent ajoute aussi à leur vulnérabilité psychosociale puisqu'il facilite leur prise de risques.

7.3.3 *Modèle logique opérationnel du SIS*

Alors que la section précédente présentait les problématiques vécues par les UDI en Montérégie, celle-ci décrit plutôt les objectifs principaux qui, selon les participants des groupes de discussion, sont mis de l'avant dans un SIS. Aux trois objectifs principaux (ou objectifs de production) présentés dans le cadre de référence (figure 1, p.37) s'est greffé un quatrième, soit l'«autonomisation (*empowerment*) de la population UDI». En effet, certains arguments en lien avec cet élément ont émergé des groupes de discussion.

Tableau LI : Conditions d'injection à risque minimal

OBJ. DE PRODUCTION	Conditions d'injection à risque minimal pour la santé
	<ul style="list-style-type: none"> - Injections non précipitées - Enseignement de l'utilisation adéquate du matériel d'injection - Injections sous la supervision de personnel infirmier qualifié, disponible et stable - Campagnes gouvernementales de sensibilisation visant les UDI en complément au SIS

Selon les participants, le premier objectif du SIS constituerait la mise en place de conditions d'injection à risque minimal pour la santé. Ainsi, les UDI pourraient s'y injecter leurs substances psychoactives sans être précipités ou interrompus par des facteurs externes, tout en recevant des informations sur l'utilisation adéquate du matériel d'injection. L'injection se réaliserait sous la supervision de personnel infirmier non seulement qualifié mais disponible, garantissant une meilleure continuité des soins pour les UDI :

«L'infirmière qui serait sur place, ce serait l'infirmière qui serait là à tous les jours. Ce n'est pas comme qu'elle viendrait une fois par mois (...) Tu pourrais peut-être même avoir un suivi (...).» (P8)

Finalement, l'implantation d'un SIS pourrait stimuler la création de campagnes gouvernementales de sensibilisation encourageant des pratiques plus saines de consommation chez les UDI.

Tableau LII : Adaptation des services aux besoins des UDI

OBJECTIF DE PRODUCTION	Offre de services adaptée aux besoins de la population UDI
	Meilleure accessibilité des ressources
	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en commun des services - Offre de services au moment opportun pour les UDI - Meilleure flexibilité des services en place - Meilleure prise en charge des UDI grâce à un premier contact positif - Création possible d'un réseau de pairs aidants - Rétention de la population UDI montréalaise dans la région
	Continuité dans les services
	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en commun des services <ul style="list-style-type: none"> o Création de liens et échange d'information entre les acteurs stratégiques o Partage d'une orientation commune de réduction des méfaits o Éventail de services offerts aux UDI - Création de corridors de services pour les UDI - Approche centrée davantage sur la clientèle que sur leur pathologie
Appréciation des ressources montréalaises	
<ul style="list-style-type: none"> - Reconnaissance de la diversité des ressources et valorisation de celles-ci - Amélioration des services aux UDI découlant de l'appréciation - Réconciliation de la population UDI avec le système de santé et de services sociaux - Fidélisation d'une clientèle pouvant aider à améliorer les services et à rejoindre la population UDI 	

Selon les participants aux groupes de discussion, la création d'un SIS en Montérégie pourrait contribuer à rendre l'offre de services mieux adaptée aux besoins de la population UDI. En ce qui a trait à l'accessibilité des ressources, un SIS permettrait d'abord une mise en commun des services, facilitant ainsi les références des UDI à cet endroit par les professionnels de la santé, les intervenants communautaires et les policiers. Un SIS maximiserait les chances que l'exposition des UDI aux services pertinents se fasse au moment opportun, soit quand l'utilisateur est prêt à recevoir cette aide. Les participants interrogés étaient toutefois sceptiques quant à la capacité d'un SIS à rendre les UDI prêts plus rapidement à diminuer ou cesser leur consommation. Par contre, cette structure permettrait de répondre aux besoins des UDI peu importe le stade où ils se trouvent dans cette évolution de leur consommation de substances psychoactives. La flexibilité des services sur place bonifierait également leur accessibilité. La présence de professionnels de la santé et d'intervenants communautaires expérimentés sur place pourrait aussi permettre un premier contact direct et adapté auprès des UDI, améliorant ainsi leur prise en charge par les différentes ressources. Par ailleurs, la mise sur pied d'un SIS pourrait favoriser la création d'un réseau de pairs aidants œuvrant en son sein, mais également à l'extérieur à des fins de repérage proactif d'UDI. La présence d'un SIS en Montérégie serait susceptible d'entraîner une rétention de la population UDI en région s'ils y trouvent une offre de services répondant à leurs besoins. En utilisant les services dans la région où ils résident, ces UDI montérégiens auraient une meilleure connaissance des avantages à recourir à ceux-ci. De plus, un désengorgement et une meilleure accessibilité des services à Montréal pour les UDI y résidant en découleraient.

En ce qui concerne la continuité des services, les participants affirmaient que la mise en commun de ceux-ci dans le cadre d'un SIS donnerait lieu à la formation de liens et à l'échange d'information entre les acteurs stratégiques œuvrant auprès des UDI. Cette cohésion entre les services favoriserait le partage d'une orientation commune de réduction des méfaits. De plus, un éventail de ressources seraient mises à la disposition des UDI, sous un même toit (prévention, soins physiques et psychosociaux, suivi de la consommation, démarches administratives, services pour besoins de base, entre autres).

Aussi, la mise en place d'un SIS pourrait attirer l'attention des instances décisionnelles sur la continuité des services offerts aux UDI et encourager la création de corridors de services pour les UDI. Ces corridors de services permettraient une meilleure collaboration entre les ressources et pourraient représenter une solution à la sectorisation. Cette dernière a d'ailleurs été citée précédemment par les participants aux groupes de discussion comme étant un obstacle majeur à la continuité des services. L'approche prônée serait donc davantage orientée sur les besoins des UDI que sur une seule pathologie pour laquelle ces usagers consulteraient.

Pour ce qui est de l'appréciation des ressources montérégienne, la mise en place d'un SIS pourrait entraîner une valorisation des interventions mises de l'avant pour les UDI auprès de la population générale, des professionnels de la santé, des intervenants communautaires et des UDI mêmes. En effet, selon les participants des groupes de discussion, ceux-ci pourraient mieux reconnaître la grande diversité des ressources mises à la disposition des UDI, une fois lesdits services rassemblés en un même endroit. De plus, une plus grande reconnaissance des services en place serait susceptible d'entraîner une amélioration de cette offre de services dédiés aux UDI, tel que le mentionnait un participant des groupes de discussion :

*«D'avoir une reconnaissance via le SIS des problématiques et de la spécificité [des UDI montérégiens] ferait peut-être en sorte qu'il y aurait davantage de considération et ils recevraient peut-être plus, ou mieux.»
(P7)*

Dans l'éventualité d'une meilleure appréciation des ressources montérégiennes par les UDI, leur réconciliation avec le système de santé et de services sociaux pourrait avoir lieu. Le SIS constituerait alors une porte d'entrée vers cette structure. Finalement, considérant que le SIS soit apprécié des UDI, une clientèle qui lui est fidèle pourrait contribuer à son amélioration continue et à rejoindre d'autres UDI qui ne l'utilisent pas encore.

Tel qu'observé dans le tableau précédent, la majorité des solutions à la cause visée des ressources médicales, psychosociales et liées à la consommation non optimales se trouvent dans l'offre même des services qui seront intégrés dans le SIS. Par contre, bien

que la mise en commun des services offre plusieurs avantages, leur centralisation pourrait constituer un obstacle à leur accès en contribuant à la couverture géographique non optimale de l'offre de services pour les UDI. Cet élément avait d'ailleurs été mentionné comme étant problématique par les participants des groupes de discussion. Un SIS ne donnerait pas lieu non plus à un plus grand nombre de ressources médicales, psychosociales et liées à la consommation, mais elle pourrait rendre celles-ci plus efficaces, palliant ainsi au moins partiellement le problème d'accès qui y est associé. En termes de continuité des ressources, les participants aux groupes de discussion semblaient croire qu'un SIS présenterait plusieurs avantages. En effet, alors qu'ils identifiaient la sectorisation et le manque d'harmonisation des services, les missions distinctes des différents acteurs stratégiques, de même que la rupture de continuum de soins comme des obstacles à cette continuité, ils affirmaient qu'un SIS faciliterait la concrétisation d'une approche concertée entre les différents services. Finalement, en ce qui a trait à l'appréciation des services, les participants interrogés mentionnaient qu'un SIS pourrait constituer une solution aux obstacles qu'ils ont identifiés de prime abord, tels que celui des ressources mal adaptées menant à une reconnaissance moindre de leur qualité, ou encore l'offre de services plus intéressante à Montréal pour les UDI. Une reconnaissance plus importante par les UDI des ressources adaptées mises à leur disposition en Montérégie contribuerait à ce que l'offre de services dans la région soit plus intéressante à leurs yeux et à ce que la qualité de celle-ci s'améliore encore davantage.

Tableau LIII : Accès à un lieu pour l'injection

OBJ. DE PRODUCTION	Accès à un lieu spécifique pour l'injection
	<ul style="list-style-type: none"> - Lieu de référence identifiable par les UDI rassemblant les ressources pertinentes - Endroit adapté aux besoins des UDI

La mise sur pied d'un SIS permettrait aux UDI d'avoir accès à un lieu spécifique pour l'injection. Celui-ci constituerait ainsi un endroit de référence identifiable par les

UDI où sont rassemblés les services qu'ils pourraient nécessiter. Selon les participants aux groupes de discussion, il faudrait que ce lieu soit adapté aux besoins des UDI, sain, accueillant, avec un horaire et des règlements flexibles. De plus, il faudrait qu'il offre une atmosphère où les UDI se sentiraient à l'aise et en sécurité.

Tableau LIV : Autonomisation de la population UDI

OBJ. DE PRODUCTION	Autonomisation (<i>empowerment</i>) de la population UDI
	<ul style="list-style-type: none"> - Prise de conscience des problématiques de la population UDI par cette même population - Sensibilisation entre UDI par rapport aux problématiques vécues, aux pratiques de consommation sécuritaires et aux ressources disponibles - Appropriation des réussites du SIS par les UDI s'ils s'y impliquent

Selon les participants interrogés, un SIS en Montérégie contribuerait à favoriser l'autonomisation de la population UDI, tout d'abord en les appuyant dans la prise de conscience de leurs propres problématiques. En effet, il s'agirait d'un lieu commun où les UDI ayant certains problèmes similaires pourraient discuter entre eux de ce qu'ils vivent. Un SIS serait aussi susceptible de les inciter à l'acceptabilité de leur condition et à la reconnaissance de leurs besoins. Un des participants interrogés clamait d'ailleurs que :

«de faire le geste d'y aller [au SIS] et de s'injecter devant d'autres, c'est quelque chose aussi, c'est comme une affirmation de soi.» (P9)

De plus, un SIS permettrait une sensibilisation entre les UDI par rapport aux pratiques de consommation sécuritaires et aux ressources disponibles, que ce soit officiellement ou non, via un réseau de pairs aidants ou au quotidien. En octroyant certaines tâches aux UDI, non seulement le SIS prendrait davantage les couleurs des usagers, il en résulterait également une certaine appropriation des réussites par ces UDI engagés.

7.3.4 *Modèle logique théorique de la réponse du SIS à la problématique de consommation des UDI*

Cette section fait état des résultats de l'adéquation entre les besoins des UDI découlant de leurs problématiques vécues (section 7.3.2) et les objectifs d'un SIS (section 7.3.3). Ainsi, elle présente les solutions qu'un SIS pourrait apporter aux problématiques vécues identifiées. Tel que présenté dans le modèle logique du modèle conceptuel (figure 2, p.92), chaque objectif d'intervention est lié à différents objectifs ultimes d'un SIS. De plus, un objectif d'intervention, soit la «reconnaissance sociale des problématiques de la population UDI», a été ajouté au cadre de référence initial (figure 1, p.37) vu que des éléments émergents y étant liés ont émané des groupes de discussion. Les objectifs ultimes ont également été remaniés à la lumière des données recueillies.

Tableau LV : Injections sécuritaires et diminution de la morbidité/mortalité des UDI

OBJ. D'INTERVENTION	Injections sécuritaires en contexte supervisé
	<ul style="list-style-type: none"> - Injections sécuritaires dans des conditions exemptes de facteurs externes dérangeants - Accompagnement par un professionnel de la santé pour soutenir les UDI lors du rituel d'injection - Meilleure connaissance des pratiques de consommation et d'injection sécuritaires par les UDI
OBJECTIFS ULTIMES	Diminution de la morbidité
	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution de l'incidence, de la prévalence et du risque de transmission d'infections - Diminution de la gravité des problèmes - Meilleur contrôle des conditions et limitation de leur aggravation - Amélioration de la santé globale - Gestion ou arrêt de la consommation à long terme
	Diminution de la mortalité
	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution du taux de surdoses fatales - Grande importance donnée à la diminution de la mortalité, même si peu de décès évités

Selon les participants interrogés, un SIS encadrerait l'injection de drogues dans un contexte supervisé. Il permettrait ainsi des injections plus sécuritaires, puisqu'elles

seraient réalisées dans des conditions présentant moins de risques, tels que l'empressement provenant de l'appréhension d'une intervention policière. De plus, des professionnels de la santé habilités spécifiquement à la supervision des injections des UDI pourraient leur offrir leur soutien afin de favoriser des techniques d'injection plus sécuritaires et d'éviter, ou sinon de gérer adéquatement, les surdoses. Les UDI auraient aussi une meilleure connaissance des pratiques de consommation et d'injection sécuritaires. En somme, un SIS pourrait constituer une solution aux éléments problématiques en lien avec la cause visée d'injections non sécuritaires et/ou dans un contexte précaire. Ces apports d'un SIS auraient certaines conséquences positives, dont une diminution de la morbidité. En effet, selon les participants des groupes de discussion, un tel service pourrait permettre une diminution de l'incidence, de la prévalence et du risque de transmission de certaines infections puisqu'il éviterait tout partage de seringues ou d'autre matériel d'injection, ce vecteur étant le principal responsable de telles contaminations. De plus, un dépistage dans la phase aigüe des problèmes de santé physique ou mentale serait susceptible de diminuer la gravité de tels problèmes en général et lors de la première consultation des services sanitaires par les UDI. Un dépistage précoce de ces conditions pourrait aussi favoriser leur contrôle par des moyens adéquats et limiter leur aggravation. La santé globale de ces individus s'en verrait donc améliorée. Selon les participants interrogés, un SIS appuierait également les UDI dans la gestion ou l'arrêt de leur consommation de substances psychoactives. Bien qu'un SIS semble répondre à la majorité des problèmes spécifiques visés en lien avec la morbidité, certaines conditions, telles que les maladies non liées à la consommation de substances psychoactives ou les affectations post-consommation, ne pourront être évitées et devront être considérées dans l'offre de services développée. Une autre conséquence positive d'un contexte supervisé d'injection serait la réduction possible de la mortalité au sein de la population UDI, par une diminution du taux et de la gravité de surdoses. Selon les participants interrogés, bien que le nombre de décès évités soit probablement restreint, une importance substantielle devrait tout de même être accordée au fait que l'intervention sauvera certaines vies.

Tableau LVI : Utilisation plus importante et optimale des ressources par les UDI

OBJ. D'INTERVENTION	<p>Plus grande utilisation des ressources</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge d'un plus grand nombre d'UDI en même temps - Nombre plus élevé d'UDI identifiés pour bénéficier des ressources
OBJ. ULTIMES	<p>Utilisation optimale des ressources médicales, psychosociales et liées à la consommation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilisation plus optimale des services hospitaliers par les UDI - Identification des UDI aux besoins les plus urgents - Diminution des coûts de santé générés par les UDI (meilleure efficacité)

L'implantation d'un SIS en Montérégie pourrait donner lieu à une utilisation plus importante des ressources par les UDI, selon les participants interrogés. Ainsi, un SIS permettrait une prise en charge d'un plus grand nombre d'UDI en même temps, en plus d'améliorer la couverture des services en attirant des UDI qui n'utilisent pas les autres ressources en place. Cette augmentation de l'offre et, par conséquent, de la demande de services en Montérégie pourrait également contribuer à leur utilisation plus optimale par les UDI. Par exemple, l'usage que font les UDI des ressources hospitalières pourrait être optimisé par des références plus adéquates et un accompagnement coordonné par les employés du SIS. Il serait aussi possible d'identifier les UDI aux besoins les plus urgents et d'effectuer une certaine priorisation dans les interventions mises de l'avant. De façon globale, une meilleure efficacité en résulterait, diminuant ainsi les coûts en santé générés par les UDI.

Selon les résultats découlant des groupes de discussion, un SIS ne répondrait pas entièrement à certains problèmes spécifiques des UDI identifiés par les participants interrogés, tels que la faible utilisation des services liée au fait que la santé n'est pas une priorité pour eux. Une telle intervention permettrait tout de même d'augmenter l'utilisation des ressources par les UDI, en améliorant leur accessibilité, continuité et appréciation. De plus, les UDI n'auraient pas à trouver d'autres initiatives puisqu'une

prise en charge plus importante d’usagers par des services de qualité serait possible dans le cadre d’un SIS. Au-delà de la faible utilisation des ressources pertinentes par les UDI, des bénéfices pour la population en général ont également été notés par les participants des groupes de discussion, soit celui d’une meilleure efficacité en lien avec l’utilisation desdites ressources par les UDI.

Tableau LVII : Diminution des menaces à l’ordre public, sentiment de sécurité de la communauté et absence de matériel d’injection à la traîne

OBJ. D’INTERVENTION	Diminution des menaces à l’ordre public liées à la consommation
	<ul style="list-style-type: none"> - Optimisme quant à sa capacité à améliorer le sentiment de sécurité de la population - Scepticisme quant à la capacité d’un SIS de réduire la criminalité en général
OBJ. ULTIMES	Sentiment de sécurité de la communauté
	<ul style="list-style-type: none"> - Moins d’errance des UDI dans les rues
	Absence de matériel d’injection à la traîne
	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution du nombre de seringues à la traîne

Plusieurs des participants aux groupes de discussion ont attribué à l’implantation possible d’un SIS la diminution des menaces à l’ordre public liées à la consommation. Effectivement, ils étaient optimistes quant à l’effet positif que peut avoir un SIS sur le sentiment de sécurité de la communauté vu la prise en charge de la population UDI par ce service, bien que cet élément ne soit pas ressorti comme un problème majeur lors des groupes de discussion. Par contre, il existe un certain scepticisme en ce qui a trait à la capacité d’un SIS de réduire la criminalité liée à la consommation en soi. Cet élément est d’ailleurs indiqué comme étant un problème spécifique non visé par le SIS dans le modèle conceptuel (figure 2, p.92). Le SIS contribuerait à améliorer le sentiment de sécurité de la communauté en diminuant l’errance des UDI dans les rues, bien qu’une crainte d’attroupement d’UDI demeure si l’offre de SIS est mal planifiée ou qu’aucune unité mobile n’est mise en place. Les quelques personnes pour qui la présence de

seringues à la traîne pouvait constituer un problème en Montérégie ont affirmé qu'un SIS pourrait réduire le nombre de telles seringues, vu qu'elles seront récupérées sur place.

Bien que les injections dans des lieux publics, de même que la perception de dangerosité de la communauté et la présence de matériel d'injection à la traîne qui en découlent n'aient pas été mentionnées comme étant des problématiques notoires par les participants interrogés, ces derniers ont tout de même soulevé les avantages qu'un SIS pouvait avoir pour pallier celles-ci. De plus, les participants du RLS de Richelieu-Yamaska qui avaient identifié un problème de matériel d'injection à la traîne dans leur secteur ont mentionné qu'un SIS pourrait régler une telle problématique.

Tableau LVIII : Reconnaissance sociale et diminution de la stigmatisation et de la vulnérabilité

OBJECTIF D'INTERVENTION	Reconnaissance sociale des problématiques de la population UDI
	<ul style="list-style-type: none"> - Reconnaissance de l'existence de la population UDI montérégienne - Sensibilisation de la population générale, des professionnels de la santé et des intervenants communautaires quant aux problématiques de la population UDI montérégienne - Prise de conscience du rôle de chacun pour aider la population UDI et des solutions permettant de remédier aux problématiques qui les concernent - Acceptation à long terme de l'approche de réduction des méfaits - Meilleure documentation des problématiques des UDI et de la réalité du terrain - Allocation de ressources dédiées aux UDI plus adéquate
OBJECTIFS ULTIMES	Diminution de la stigmatisation de la population UDI
	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution des préjugés
	Diminution de la vulnérabilité psychosociale
	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien et socialisation des UDI - Accès aux ressources répondant aux besoins de base - Amélioration de la qualité de vie et de la condition globale des UDI - Considération des UDI comme des êtres humains avec une dignité - Réintégration à la société

L'implantation d'une offre de SIS en Montérégie pourrait donner lieu à une certaine reconnaissance sociale des problématiques vécues par la population UDI. Selon les participants interrogés, celle-ci serait rendue possible d'abord par une reconnaissance

de l'existence de la population UDI en Montérégie découlant d'une sensibilisation de la population générale, des professionnels de la santé et des intervenants communautaires quant à sa réalité et à ses problématiques. Cette sensibilisation serait réalisée par les acteurs stratégiques œuvrant auprès des UDI, mais également via un dialogue au sein même de la population générale. Ainsi, une prise de conscience du rôle potentiel de chacun pour soutenir les UDI, de même que des solutions possibles pour y parvenir, s'opérerait. De plus, à long terme, une approche de réduction des méfaits aux enjeux reconnus par l'ensemble des acteurs stratégiques œuvrant auprès des UDI pourrait prévaloir. Les participants aux groupes de discussion mentionnaient que la mise sur pied d'un SIS offrirait également une plateforme pour mieux connaître la population UDI, le contexte dans lequel ils évoluent et pour documenter leur problématique de consommation de drogues par injection. Cette définition plus aiguës des besoins à combler et la prise de conscience de leur ampleur seraient susceptibles de rendre l'allocation de ressources qui sont dédiées aux UDI plus adéquate.

Selon les participants, la reconnaissance sociale de la population UDI pourrait aussi s'accompagner d'une diminution des préjugés de la part de la population générale, des professionnels de la santé et des intervenants communautaires susceptibles d'intervenir auprès d'eux, réduisant ainsi la stigmatisation dont ils sont victimes. La reconnaissance sociale des problématiques de la population pourrait aussi contribuer à la diminution de la vulnérabilité psychosociale des UDI. Ce phénomène se réaliserait d'abord par le soutien et l'encouragement à la socialisation des UDI, puisque leur réseau d'influences positives serait renforcé, l'exclusion dont ils souffrent serait amenuisée et diverses activités ouvrant sur de nouveaux intérêts leur seraient proposées. Un SIS donnerait également accès aux ressources visant à répondre aux besoins de base, tels que ceux de se vêtir, de s'alimenter, de se laver ou de se réchauffer pendant l'hiver. Une fois ceux-ci satisfaits, la santé pourrait ensuite devenir une priorité. Un SIS améliorerait donc la qualité de vie et la condition des UDI de façon générale, en plus de les considérer comme des êtres humains pourvus d'une dignité. Ces paroles d'un participant sont claires à cet effet :

«considérer l'humain, que c'est une personne avec un problème, et non un (...) problème avec un drogué.» (P10)

À long terme, une réintégration à la société pourrait ainsi être facilitée.

Selon les dires des participants aux groupes de discussion, il semble qu'un SIS pourrait apporter certains éléments de solution au manque de reconnaissance sociale de la population UDI. En effet, un SIS permettrait une meilleure compréhension de cette population, de même que de ses caractéristiques propres au contexte montérégien. Il donnerait aussi lieu à une reconnaissance de la toxicomanie comme étant un problème qui les afflige et qui comporte des solutions, dont celles que l'approche de réduction de méfaits met de l'avant. Selon les participants interrogés, un SIS pourrait également donner lieu à des échanges sur la scène publique, favorisant une meilleure connaissance de la population UDI et diminuant ainsi les préjugés au cœur de la stigmatisation dont ils sont victimes. Un SIS contribuerait aussi directement et indirectement, via des références, à répondre aux besoins de base des UDI, ce qui avait été identifié comme une problématique majeure par les participants des groupes de discussion. Finalement, un SIS pourrait soutenir les UDI pour qu'ils aillent au-delà de leur difficulté à incorporer une structure institutionnelle et puissent ultimement se réintégrer à la société.

7.3.5 Faisabilité de l'implantation d'un SIS en Montérégie

Cette section présente les éléments liés aux différentes déclinaisons de la faisabilité d'implantation d'un SIS en Montérégie, soit celles organisationnelle, économique, socioculturelle, politique et légale. Ces déclinaisons sont inspirées d'un ouvrage de Pineault et Daveluy (123), mais n'incluent pas la faisabilité éthique puisqu'aucun argument y étant rattaché n'a émergé des groupes de discussion. De plus, certains types de faisabilité sont présentés en sous-sections, vu le nombre important d'éléments y étant rattachés.

Tableau LIX : Faisabilité organisationnelle

FAISABILITÉ	Faisabilité organisationnelle
	Pertinence d'un SIS en Montérégie
	<ul style="list-style-type: none"> - Autres priorités montréalaises en lien avec les UDI plus urgentes qu'un SIS pour l'instant - Implantation d'un SIS prioritaire à Montréal par rapport à la Montérégie - Pratiques de consommation parfois difficilement conciliables avec un SIS
	Considérations en lien avec l'implantation d'un SIS en Montérégie
	<ul style="list-style-type: none"> - Modalités d'implantation à débattre - Démarche participative lors de l'implantation et de la mise en œuvre du SIS - Nécessité d'une meilleure connaissance des besoins des UDI
	Considérations en lien avec le fonctionnement d'un SIS en Montérégie
	<ul style="list-style-type: none"> - Porteur de dossier, administration et personnel adéquats - Approche holistique et adaptée à l'UDI - Offre de services intéressante pour la clientèle et la population générale
	Considérations quant aux conséquences d'un SIS en Montérégie
	<ul style="list-style-type: none"> - Impact d'un SIS sur la consommation de substances psychoactives - Non-augmentation du nombre de nouveaux injecteurs - Prise en charge des UDI limitée - Possible engorgement des services vu la demande accrue - Possible augmentation de la charge de travail des acteurs stratégiques
	Faisabilité en lien avec le territoire
<ul style="list-style-type: none"> - Territoire étendu et diversifié - Distribution de la population à desservir sur le territoire montréalais - Proximité de Montréal - Répartition des lieux déjà connus par les UDI sur le territoire montréalais 	

En rapport avec la faisabilité organisationnelle d'un SIS, les participants interrogés se sont d'abord prononcés sur la pertinence d'un tel service en Montérégie. La plupart ont mentionné d'entrée de jeu que d'autres pistes d'amélioration des services pour les UDI, tels que la réponse aux besoins de base, la consolidation des ressources actuelles et la mise sur pied de services fixes dédiés aux UDI, semblaient avoir priorité sur l'implantation d'un SIS en Montérégie. En ce sens un participant mentionnait que :

«ce ne sera pas parce qu'il y a un SIS que les services vont tout à coup exister. Il faut qu'il y ait des services pour qu'on puisse les intégrer ensuite dans un SIS.» (P11)

Certains participants étaient aussi sceptiques par rapport au réel besoin d'un SIS dans la région, vu les bassins restreints d'UDI y évoluant et les tendances changeantes des pratiques de consommation de cette population. Cependant, le sentiment de confiance en la capacité d'un SIS de répondre aux besoins des UDI était considérable parmi ceux-ci. Selon eux, si un SIS devait être implanté en Montérégie, il aurait plus de chances de succès s'il était situé à Longueuil plutôt qu'ailleurs dans la région, vu la répartition et la concentration des UDI sur le territoire. Par contre, plusieurs participants soutenaient que l'implantation d'un SIS devrait avoir lieu à Montréal avant de se faire en Montérégie, puisque les besoins y sont plus urgents et qu'il serait possible de tirer certaines leçons de l'expérience montréalaise en collaborant avec eux avant d'initier un tel projet dans la région. Finalement, la consommation de cocaïne, qui constitue la substance la plus consommée par les UDI dans l'ensemble du Québec tout comme en Montérégie, incite également à s'interroger sur la pertinence d'un SIS dans la région. En effet, son usage prédominant semble problématique dans le contexte d'un SIS, vu que cette substance incite à une consommation quotidienne très fréquente, de même qu'à des réactions post-consommation agressives et de panique.

En lien avec l'implantation d'un SIS en Montérégie, les modalités de ladite implantation resteraient à débattre. En effet, selon les participants, un site fixe permettrait la mise en commun des ressources, mais occasionnerait des problèmes d'anonymat, de transport en périphérie et serait susceptible d'être l'objet de critiques par la population générale puisqu'il serait plus facilement visible qu'un site mobile. Cette seconde modalité donnerait lieu à davantage de proximité des services et couvrirait un plus grand territoire, mais pourrait s'avérer problématique considérant le nombre élevé d'injections que les UDI – principalement ceux consommant de la cocaïne – se font, de même que les horaires difficiles à concilier pour répondre aux besoins d'un maximum d'UDI. Selon les participants des groupes de discussion, une combinaison de ces modalités serait optimale. La formation d'équipes mobiles constituerait une proposition intéressante, puisqu'elle permettrait la supervision d'injections à domicile, une pré-évaluation des besoins des UDI et la réalisation des premières démarches dans le continuum de services offerts aux UDI, en plus de constituer une instance de référence positive et adaptée au SIS. Les

participants interrogés soutenaient que les débats quant aux modalités d'implantation d'un SIS devraient permettre une approche participative et donc encourager une participation volontaire, complémentaire et concertée des UDI, de même que des différents acteurs stratégiques œuvrant auprès d'eux, menés par une mission et une vision communes. Le succès d'une telle approche nécessiterait une rupture de la barrière entre les milieux institutionnel et communautaire, de même qu'une entente avec les policiers pour qu'ils collaborent au projet. Ces deux aspects ont cependant été notés par les participants des groupes de discussion comme étant des obstacles déjà présents quant aux ressources en place. La consultation des UDI avant l'implantation d'un SIS en Montérégie pourrait également permettre une meilleure connaissance de cette population, permettant ainsi de s'assurer que le SIS soit réellement adapté à leurs besoins.

En ce qui a trait aux considérations en lien avec le fonctionnement d'un SIS en Montérégie, les participants notaient qu'il y a d'abord nécessité de choisir un porteur de projet, une administration et un personnel qui assureront le succès de l'intervention. Ceux-ci devront être flexibles, stables, déjà connus et appréciés des UDI et experts des problématiques de cette population. De plus, une approche holistique et adaptée aux UDI est essentielle à ce que le SIS soit approprié pour eux. Ainsi, les usagers devraient pouvoir s'identifier à ce lieu, celui-ci présentant une plage horaire adéquate, un accueil inconditionnel, une indulgence dans les règlements en place et une confidentialité sans brèche. Plusieurs participants interrogés ont souligné l'importance que le SIS ne se limite pas à l'injection, mais qu'il permette également la supervision de la consommation non injectée de substances psychoactives, un participant proposant même l'appellation de :

«site de consommation sécuritaire supervisée». (P11)

Le SIS devrait inclure un service de dépistage et de priorisation des besoins à combler, offrir un éventail de services sanitaires et psychosociaux, faire des références aux ressources qui ne sont pas sur place et proposer un accompagnement vers celles-ci au besoin. Une consultation des UDI permettrait également d'identifier leurs besoins ressentis pour rendre l'offre de services plus intéressante pour eux. Les recommandations découlant d'une telle consultation permettraient de mieux situer la plus-value du SIS. En

effet, il pourrait être ardu de faire valoir l'offre de SIS comme étant avantageuse, vu que la majorité des UDI s'injectent dans un appartement et ont un rituel d'injection déjà bien installé, tel que le mentionnait ce participant :

«Est-ce qu'il y aurait des avantages pour sortir de leur logement pour aller dans un SIS? Alors que, tu sais, pour plein de clients, ils appellent leur dealer et c'est livré dans la maison dans la boîte aux lettres avec les seringues.» (P4)

La diversité des pratiques de consommation et des besoins des UDI constitue un autre obstacle à l'élaboration d'une plus-value permettant de les attirer au SIS. Il serait également important de limiter les facteurs irritants, tels que les files d'attente, qui menaceraient l'acceptabilité de l'intervention autant par les UDI que par la population générale. En effet, cette dernière pourrait être effrayée en y percevant un attroupement.

Certaines conséquences d'un SIS en Montérégie doivent être considérées quant à sa faisabilité organisationnelle. Les opinions des participants interrogés étaient partagées quant à l'impact d'un SIS sur la consommation de substances psychoactives des usagers, certains redoutant l'influence et l'échange d'informations à ce sujet entre UDI, ceux-ci pouvant ainsi :

«avoir de la meilleure drogue.» (P5)

Certains autres participants répondaient à cette crainte de manière pragmatique, en affirmant que ces échanges ont lieu de toute façon dans la rue ou ailleurs, qu'il y ait un SIS ou non. Malgré cette inquiétude, les participants des groupes de discussion s'entendaient sur le fait qu'un SIS n'inciterait pas à recourir à l'injection comme mode de consommation. En ce qui concerne les services offerts aux UDI, ils ont souligné que même si la demande s'avérait grandissante, la prise en charge de patients UDI pourrait demeurer limitée si l'attribution de ressources humaines dédiées reste inchangée. Un engorgement des services et une augmentation de la charge de travail du personnel œuvrant auprès des UDI pourraient en résulter.

Finalement, selon les participants interrogés, la faisabilité organisationnelle peut représenter un défi vu la nature du territoire montérégien, qui est étendu et présente des

milieux autant urbains que ruraux. La réalité géographique de la Montérégie est d'ailleurs bien présente dans le débat sur les modalités d'implantation présenté précédemment. De plus, la population UDI, bien que mal connue dans son entièreté, semble être étalée géographiquement et reste peu apparente. L'usage fréquent d'un véhicule pour se déplacer vu les distances à parcourir complique la faisabilité d'un SIS, puisqu'il serait dangereux qu'ils conduisent après avoir consommé des substances psychoactives. De plus, la proximité de Montréal pourrait causer des problèmes d'achalandage au SIS montérégien, si un tel service y était implanté. Un élément favorable à la faisabilité géographique de l'intervention constitue la répartition déjà étendue de lieux connus et appréciés des UDI sur le territoire montérégien.

Tableau LX : Faisabilité économique

Faisabilité économique	
FAISABILITÉ	<ul style="list-style-type: none"> - Conjoncture économique actuelle difficile - Mécanismes d'obtention de subventions difficilement compatibles avec le SIS - Précautions à prendre dans la distribution des argents potentiels avec une enveloppe limitée - Effet pervers de la non-récurrence du financement - Gratuité des services pour les UDI essentielle

En termes de faisabilité économique, les participants interrogés ont mentionné d'emblée la conjoncture économique actuelle difficile, où de fréquentes coupures en santé sont réalisées et où la situation financière des organismes communautaires est souvent précaire. De façon plus spécifique au SIS, les mécanismes en vigueur pour obtenir des subventions sont difficilement compatibles avec la mise en place d'un tel service. En effet, ceux-ci nécessitent une reddition de comptes faisant état de résultats à court terme. Comme l'affirmait un participant :

«un projet d'un an ne montrera pas un portrait réel des retombées possibles.» (P12)

Dans l'éventualité d'un budget unique pour les différentes interventions visant cette population, il faudrait s'assurer de ne pas nuire à celles déjà en place dont l'efficacité est avérée. Il faudrait également considérer l'effet pervers de la non-récurrence du financement de certaines interventions, celle-ci entraînant une perte de confiance non

seulement des usagers potentiels, mais également des instances qui les implantent. Les dires d'un participant vont en ce sens :

«C'est difficile de voir plus loin en ce moment quand on n'est même pas certain de nos acquis.» (P13)

Dans un tel contexte, la volonté des UDI et des acteurs stratégiques œuvrant auprès d'eux à travailler à la mise en place d'un SIS pourrait être minée. Les participants interrogés ont aussi souligné l'importance de la gratuité des services offerts aux UDI pour en optimiser l'accès, vu leur condition économique précaire.

Tableau LXI : Faisabilité socioculturelle

FAISABILITÉ	Faisabilité socioculturelle
	Auprès des UDI
	<ul style="list-style-type: none"> - Implication des UDI recommandée pour toutes les étapes du développement du projet - Nécessité d'avoir une instance représentative des UDI - Possible hésitation ou refus de fréquenter un SIS en Montérégie - Positionnement variable des UDI quant à leur volonté de voir un SIS implanté en Montérégie
	Auprès de la population générale
	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation préalable nécessaire sur la population UDI et ses problématiques - Résistance anticipée - Seuil d'acceptation essentiel à l'implantation - Consultation et stratégies de communications nécessaires lors du développement de l'intervention
	Auprès des acteurs stratégiques œuvrant auprès des UDI
<ul style="list-style-type: none"> - Grande ouverture du milieu communautaire à l'implantation d'une offre de SIS en Montérégie - Implication des professionnels de la santé et des intervenants communautaires dans toutes les étapes du développement du SIS - Appui de la communauté médicale comme levier auprès des instances décisionnelles 	

En termes de faisabilité socioculturelle auprès des UDI, il serait primordial de les impliquer dans toutes les étapes du développement d'un SIS afin qu'il soit réellement adapté à leurs besoins, tel que l'affirmait cette participante :

«Moi je pense que s'il y a un SIS qui a à partir, ça devrait partir des injecteurs, (...) c'est eux autres qui devraient choisir l'endroit, choisir comment ça va se dérouler.» (P11)

Une fois celui-ci mis en place, les UDI pourraient agir comme pairs aidants ou faire du repérage proactif d'autres UDI susceptibles d'être intéressés à fréquenter le SIS. Ils seraient des acteurs essentiels à la meilleure compréhension par cette population des objectifs et du fonctionnement du SIS, de même que du rôle des partenaires impliqués. Une instance représentative des UDI dûment formée pourrait faciliter le tout. Les participants interrogés ont mentionné la possibilité que les UDI hésitent ou même refusent de fréquenter un SIS en Montérégie, surtout en début d'implantation. Ce phénomène pourrait être dû au fait que certains préfèrent dissocier leur lieu de consommation (Montréal) de leur lieu de résidence (Montérégie). Il pourrait également résulter de la peur du jugement et de l'inconnu, de représailles policières ou d'une intervention de l'État dans leur vie, tel que ce serait le cas si le Département de protection de la jeunesse les séparait de leur enfant, par exemple. Un manque d'anonymat au sein du SIS et la difficulté à tisser un lien de confiance avec cette population pourraient constituer d'autres obstacles. Le positionnement des UDI quant à leur volonté de voir un SIS implanté en Montérégie pourrait être variable, étant influencé chez certains par le fait qu'ils n'y voient pas d'avantages personnels ou encore par un manque de connaissances quant au fonctionnement de ce service. Les UDI ne revendiquent pas la mise en place d'un SIS en Montérégie, à moins qu'ils n'aient été sensibilisés aux bienfaits d'un tel service. Malgré tout, un optimisme a été observé par les participants interrogés quant à l'appui du projet par les UDI dans leur ensemble.

La faisabilité socioculturelle pour la population générale comporte certaines dimensions à considérer. Des efforts de sensibilisation doivent être faits préalablement à l'implantation d'un SIS afin de favoriser une meilleure compréhension de la situation des UDI, des solutions possibles à leurs problématiques et de l'approche de réduction des méfaits. Cette participante mentionnait d'ailleurs la nécessité de sensibiliser d'abord la population générale :

«avant que ça ne fonctionne, ça prendrait quand même des explications au niveau de la population, parce que si on implante ça sans vraiment en parler, (...) la population pense qu'on les encourage [à consommer]» (P2)

Une diminution des préjugés de la population générale à l'égard des UDI pourrait en résulter. Tout de même, une résistance est anticipée chez celle-ci si un SIS devait être implanté en Montérégie. L'effet «pas dans ma cour», l'influence négative potentielle sur les enfants, la dépréciation de la valeur du quartier, les conflits moraux et les craintes en lien avec la sécurité pourraient constituer des arguments défavorables de leur part. L'atteinte d'un certain seuil d'acceptation est essentielle au succès de l'intervention, puisqu'elle rendrait plus plausible un entérinement du projet par les élus. Une consultation de la population générale et des stratégies de communications leur étant destinées devraient être mises en place avant de procéder à l'implantation d'un SIS. Des arguments financiers et des preuves avérées des bénéfices de l'intervention devraient être fournies.

Selon les participants interrogés, il est primordial de tenir compte des acteurs stratégiques œuvrant auprès des UDI dans l'évaluation de la faisabilité socioculturelle de l'implantation d'un SIS, vu leur implication essentielle à son succès. Bien qu'il y ait déjà une grande ouverture du milieu communautaire à ce projet, il serait important d'impliquer autant les professionnels du réseau de la santé et les policiers que les intervenants communautaires concernés dans l'ensemble des étapes du développement du SIS. Une vision commune se dégagerait de cette collaboration, en plus de les sensibiliser aux problématiques vécues par les UDI, à la réduction des méfaits et à la collaboration policière qui devrait s'opérer en lien avec le SIS. Finalement, l'appui de la communauté médicale a été souligné par les participants comme étant un facteur qui aiderait grandement à l'acceptation de l'intervention.

Tableau LXII : Faisabilité politique

FAISABILITÉ	Faisabilité politique
	<ul style="list-style-type: none">- Résistance anticipée des élus, surtout municipaux et fédéraux- Sensibilisation préalable primordiale des élus- Défi de durabilité vu les changements de partis au pouvoir

La faisabilité politique était une préoccupation majeure des participants interrogés, puisqu'une résistance des élus est anticipée, surtout aux niveaux municipal et fédéral. Un participant soulignait cette difficulté :

«ça [un SIS] ne paraît pas bien non plus entre les municipaux: “Hein, tu supportes les toxicomanes!” Tant mieux s’il y avait des municipaux qui comprendraient notre “job”, mais c’est pas le cas.» (P14)

Cette résistance pourrait être due à des conflits idéologiques et à l'influence des critiques provenant de la population. Il est noté que l'acceptabilité politique du SIS serait probablement fort variable d'une municipalité à l'autre, vu le degré d'acceptabilité distinct de chaque conseil municipal. De plus, les participants des groupes de discussion ont rappelé que les élus municipaux ont un poids considérable dans la décision finale en lien avec l'implantation. Une sensibilisation des élus préalable au développement du projet est donc primordiale, afin qu'ils reconnaissent les problématiques des UDI et les solutions possibles à y apporter. Un autre enjeu de la faisabilité politique représente la durabilité de l'intervention, vu les changements fréquents de partis au pouvoir et les idéologies distinctes de ceux-ci.

Tableau LXIII : Faisabilité légale

FAISABILITÉ	Faisabilité légale
	<ul style="list-style-type: none">- Complexité due à la déjudiciarisation partielle d'une pratique illégale- Collaboration policière essentielle- Consultation et stratégies de communications nécessaires auprès des policiers lors du développement de l'intervention

Finalement, la faisabilité légale pourrait s'avérer complexe puisqu'elle implique la déjudiciarisation partielle d'une pratique illégale, soit celle de la consommation de

substances psychoactives illicites. Ainsi, la collaboration policière devrait être clairement établie au préalable, tel que l'affirmait ce participant :

«Ce serait un des objectifs positifs au niveau judiciaire, au niveau du corps policier : faire des intervenants [policiers] des partenaires.» (P15)

À cet effet, le mandat de répression des services policiers pourrait constituer un obstacle. Les participants interrogés s'inquiétaient d'ailleurs du fait que des bévues policières pourraient briser le précieux lien de confiance bâti avec le temps entre les UDI et les acteurs stratégiques œuvrant auprès d'eux. Afin d'optimiser la collaboration des services policiers, ceux-ci devraient être consultés et, si possible, impliqués dans l'élaboration du projet. Il en résulterait une clarification du positionnement desdits services quant au SIS, de même qu'une meilleure compréhension de l'approche mise de l'avant par l'intervention. Certains participants des groupes de discussion ont mentionné que l'identification de policiers parrains pourrait être bénéfique à une telle collaboration.

8. DISCUSSION

8.1 PORTRAIT DES UDI MONTÉRÉGIENS : SIMILITUDES ET DISCTINCTIONS AVEC LES UDI DU QUÉBEC

8.1.1 Population UDI en Montérégie ou ailleurs : une problématique québécoise

La population UDI montréalaise présente plusieurs similitudes sociodémographiques par rapport à ses homologues montréalais et de l'ensemble du Québec. En effet, pour ces trois territoires, la moyenne d'âge des UDI se situe dans la fin de la trentaine et plus de 75% des UDI sont de sexe masculin. Ces données sont semblables à celles obtenues chez la population UDI montréalaise observée par Leclerc, Fall et Morissette. (71) Aussi, pour ces trois territoires, la quasi-totalité des UDI sont nés au Canada, plus de 75% d'entre eux ont terminé des études secondaires et la majorité de ces UDI ont un revenu annuel de moins de 12 000\$. D'ailleurs, les programmes d'aide financière étatiques constituent la principale source de revenus de plus de 70% des UDI

montréalais, montréalais et du Québec. Finalement, plus de 80% d'entre eux présentent des antécédents d'incarcération. Ce pourcentage est alarmant puisque l'injection en milieu carcéral implique un risque beaucoup plus important de partage de matériel. (133)

Plusieurs similitudes quant aux habitudes de consommation de substances psychoactives peuvent également être observées chez les UDI de ces trois territoires. La moyenne d'âge lors de la première injection se situe dans le début de la vingtaine pour ces UDI, ce résultat étant également observé par Leclerc, Fall et Morissette. (71) De plus, la cocaïne a été consommée par injection par plus de 80% des UDI de ces territoires dans les six derniers mois, celle-ci étant la substance la plus souvent injectée par près de 55% d'entre eux. Environ 55% des UDI de ces territoires se sont injecté des opiacés médicamenteux dans les six derniers mois, ces substances étant celles le plus souvent injectées par environ 30% d'entre eux. La prépondérance de l'injection de cocaïne, suivie de celle d'opiacés médicamenteux avait déjà été notée au niveau québécois dans le dernier rapport disponible du réseau SurvUDI (2), de même qu'au niveau montréalais dans l'étude de faisabilité de Lessard et Morissette. (10) Pour ce qui est de la consommation autrement que par injection, les substances psychoactives excluant les produits cocaïniques ou opiacés sont utilisées par plus de 90% des UDI dans les trois territoires d'intérêt, alors que la cocaïne était consommée par plus de deux tiers de ces UDI. La polyconsommation est donc une réalité pour la quasi-totalité des UDI. Celle-ci est d'ailleurs associée au partage de matériel d'injection. (133) Aussi, environ 30 à 40% de ces UDI s'injectent quotidiennement, la moyenne d'injections se situant entre 7 et 8 par jour chez les injecteurs quotidiens.

Les comportements d'injection à risque des UDI montréalais sont également similaires à ceux de leurs homologues montréalais et de l'ensemble du Québec sur certains points. Ainsi, chez les UDI de ces trois territoires, environ 30% s'injectent seuls, alors que 50% le font avec un partenaire connu et 20% avec un partenaire peu ou pas connu. Le fait de s'injecter seul comporte un risque considérable pour les UDI présentant une telle pratique, puisque personne n'est présent s'ils ont besoin d'assistance après l'injection, tel que c'est le cas lors de surdoses, par exemple. Cette problématique a été

notée lors d'entrevues réalisées auprès d'UDI de Vancouver. (17) L'injection avec un partenaire peut également représenter un risque accru à la santé des UDI s'ils échangent leur matériel d'injection. Par exemple, selon une étude récente, le risque de contamination récente au VHC était sept fois plus élevé chez les UDI partageant leur matériel d'injection. (134) De plus, l'injection quotidienne de cocaïne, qui représente la substance psychoactive la plus injectée au Québec, est associée à des niveaux élevés de partage de seringues. (135) Selon les données disponibles en Montérégie, à Montréal et pour l'ensemble du Québec, environ 75% des UDI n'ont jamais emprunté de seringues usagées dans les six derniers mois, alors que 15% affirmaient l'avoir fait quelques fois. Ces données impliquent que des progrès restent encore à faire dans les mesures mises de l'avant pour réduire le taux d'échange de seringues usagées, cette pratique constituant le principal vecteur de transmission de VHC et de VIH chez les UDI. De plus, de 30 à 40% des UDI disaient avoir emprunté un item de matériel d'injection usagé au moins une fois sur cette période de temps. Cette donnée est d'autant plus alarmante puisque, selon les acteurs stratégiques interrogés, la majorité des UDI ne savent pas que le matériel d'injection usagé, en plus de la seringue, constitue également un vecteur de transmission de VHC et de VIH.

Au niveau de la santé physique, une diminution du nombre de cas déclarés de VHC est observée tant en Montérégie que dans l'ensemble du Québec entre 2004 et 2013. Cette constatation doit être interprétée avec précaution, puisqu'une personne infectée au VHC peut demeurer asymptomatique durant de nombreuses années. Donc, elle pourrait ne pas sentir le besoin d'utiliser les services de santé et ainsi ne pas être diagnostiquée, alors qu'elle est infectée. Les données de la banque MADO présentées dans les résultats proviennent de la population générale, mais il est établi dans la littérature canadienne que la grande majorité des infections au VHC affectent la population UDI. (136) Une étude réalisée en 2007 estime même qu'environ 83% des nouvelles infections au VHC au Canada ont lieu au sein de la population UDI. (137) La proportion d'UDI ayant connaissance de leur statut d'infection au VHC (entre 77 et 80%) est similaire à l'échelle montérégienne, montréalaise et provinciale. La proportion d'UDI connaissant leur statut d'infection au VIH (environ 80%) est également similaire pour ces

trois territoires. Ces données peuvent être inquiétantes si l'on considère qu'un UDI ignorant son statut d'infection positif aurait plus de chances de contaminer ses pairs. En effet, la connaissance du statut positif au VIH et au VHC pourrait permettre un changement de comportement de l'individu séropositif qui réduirait les chances de contamination. (138)

Malgré ces données disponibles via le réseau SurvUDI, les acteurs stratégiques ayant participé aux groupes de discussion en Montérégie ont soutenu le fait que la population UDI est peu connue. En effet, ceux-ci mentionnent que plusieurs UDI ne sont pas rejoints par les soins et services en place actuellement et le taux de participation des UDI montérégiens aux questionnaires SurvUDI demeure faible. Il est donc difficile de documenter et de reconnaître l'unicité de la population UDI montérégienne.

8.1.2 Population UDI montérégienne : distincte dans ses pratiques de consommation et ses problématiques de santé

Malgré les similitudes mentionnées, la population UDI de la Montérégie se distingue de ses homologues montréalais et de la moyenne québécoise par certains éléments principaux. Tout d'abord, les UDI montérégiens s'injectent moins souvent dans un lieu public et plus souvent dans leur appartement ou leur maison. De plus ceux-ci présentent un taux de personnes sans domicile fixe moins élevé que chez les UDI montréalais. Selon les participants des groupes de discussion, ce phénomène a un impact direct sur l'offre de services, puisque les différents intervenants doivent se rendre directement dans le domicile des UDI plutôt que d'entrer en contact avec eux dans la rue. Aussi, la population itinérante est encore plus difficile à rejoindre et à connaître, puisqu'elle n'est pas visible dans les lieux publics en Montérégie. (139) Une étude a d'ailleurs démontré l'insuffisance de ressources pour les personnes sans domicile fixe présentant une polytoxicomanie dans la région. (139) En ce sens, l'analyse des rapports du coroner démontre que la majorité (58,82%) des décès par surdose en Montérégie ont lieu dans la résidence des UDI. Aussi, tel que noté précédemment, les UDI montérégiens s'injectent tout aussi souvent avec un partenaire connu ou non que leurs homologues

montréalais ou de l'ensemble du Québec. Ils présentent également un pourcentage d'emprunt de seringues et de matériel d'injection similaire aux leurs. Ainsi, bien qu'ils s'injectent davantage dans leur domicile, ces injections n'en sont pas moins risquées pour autant. Étonnamment, par contre, la population UDI montréalaise présente des taux d'infection au VHC et au VIH moins élevés que chez celles de Montréal et de l'ensemble du Québec. Un bassin d'UDI infectés par ces virus – et donc d'UDI pouvant les transmettre – moins important en Montérégie pourrait possiblement être en cause. Il faut noter que le nombre restreint d'observations pourrait avoir biaisé ce constat. Les risques liés aux injections solitaires des UDI pourraient cependant mener à d'autres affectations, telles que des abcès cutanés, ou à une incidence accrue de décès par surdoses. Les données recueillies ne permettent pas de confirmer une telle hypothèse.

8.1.3 Perceptions de la population montréalaise quant aux UDI : absence de menace à la sécurité?

Il est important de noter que les perceptions de la population générale montréalaise n'ont pas été recensées directement dans ce projet. Cependant, bien que la sécurité publique constitue un élément incontournable ayant été étudié lors de l'analyse de faisabilité de l'implantation d'une offre régionale de SIS à Montréal (10) et figurant parmi les balises ministérielles guidant l'implantation de SIS dans la province (22), celle-ci ne semble pas être problématique dans l'évaluation de la faisabilité en Montérégie, selon les participants des groupes de discussion. Pourtant, un sondage commandé par le MSSS en mai 2010 aurait démontré que la moitié de la population québécoise associe la population UDI à un certain risque de danger. (140) De plus, la population UDI montréalaise présente des taux d'injection en lieux publics (57,74%) et d'antécédents d'incarcération (88,37%) substantiels. Toutefois, la perception de sécurité de la population générale n'a pas été notée comme étant préoccupante par le groupe de discussion du CSSS de Richelieu-Yamaska, où la présence de seringues à la traîne était plus marquée. Une hypothèse pouvant expliquer ce phénomène serait que la population générale de ce territoire n'a pas été exposée à ces seringues souillées. Une autre hypothèse serait que la présence de seringues à la traîne ne soit pas liée à un sentiment de

dangerosité assez notoire chez la population générale pour que les acteurs stratégiques œuvrant auprès des UDI puissent le remarquer, bien que la récupération de tel matériel figure parmi les stratégies bien établies pour améliorer la sécurité dans les milieux de vie des citoyens en lien avec la présence des UDI. (140) En effet, selon la personne responsable du dossier UDI à la DSP de la Montérégie, les mécanismes d’alerte tels que la signalisation aux instances municipales de ponctions accidentelles avec des seringues à la traîne, n’ont jamais été actionnés en Montérégie jusqu’à maintenant. Un phénomène propre à l’itinérance en Montérégie pourrait également contribuer à l’absence de perception de danger de la population, soit le fait que l’itinérance visible, où les individus errent dans des endroits publics, est très peu présente en Montérégie. (139) À ces considérations s’ajoute le fait que la perception de dangerosité est difficile à mesurer. Les représentants des services de police auraient pu aider à documenter cet élément. Cependant, ils n’ont pas participé aux groupes de discussion auxquels ils étaient invités. La raison donnée pour ce refus de participer à certains groupes était que les policiers n’avaient pas développé une expertise spécifique aux problématiques des UDI. Cette situation pourrait laisser croire que ces problématiques ne constituent pas une priorité pour les services de police. Pourtant, une étude réalisée par le MSSS avait démontré que les services policiers «reconnaissent la pertinence de la complémentarité des actions de l’ensemble des acteurs concernés pour que soit assurée une prise en charge appropriée des UDI» et que ceux-ci figurent parmi les groupes ayant l’obligation d’intervenir auprès des UDI. (141) Des études menées directement auprès de cette population permettraient de mieux documenter cette question.

8.2 OFFRE DE SERVICES DÉDIÉS AUX UDI EN MONTÉRÉGIE : FORCES ET FAIBLESSES

8.2.1 Un accès non optimal aux ressources adaptées

L’étendue du territoire et la centralisation géographique des ressources constituent deux barrières majeures à leur accès par les UDI, de par les déplacements importants

qu'ils impliquent. Il existe également un manque général de ressources clés dans la région, telles des organismes communautaires dédiés aux UDI, un réseau de pairs aidants, des centres d'hébergement exempts de critères d'entrée et des services de transition post-désintoxication. Il en est de même pour les ressources dédiées en matière d'itinérance, tel que rapporté par Roy, Hurtubise et Rozier. (139) La répartition des ressources est aussi non optimale, puisque celles-ci se retrouvent en plus grande concentration dans les zones de haute consommation en Montérégie ou à Montréal. Ainsi, les UDI qui y ont recours pour combler leurs besoins se retrouvent exposés à plusieurs incitatifs à la consommation de substances psychoactives. La surcharge des ressources en place représente un autre obstacle à leur accès, puisqu'elle mène à leur non-utilisation ou à une utilisation sous-optimale par les UDI. C'est le cas, par exemple, des thérapies visant la désintoxication, qui sont surchargées à un point tel que plusieurs UDI sont refusés ou doivent y assister sans que ne soit considéré le type d'approche qui donnerait lieu à des résultats optimaux. Finalement, la stigmatisation dont les UDI sont victimes mine grandement l'accès aux ressources dont ils ont besoin. Tel que mentionné par Bouthillier : «la crainte d'être discriminé peut empêcher certains individus (...) de se prévaloir de services de santé indispensables à leur guérison ou à la préservation d'une qualité de vie.» (142) Cette stigmatisation, résultant parfois de l'ignorance, parfois d'un inconfort à interagir avec des personnes présentant un problème de dépendance, n'est pas propre à certains individus, mais est plutôt généralisée chez bon nombre d'acteurs stratégiques œuvrant auprès des UDI, dont les professionnels de la santé, les agents de police et certains intervenants du milieu communautaire, selon les participants interrogés.

Bien que l'accessibilité aux ressources adaptées constitue un problème majeur au sein de la population UDI, certains éléments positifs s'en dégagent également. Par exemple, un éventail de ressources sont mises à la disposition des UDI en Montérégie, bien que celles-ci ne soient pas toujours adaptées à leur réalité. C'est le cas, entre autres, des services d'hospitalisation et d'urgence des établissements de santé montérégiens. D'autres ressources présentent un certain degré d'adaptation sans que celui ne soit tout à fait optimal, telles que les centres de traitements de substitution aux opiacés et ceux d'hébergement, où l'attente et les critères d'entrée imposés – tels que l'obligation d'avoir

fait une thérapie de désintoxication au préalable pour certains centres d'hébergement, par exemple – minent leur efficacité populationnelle au sein des UDI. Finalement, certaines ressources sont développées et remodelées constamment en fonction des besoins des UDI, telles que les services de proximité offerts par les travailleurs de rue et ceux d'échange et de récupération de seringues. Les résultats, autant quantitatifs que qualitatifs, corroborent d'ailleurs l'efficacité de ces deux mesures. Pour pallier les manques observés quant à l'accessibilité des ressources, les instances décisionnelles régionales ont mis en branle certains projets pour développer davantage de ressources dédiées aux UDI, telles qu'une expertise médicale pour le traitement du VHC. Cependant, ces ressources restent centralisées géographiquement, restreignant leur accès aux UDI des zones plus éloignées. De plus, à l'exception de certains cas qui sont dirigés vers des ressources montréalaises en CSSS, la plupart desdits cas sont acheminés à Montréal, tel que rapporté dans le portrait régional des services en lien avec le dépistage des ITSS de 2014. (143)

8.2.2 La sectorisation des ressources et services : une menace à leur continuité

La sectorisation des ressources et services est un obstacle majeur ayant été souligné maintes fois lors des groupes de discussion de ce projet de recherche. En effet, certains UDI se voient refuser l'accès à des ressources puisqu'ils ne résident pas dans le secteur restreint couvert par cette ressource. Cette situation est d'autant plus problématique vu le caractère inadapté de certaines ressources, les UDI préférant utiliser celles où ils se sentiront en confiance, peu importe le secteur couvert. Aussi, ce cloisonnement s'amplifie de par l'absence de plateforme de concertation réunissant l'ensemble des acteurs stratégiques œuvrant auprès des UDI. En effet, il n'existe que quelques instances où certaines de ces personnes sont réunies pour discuter, entre autres, des services disponibles pour les UDI. La table d'itinérance Rive-Sud, des dialogues entre les organismes communautaires et des échanges entre les CSSS et ces organismes figurent parmi les rares plateformes d'échange en place en Montérégie. Plusieurs études ont rapporté que le cloisonnement des ressources est perçu comme un obstacle majeur à la continuité des services dédiés aux UDI. (10, 144) Puisqu'il y a un manque de

communication, il y a également absence d'une vision commune ralliant l'ensemble des acteurs stratégiques œuvrant auprès des UDI. Ainsi, les UDI font face à des approches et à des messages différents, dépendamment du service qu'ils utilisent. De plus, les continuums de soins et de services dans lesquels s'inscrivent les UDI tiennent peu compte de leurs besoins, reflétant plutôt ce que les institutions prodiguant ces soins et services sont en mesure d'offrir. Vu cette difficulté affectant l'élaboration de tels continuums, il devient compliqué de les bâtir en fonction d'une approche intégrée avérée dans la littérature, où la réinsertion sociale contribue à la réadaptation en dépendances, au même titre que la réadaptation contribue à la réinsertion des UDI. (145) Les UDI se retrouvent donc souvent face à une offre de services décousue où ils peuvent prendre avantage de certains programmes pour répondre à des besoins peu définis, plutôt qu'une offre intégrant des services répondant spécifiquement à leurs besoins dans une approche cohérente et concertée.

Heureusement, certains services, tels que ceux offerts par les diverses branches du CRD Le Virage en Montérégie ou par d'autres centres de traitement de substitution aux opiacés, ne sont pas sectorisés et acceptent des UDI sans égard à leur lieu ou leur situation d'hébergement. Ces services sont d'ailleurs en croissance depuis quelques années, selon le Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN). (146) Ainsi, plusieurs UDI acceptent d'utiliser ces services même s'ils doivent se déplacer sur de grandes distances pour en bénéficier. De plus, des efforts ont été réalisés afin de créer des continuums de soins pour le traitement du VIH et du VHC chez les UDI. Cependant, ceux-ci sont encore en voie de développement, sont peu nombreux et seront concentrés à Longueuil. D'ailleurs, les corridors de services pour le traitement du VIH et du VHC ont été qualifiés d'insuffisants dans le dernier portrait régional montréalais des services en lien avec le dépistage des ITSS. (143) Finalement, plusieurs organismes communautaires et certains CSSS sont très ouverts à l'idée de développer des instances de concertation pour parler spécifiquement des problématiques vécues par les UDI. D'ailleurs, la Table Itinérance Rive-Sud (TIRS) aborde déjà certaines problématiques liées, bien que non spécifiques, aux UDI de la Montérégie. Cependant, ces représentants d'organismes et CSSS sont souvent surchargés par les multiples tâches de leur mandat en toxicomanie et

manquent de temps pour s'asseoir et réfléchir à l'offre de soins et services aux UDI dans une optique globale et régionale.

8.2.3 Des ressources dédiées aux UDI difficilement appréciées

Les carences discutées précédemment quant à l'accessibilité et à la continuité des ressources ont un impact certain sur leur appréciation par les UDI. En effet, la reconnaissance de leur qualité, autant chez les UDI que chez les acteurs stratégiques œuvrant auprès d'eux, est entachée par les multiples entraves auxquels les UDI doivent faire face lorsqu'ils les utilisent. De plus, certains acteurs stratégiques qui doivent offrir des services aux UDI dans le cadre de leur mandat professionnel, tels que les pharmaciens qui supervisent l'ingestion de méthadone, par exemple, n'apprécient pas toujours ce rôle. Pour cette raison, la qualité des services qu'ils offrent aux UDI peut en souffrir, comme c'est le cas lorsqu'ils démontrent de l'indifférence, des sentiments négatifs ou des préjugés envers la population UDI dans leur prestation de services. D'autres rôles sont tout simplement flous ou mal définis, tels que celui des suivis médicaux réalisés par les travailleurs de rue plutôt que par les professionnels de la santé, et sont donc peu appréciés des personnes qui doivent les mettre en pratique. Encore une fois, cette situation a lieu au détriment des UDI.

Malgré l'accès non optimal et la continuité menacée des ressources en place, les participants des groupes de discussion ont tenu à souligner leur appréciation de certaines initiatives personnelles de professionnels qui les ont marqués de par la qualité de leur approche envers des UDI dont ils ont été témoins. Malheureusement, il s'agit là de cas uniques et non d'une impression s'appliquant aux ressources dédiées aux UDI dans leur ensemble. Cependant, cette situation démontre que lorsque les services et soins sont rendus accessibles et adaptés aux UDI, ils sont grandement appréciés. Finalement, l'efficacité du réseau de distribution et de récupération de matériel d'injection a contribué à son appréciation notoire par l'ensemble des acteurs stratégiques œuvrant auprès des UDI et par ces derniers. Bien que certaines améliorations doivent encore y être apportées, cette intervention a été citée par les participants au projet comme exemplaire quant à son

accessibilité, sa continuité et, de fait même, son appréciation par les UDI dans le contexte montréalais. Arruda, Leclerc et Morissette nous rappellent d'ailleurs l'importance d'adapter cette intervention au contexte dans lequel elle se situe afin d'en maximiser l'efficacité. (147)

8.2.4 Améliorer l'offre de services... avec peu de leviers pour le faire

Plusieurs difficultés ont été identifiées quant à l'offre de services pour la population UDI de la Montérégie. Des pistes de solutions ont également été proposées. Malheureusement, certains obstacles minent leur mise en œuvre. En effet, les problématiques vécues par les UDI sont souvent omises à l'agenda des décideurs politiques municipaux, régionaux, provinciaux ou fédéraux. Toutefois, ceux-ci peuvent répondre à l'appel lorsqu'ils sont sollicités pour discuter de problématiques vécues par les UDI, tel que ce fut le cas lors de l'étude de faisabilité d'un SIS réalisée à Montréal. (10) De plus, bien que certaines associations telles que l'AQPSUD veillent au respect des droits des UDI, aucune instance de représentation des UDI spécifique à la Montérégie n'existe. Ainsi, les besoins spécifiques et les particularités de la population UDI montréalaise sont peu étudiés et les recommandations formulées visent davantage l'ensemble des UDI, dont la majeure concentration est à Montréal. Les contextes actuels financier et politique restrictifs compliquent l'amélioration de l'offre de services pour les UDI, limitant tout essor possible en ce sens.

8.2.5 Les UDI face à une offre de services inadéquate : optimiser les acquis

En réponse à l'offre de services actuelle déficiente, il a été observé que la population UDI montréalaise réagit de trois différentes façons. Tout d'abord, une minorité utilisera tout de même les ressources disponibles en Montérégie ou ajoutera leur nom à la liste d'attente dans l'éventualité où ces services deviendraient disponibles. Ensuite, une majorité d'UDI montréalais vont plutôt à Montréal pour utiliser les ressources plus abondantes et mieux reconnues qui y sont présentes, s'immergeant par le

fait même dans un secteur de forte de consommation de substances psychoactives, où les facteurs incitant à la consommation sont beaucoup plus nombreux. Le lieu de résidence des participants aux questionnaires du réseau SurvUDI en Montérégie corroborent d'ailleurs ce phénomène, puisque près de la moitié d'entre eux ont été recrutés à Montréal. Finalement, une quantité certaine mais non quantifiable d'UDI décident plutôt de ne pas utiliser les ressources disponibles (148), laissant leur condition et leurs besoins se détériorer jusqu'à une situation d'urgence se présente. Plusieurs facteurs sociodémographiques, personnels, liés aux prestataires de services et administratifs pertinents à la population UDI, tels que le faible statut socioéconomique, la stigmatisation perçue ou le manque d'accessibilité des ressources, sont associés à un non-usage du système de santé. (149)

8.3 OFFRE DE SIS EN MONTÉRÉGIE : INTÉRESSANTE MAIS NON PRIORITAIRE

8.3.1 Les incontournables pour optimiser les bénéfices d'un SIS en Montérégie

Dans le cadre de ce projet de recherche, l'implantation d'un SIS en Montérégie a été utilisée comme véhicule de réflexion sur l'amélioration de l'offre de services dédiés aux UDI dans la région. Une variété de conditions ont été soulevées afin que l'acceptabilité d'une telle intervention soit garantie par les différentes parties intéressées. En ce qui a trait aux UDI mêmes, une approche participative lors de l'élaboration, de l'implantation et du maintien de l'intervention doit être mise de l'avant, afin de s'assurer qu'elle réponde bel et bien à des besoins ressentis. Celle-ci est d'autant plus importante vu le caractère vulnérable de la population UDI, puisqu'elle permet une autonomisation (*empowerment*) de celle-ci. (150) Les acteurs stratégiques œuvrant de près ou de loin auprès des UDI devraient aussi être consultés tout au long de ce processus, afin qu'ils puissent mettre leur expertise au profit des UDI dans un contexte qui leur conviendra également. Ceux-ci devraient également être sollicités pour situer le SIS dans l'ensemble de l'offre de services offerts aux UDI en Montérégie. En ce qui concerne la population

générale montérégienne, des efforts de sensibilisation importants doivent la cibler, afin de l'informer de l'existence de la population UDI sur le territoire, des problématiques vécues et des solutions à celles-ci.

8.3.2 Des attentes colossales face au SIS

Selon les participants des groupes de discussion consultés, un SIS en Montérégie représenterait une solution à plusieurs problèmes. Tout d'abord, plusieurs bénéfices potentiels pour les UDI déjà identifiés dans la littérature ont été mentionnés, tels que la diminution du partage de matériel d'injection (92), des taux de VIH (14) et d'autres infections liées à l'injection (15), de même que du nombre de décès par surdoses (16) et de la gravité des surdoses non fatales. (17) Il a également été noté qu'un meilleur accès aux traitements de dépendance (93, 94) en résulterait, tout comme une utilisation plus appropriée des ressources hospitalières. (19) La réduction de la fréquence d'injections en public et du nombre de seringues à la traîne (20, 21) représentent également des avantages d'un SIS en Montérégie mentionnés par les participants des groupes de discussion qui ont été confirmés par la littérature. Il en est de même pour une collaboration policière accrue. (97) En plus de ces avantages, les participants ont indiqué que la présence d'un SIS en Montérégie serait susceptible de permettre une harmonisation des ressources, puisque les personnes qui ont la charge des services offerts sur place auraient à se consulter lors de la conception et la mise en œuvre de l'intervention. Une mise en commun desdites ressources aurait également lieu, l'UDI pouvant alors bénéficier de celles-ci en un même endroit.

Ensuite, les participants ont identifié plusieurs avantages qu'une telle intervention aurait sur la population UDI montérégienne au-delà des murs d'un SIS. Ces avantages sont distaux à l'intervention et ne peuvent donc être prouvés dans la littérature disponible. Ainsi, tel que ce fut le cas dans le cadre de ce projet de recherche, l'intérêt suscité par un SIS pourrait relancer la discussion sur l'offre de services dédiés aux UDI chez les acteurs stratégiques œuvrant auprès d'eux et chez les décideurs. Il pourrait en résulter une compréhension plus approfondie des enjeux associés à la population UDI montérégienne

et une adaptation de ladite offre de services aux besoins ressentis de celle-ci. De plus, de tels échanges pourraient permettre la mise sur pied de nouveaux programmes destinés aux UDI, tels qu'un réseau de pairs aidants ou des instances de représentation. Un autre avantage lié à l'implantation d'un SIS en Montérégie serait une meilleure connaissance de la population UDI de la région, puisque certaines données pourraient être colligées plus facilement auprès des usagers. Le simple fait qu'un SIS soit implanté pourrait également contribuer à l'acceptation par les UDI de leur propre problématique de toxicomanie et des conséquences de celle-ci, puisqu'ils sentiraient que la société qui les a souvent rejetés tente maintenant de leur apporter un certain soutien.

8.3.3 Un SIS en Montérégie : oui, mais...

L'implantation d'un SIS en Montérégie semble fortement désirée, mais pas dans l'immédiat. Bien que l'idée d'un SIS en Montérégie ait reçu l'approbation générale des participants des groupes de discussion, ceux-ci ont rapidement indiqué plusieurs conditions préalables à son implantation. En effet, dans le contexte montérégien actuel, d'autres priorités en lien avec les UDI, telles qu'une amélioration de l'offre de services déjà en place, ont préséance sur la venue d'une nouvelle intervention. De plus, il semblait logique pour tous qu'un SIS doive d'abord être implanté à Montréal avant qu'un SIS ne voit le jour en Montérégie, puisque la concentration de la population UDI y est plus importante et que les besoins de celle-ci, autant en termes de santé physique que psychosociale, y sont plus criants. Les SIS du Québec ne pourront pas copier entièrement le modèle d'*Insite* à Vancouver, puisque les pratiques et le contexte de consommation du Québec sont différentes. Entre autres, la consommation par injection de cocaïne est plus commune que celle d'héroïne au Québec, alors que le contraire est observé dans la province de l'ouest du pays. (151) Cette considération est primordiale, puisque la fréquence d'injection est habituellement beaucoup plus élevée chez les cocaïnomanes que chez les héroïnomanes, selon le *Canadian HIV/AIDS Legal Network*. (152) Pourtant, des analyses montréalaises ont démontré au contraire un nombre mensuel médian d'injections plus élevé chez les UDI s'injectant le plus souvent de l'héroïne que chez ceux s'injectant le plus souvent de la cocaïne. (153) Bien qu'un SIS à Montréal pourrait servir de modèle

pour l'implantation d'une telle intervention en Montérégie, il est important de considérer les différences dans les contextes de ces régions. Par exemple, l'étendue géographique impose à certains Montérégiens d'importants déplacements, ce qui pourrait être problématique pour les UDI une fois qu'ils se seront injectés leur substance au sein du SIS. Afin de minimiser l'effet de différentes barrières en lien avec le contexte montérégien, telles que l'étendue du territoire et de la population UDI, il faudrait que les modalités d'une offre de SIS en Montérégie soient discutées amplement avec l'ensemble des parties intéressées. Certaines difficultés découlant de l'implantation d'un SIS pourraient également affecter directement les acteurs stratégiques œuvrant auprès des UDI, comme c'est le cas pour l'augmentation de leur charge de travail et l'engagement possible des services dédiés aux toxicomanes en Montérégie. Finalement, des enjeux de faisabilité économique, politique et légale doivent être considérés. Le contexte actuel de restrictions financières à tous les niveaux politiques, de conservatisme fédéral et de mandats de répression policière cohérents avec une approche prohibitionniste, offre peu d'opportunités pour que les promoteurs de SIS soient entendus.

8.3.4 Le SIS n'est pas une panacée à tous les maux des UDI

Bien que les participants des groupes de discussion semblent fort optimistes quant aux conséquences positives que pourrait avoir un SIS sur la population UDI, certains problèmes vécus par ces derniers ne trouveraient pas une solution dans cette intervention. C'est le cas, entre autres, des problèmes de santé qui ne sont pas liés directement avec la consommation de substances psychoactives et qui nécessitent un recours à la deuxième ou troisième ligne de soins. Par exemple, un UDI diabétique aux prises avec une rétinopathie ou une néphropathie devra consulter un médecin spécialiste pour le suivi de telles affectations. Les obstacles auxquels il aurait fait face en utilisant les services hospitaliers de première ligne seront tout aussi présents, sinon pires, vu la complexité des suivis médicaux requis et un contexte de désorganisation personnelle souvent présent chez l'UDI. Un SIS permet de rejoindre les UDI pour répondre à leurs besoins de base et les référer aux services pertinents lorsque les ressources nécessaires surpassent les capacités du personnel en place. (10) Ainsi, cette intervention agit comme lien entre les

UDI et le système de santé et de services sociaux. Dans l'éventualité où un SIS verrait le jour en Montérégie, sa mission ne devra donc pas se limiter à son enceinte, mais bien aller au-delà de ses murs pour qu'une vision commune de l'approche à adopter auprès des UDI soit également comprise par les professionnels du système de santé et de services sociaux qui les recevront.

8.4 SANS UN SIS, TROIS FAÇONS DE BONIFIER L'OFFRE DE SERVICES DÉDIÉS AUX UDI EN MONTÉRÉGIE

8.4.1 Derrière la mise en commun des ressources tant désirée

Dans le cadre de ce projet de recherche, l'exploration des avantages qu'offrirait un SIS en Montérégie a permis d'identifier certains éléments clés susceptibles de mener à l'amélioration de l'offre de services dédiés aux UDI déjà en place. Étant donné que la mise en commun des ressources est ressortie chez les participants au projet comme un des bénéfices majeurs d'une telle intervention, il semble qu'une harmonisation des services soit nécessaire dans le contexte actuel. Celle-ci pourrait être facilitée par d'autres mécanismes que celui d'un SIS, tels que par un processus de concertation auquel participeraient tous les acteurs stratégiques concernés par la population UDI montérégienne. Ce besoin a d'ailleurs été fortement exprimé lors des groupes de discussion. Une telle cohésion des acteurs stratégiques œuvrant auprès des UDI pourrait également permettre le développement d'une vision des soins et services et d'une approche communes en leur sein. Ils pourraient ensuite communiquer cette vision et cette approche aux autres professionnels qui ont un contact moins régulier avec les UDI, mais qui les reçoivent lorsqu'ils leurs sont référés, tels que les médecins en centres hospitaliers. Une harmonisation des ressources est donc désirée de tous et bénéficierait certainement à la population UDI montérégienne.

8.4.2 Adaptation des services : une part de solution à plusieurs problèmes

Chacun des services offerts aux UDI gagnerait également à être plus adapté à la réalité de ceux-ci et du territoire où ils sont situés. Les éléments qui caractérisent la population UDI, et plus précisément celle de la Montérégie, ont été exposés plus tôt. Ceux-ci devraient être considérés dans la bonification de l'offre de services afin que les bénéficiaires soient plus enclins à les utiliser. Par exemple, les UDI montérégiens sont portés à rester davantage dans leur domicile pour s'injecter des substances psychoactives, bien qu'ils présentent des comportements à risque à la même fréquence que leurs homologues des autres régions. Ainsi, les services qui leur sont destinés devraient être davantage ambulatoires ou sinon devraient comporter une plus-value qui incitera les UDI à sortir de leur domicile pour les utiliser. Davantage de ressources pourraient être investies pour augmenter la disponibilité des infirmières ou des intervenants de proximité qui visitent les UDI chez eux. Des cliniques de dépistage pour UDI pourraient aussi être mises en place, où serait également présent un travailleur social qui offrirait son soutien pour les référer aux ressources alimentaires, d'hébergement ou autres adéquates, ou encore pour s'assurer que leur carte d'assurance-maladie soit bel et bien valide.

D'autres éléments contextuels propres à la Montérégie, tels que l'étendue de son territoire et la dispersion de la population UDI, devraient aussi être considérés. Étant donné que les besoins semblent être omniprésents dans l'ensemble du territoire montérégien, les ressources ne devraient pas être concentrées à Longueuil, mais plutôt décentralisées et réparties dans différents points offrant une couverture adéquate de l'ensemble de la Montérégie. Par exemple, il faudrait redoubler d'efforts pour pouvoir offrir des traitements de substitution aux opiacés dans plusieurs centres urbains de la région.

La population UDI présentant souvent plusieurs problématiques autant d'ordre physique que psychosocial (154), une approche holistique devrait être mise de l'avant pour répondre à leurs besoins, une fois ceux étant plus prioritaires identifiés. Par exemple, un UDI pour qui la préoccupation principale est de se trouver un logement pour la nuit ne sera pas aussi réceptif aux conseils d'un médecin qui souhaite l'aider à soigner

son accès qu'un autre pour qui les besoins de base en hébergement sont déjà comblés. Le travail interdisciplinaire deviendrait ainsi un atout majeur des ressources dédiées aux UDI.

Finalement, une plus grande compréhension de la réalité des UDI doit être favorisée auprès de l'ensemble des acteurs stratégiques œuvrant auprès d'eux. De cette façon, de meilleures connaissances, attitudes et comportements pourront être mis de l'avant par les prestataires de services lors de leurs rapports avec les UDI, diminuant par le fait même la stigmatisation subie par ces derniers. (155) Les UDI pourraient ainsi devenir moins méfiants et seraient plus enclins à bâtir des relations de confiance avec eux. Une cordialité dans de telles relations professionnelles serait bénéfique autant pour la personne qui offre que pour la personne qui reçoit les services. Ceux qui offrent les services se sentiraient plus compétents pour répondre aux besoins des UDI, alors que ces derniers se sentiraient davantage les bienvenus au sein du système de santé et de services sociaux.

8.4.3 Développer et consolider une expertise UDI en Montérégie

Le développement et la consolidation d'une expertise quant aux problématiques vécues par les UDI montérégiens permettraient de bonifier l'offre de services dédiés à cette population, autant au niveau communautaire qu'à celui du système de santé et de services sociaux. Une meilleure compréhension de leurs besoins et de l'approche à préconiser pour les combler en résulterait. Cette expertise pourrait se bâtir et se communiquer via des formations auxquelles participeraient les différents acteurs stratégiques susceptibles d'entrer en contact avec les UDI. La création d'une instance de représentation des UDI fonctionnelle et disposant des ressources appropriées en Montérégie faciliterait le développement de cette expertise, en plus de soulever un certain intérêt pour la cause auprès du gouvernement et de la population générale. En connaissant mieux les solutions aux problèmes vécus par les UDI, ces acteurs importants pourraient davantage faire partie de la solution plutôt que de constituer des obstacles à la mise en place d'interventions au bénéfice des UDI. C'était d'ailleurs une recommandation

qu’avaient formulé les acteurs des quartiers centraux où pourraient être implantés des SIS à Montréal, afin d’améliorer l’acceptabilité d’une telle intervention. (10) Conjointement avec le développement d’une expertise en matière des problématiques vécues par les UDI, de nouvelles approches pour répondre à leurs besoins ont été proposées par les participants au projet de recherche et pourraient être développées, telles que celle de la consommation supervisée de substances psychoactives ou la création d’un réseau de pairs aidants. Ces derniers seraient particulièrement utiles dans le contexte de restriction importante de personnel auquel font face les organismes communautaires actuellement.

8.5 CONSÉQUENCES PRÉSUMÉES D’UNE OFFRE DE SERVICES BONIFIÉE

Certaines conséquences positives sur l’offre des services dédiés aux UDI pourraient résulter des changements présentés précédemment. Tout d’abord, son efficience s’en verrait grandement améliorée, vu que les ressources mises en place deviendraient plus efficaces. Par exemple, si une approche concertée permet d’identifier les besoins prioritaires des UDI plutôt que de mettre à leur disposition de manière moins spécifique une gamme de ressources qu’ils pourraient nécessiter, ils n’utiliseront que celles dont ils ont réellement besoin et desquelles ils pourront vraiment bénéficier. Un autre avantage à une offre de services bonifiée serait une meilleure connaissance des UDI. En effet, non seulement les ressources disponibles seraient mieux réparties et couvriraient une plus grande partie du territoire où se trouvent des UDI, leur caractère mieux adapté serait susceptible d’attirer des UDI qui ne les utilisent pas actuellement mais qui sont déjà présents sur le territoire. Bien que certains puissent craindre qu’une bonification des services dédiés aux UDI puisse les attirer dans la région et ainsi provoquer une hausse des conséquences négatives sur la communauté, les études menées à *Insite* ont plutôt prouvé le contraire. (99) Grâce à cette meilleure connaissance de la population UDI montréalaise, les ressources offertes pourraient encore davantage se peaufiner et répondre encore mieux aux problématiques vécues par les UDI, diminuant l’impact de celles-ci autant sur les UDI que sur la communauté. Finalement, une offre de services bonifiée permettrait de garder les UDI montréalais en Montréal. Ainsi, les

ressources dédiées aux UDI à Montréal deviendraient moins engorgées et les UDI montréalais seraient moins exposés aux multiples facteurs incitant à la consommation qui sont propres à cette zone de forte concentration d'UDI. Une meilleure offre de services pour les UDI en Montérégie constituerait donc un facteur de protection pour ceux-ci.

8.6 FORCES ET BIAIS POTENTIELS DU PROJET DE RECHERCHE

8.6.1 Forces du projet de recherche

Tout d'abord, le fait que ce projet de recherche soit issu d'un **besoin exprimé** par le CRD Le Virage constitue une de ses principales forces, puisqu'il en démontre la pertinence. En effet, un désir de recherche et de consolidation des informations disponibles sur les UDI et les ressources mises à leur disposition émanait du terrain. Aucun portrait global de la consommation de drogues par injection et de ses conséquences n'avait été réalisé auparavant. Il en est de même pour la réflexion sur l'implantation d'un SIS en Montérégie. Il s'agissait donc d'une première dans la région à laquelle des UDI, ex-UDI et acteurs stratégiques œuvrant auprès d'eux ont participé. D'ailleurs, plusieurs concepts partagés par les participants aux groupes de discussion étaient émergents et démontraient bien les particularités propres à la Montérégie quant aux problématiques vécues par les UDI.

Ensuite, l'**approche** utilisée dans ce projet, soit celle d'utiliser le concept de SIS comme véhicule de réflexion sur l'amélioration de l'offre de services dédiés aux UDI, était innovatrice. Elle permettait également de réaliser les premières étapes nécessaires à la proposition d'une offre de SIS par les établissements de santé et de services sociaux en s'inspirant de balises établies par le gouvernement provincial. (22)

L'utilisation d'un **cadre de référence** amalgamant des modèles et des concepts reconnus dans la littérature, soit ceux de Brousselle, Champagne, Contrandriopouls et

Hartz (126), Pineault et Daveluy (127) et Chen (128) constitue une autre force de ce projet de recherche. Ce cadre a guidé la réflexion quant à la méthodologie employée, a été bonifié en fonction des thèmes émergeant des groupes de discussion et a servi de structure à l'analyse des données recueillies.

Une autre force est le **devis mixte** de ce projet de recherche. En effet, en plus de permettre une analyse plus approfondie des concepts étudiés, cette triangulation des approches méthodologiques et des méthodes de collecte de données a permis d'améliorer la crédibilité des résultats obtenus. Le volet quantitatif du projet soutenait l'analyse qualitative en l'alimentant de données factuelles nécessaires à une meilleure compréhension de la situation des UDI de façon objective. Le volet qualitatif, quant à lui, complétait l'analyse quantitative en contextualisant les données recueillies.

La collecte et l'analyse de données présentaient également plusieurs forces. Tout d'abord, la présence d'un **comité consultatif** formé de divers experts de la DSP de la Montérégie permettait de s'assurer que le projet de recherche était en lien avec les préoccupations du terrain. Ensuite, pour le premier objectif général, les données provenaient de **banques déjà constituées**, utilisées depuis plusieurs années et couvrant un large territoire, ce qui contribuait à leur validité. De plus, celle du réseau SurvUDI a été créée aux mêmes fins que le premier volet de ce projet, soit celui de tracer un portrait de la population UDI. Aussi, certaines stratégies de collecte et d'analyse de données ont été inspirées de celles déjà utilisées par l'équipe d'experts en charge d'étudier la population UDI montréalaise (156), renforçant la validité de notre démarche et permettant des comparaisons avec les résultats obtenus à Montréal. Certaines analyses ont d'ailleurs été réalisées par les experts des banques de données, qui ont une bonne connaissance de celles-ci et qui nous avisés des biais potentiels pouvant en découler. Ils ont aussi tenté de limiter au maximum l'effet de ces biais par diverses méthodes statistiques. En ce qui a trait au second objectif général du projet, la collecte de données a été réalisée avec une grille d'entrevue inspirée du cadre de référence et pré-testée auprès des populations ciblées. Aussi, la diversité des territoires de CSSS sélectionnés et des participants aux groupes de discussion ont permis une bonne représentativité. Lors de

l'analyse des données, l'enregistrement audio des entretiens, les notes prises lors de ces rencontres, les verbatim et le journal de bord actualisé fréquemment lors de la collecte de données ont permis de rendre compte des propos des participants avec exactitude.

Une dernière force du projet de recherche provient du **processus de validation des résultats**. La validation du processus et des résultats des analyses quantitatives a été réalisée par les différents experts des banques de données et par les co-directrices de recherche. Quant au processus et aux analyses des analyses qualitatives, ceux-ci ont été vérifiés par une personne experte quant à cette méthodologie, qui a validé la codification utilisée. De plus, tout questionnement en lien avec la validité des résultats dans leur ensemble a été discuté avec des experts de la DSP de la Montérégie et avec les co-directrices de recherche.

8.6.2 Limites liées au contexte du projet de recherche

Certaines considérations externes ont représenté des limites au projet de recherche. Par exemple, des contraintes de temps et d'effectifs ont dû être prises en compte, l'entièreté du projet se déroulant sur un an et celui-ci étant mené principalement par un seul étudiant-chercheur. Le contexte socioculturel dans lequel s'inscrivait le projet était également difficile, puisque la population étudiée est vulnérable et marginalisée et qu'un historique de tensions dans la population canadienne existe quant à l'implantation de SIS.

8.6.3 Biais possibles influençant la validité interne des données quantitatives (premier objectif global)

Pour le volet quantitatif du projet de recherche, les banques de données utilisées étaient toutes déjà constituées. Nous étions donc limités quant aux mesures à prendre pour limiter l'impact des biais potentiels sur les résultats de nos analyses. Ces biais potentiels et les limites liés au volet quantitatif du projet de recherche sont ici présentés.

8.6.3.1 Biais de sélection

La présence d'un biais de sélection était possible lors de l'utilisation de données déjà colligées. Par exemple, l'échantillonnage du réseau SurvUDI est non aléatoire et cette banque de données n'inclut que les UDI ayant bénéficié d'un service à travers duquel ils ont été recrutés, tels que l'offre de seringues stériles et les consultations des infirmières SIDEPE. Ceux qui n'ont pas utilisé ces services n'étaient donc pas représentés par cette banque de données. Ceux-ci auraient pu être des individus qui n'en ont pas besoin parce qu'ils ont les moyens de se les procurer par eux-mêmes ou encore, des individus qui refusent de les utiliser et présentent une exposition accrue à plusieurs facteurs de risque pour leur santé. Un biais de non-réponse a également pu affecter ces données, puisque seulement les UDI ayant accepté de participer aux sondages du réseau étaient considérés. En ce qui a trait aux données provenant du Bureau du coroner, la présence d'un biais de sélection est peu probable. En effet, le coroner consulté a confirmé que les codes de diagnostics utilisés dans ce projet de recherche sont ceux attribués aux cas de surdoses suspectées. De plus, la technique d'échantillonnage pour ces données provient d'une équipe d'experts montréalais. (156) Pour ce qui est des données de MED-ÉCHO et de la RAMQ, l'échantillonnage est limité aux données disponibles et représente donc seulement les usagers des services hospitaliers et d'urgence. Un biais de sélection serait peu probable, puisqu'une révision de l'ensemble des codes diagnostics disponibles a été faite pour s'assurer que ceux-ci incluent toute la population visée par chacune des variables présentées. En ce qui concerne les données sur la récupération de seringues, celles-ci proviennent de certains organismes communautaires qui nous ont été désignés comme étant les plus actifs auprès de la population UDI. Il est donc possible que l'échantillon ne soit pas représentatif de toutes les instances impliquées dans la récupération de seringues en Montérégie, mais ce phénomène serait peu probable.

8.6.3.2 Biais d'information

Certains biais d'information ont pu affecter les résultats provenant des banques de données utilisées. Tout d'abord, en lien avec les données du réseau SurvUDI, plusieurs variations ont été observées quant au questionnaire utilisé pour colliger les données et

auraient pu affecter nos résultats. Cependant, l'experte de la banque de données a sélectionné seulement les périodes où les questions ne variaient pas ou peu pour chacune des variables utilisées, diminuant ainsi l'impact de ces variations sur les résultats. Il est aussi possible que certaines erreurs aient eu lieu lors de l'attribution des UDI à une catégorie d'exposition documentée dans les questionnaires. Par contre, nous supposons que l'ampleur de telles erreurs n'était pas suffisante pour qu'un biais affecte nos résultats. Vu que la consommation de substances psychoactives est illégale, il est possible que les réponses des UDI interrogés aient été affectées par une certaine désirabilité sociale. Aussi, étant donné que plusieurs questions documentaient des habitudes de consommation lors des six derniers mois, un biais de rappel pourrait avoir affecté les données recueillies. En ce qui a trait aux données provenant du Bureau du coroner, lors de la révision des dossiers à l'aide de racines lexicales, des rapports incomplets ou moins détaillés où aucune injection n'est mentionnée auraient pu résulter en l'attribution du cas à une drogue non injectée plutôt qu'injectée, entraînant ainsi un biais d'information. Pour ce qui est des données MED-ÉCHO et RAMQ, une hypothèse de pourcentage des endocardites affectant des UDI provenant d'une étude canadienne a été utilisée. Cependant, cette proportion demeure très approximative et les résultats en découlant pourraient être influencés par un biais d'information. Il est peu probable qu'un tel biais ait affecté les données provenant des banques de données MADO, du PQSIVIH ou des organismes communautaires œuvrant auprès des UDI.

8.6.3.3 Biais liés au temps

La consommation de substances psychoactives est une pratique qui évolue et se modifie rapidement selon une gamme de facteurs personnels et contextuels. Un biais de maturation aurait donc pu affecter les données provenant de participants dont la consommation a évolué normalement en fonction du temps. De plus, puisque les entrevues du réseau SurvUDI pour chaque UDI interrogé peuvent se faire à tous les six mois, un biais d'accoutumance au test aurait pu s'immiscer. Cependant, la plupart des UDI ne participent pas aux entrevues aussi fréquemment, limitant l'ampleur de ce biais. Un biais de facteurs historiques pourrait également avoir eu un effet sur la validité des

données de cette banque, lorsqu'un changement de certaines politiques affectant les UDI se serait produit, par exemple.

8.6.4 Limites de la validité externe des données quantitatives (premier objectif global)

Puisque le premier objectif global du projet de recherche visait à tracer un portrait de la consommation de drogues par injection en Montérégie, ce projet ne prétendait donc pas produire des résultats pouvant être généralisés à un contexte élargi. Cependant, les analyses descriptives ont été réalisées autant pour la Montérégie que pour Montréal et l'ensemble du Québec, afin que des comparaisons puissent être faites. Ainsi, la portée des données est québécoise. Par contre, le nombre d'observations provenant du réseau SurvUDI en Montérégie était limité, rendant difficile sa généralisation à la population UDI montérégienne dans son ensemble. Les résultats doivent donc être interprétés avec prudence. Pour les données provenant des banques, du Bureau du coroner, de MADO, du PQSIVIH, de MED-ÉCHO et de la RAMQ, celles-ci étaient exhaustives pour la Montérégie et parfois pour l'ensemble du Québec, restreignant la présence d'un biais à la validité externe dans un contexte montérégien ou québécois. En ce qui a trait aux données sur la récupération de seringues en Montérégie, nous ne prétendons pas que les données présentées soient exhaustives et donc généralisables à l'ensemble de la région. En effet, nous avons seulement présenté les données des organismes communautaires identifiés comme étant les plus actifs auprès des UDI dans les territoires de RLS sélectionnés. Les autres instances contribuant à la récupération de seringues en Montérégie n'étaient donc pas représentées.

8.6.5 Atteintes possibles à la rigueur méthodologique des données qualitatives (second objectif global)

La notion de biais pourrait paraître plus complexe à définir en relation au paradigme qualitatif qu'à celui quantitatif, puisque le chercheur devient part intégrante du processus de collecte de données et sa subjectivité est considérée, voire valorisée. Nous

exposons ici les biais selon ce à quoi ils s'appliquent : le modérateur, les questions d'entrevues, les réponses d'entrevues, les échantillons et les conclusions. Cette approche synthétique est inspirée de Lincoln et Guba (130) et d'un ouvrage web sur la recherche qualitative. (157)

8.6.5.1 Atteintes possibles à la crédibilité

Les biais liés au modérateur auraient pu être importants puisque celui-ci orientait l'entretien lors des entrevues. Dans le contexte de cette étude, nous avons comblé ce rôle. Les réactions et l'affinité avec les participants, les habiletés d'intervieweur, les qualités personnelles et les valeurs de l'intervieweur (traduction libre) (158) figurent parmi les nombreux éléments qui auraient pu influencer les réponses obtenues. La neutralité fut respectée autant que possible dans les propos que nous avons tenus lors des entrevues.

Les biais en lien avec les questions sont divers. Celles-ci auraient pu s'avérer suggestives, être mal comprises, trop complexes pour les individus interviewés ou leur ordre aurait pu conditionner les réponses obtenues. Ainsi, nous nous sommes assurés que la grille d'entrevue soit pré-testée et nous l'avons modifiée légèrement en fonction des commentaires obtenus. Les questions posées étaient neutres, concises, générales puis spécifiques, sans assistance puis assistées, et positives puis négatives.

Les biais liés aux réponses obtenues sont de différentes natures et auraient pu être engendrés de manière consciente ou non. En effet, lors de l'entretien, les participants ont peut-être modifié leurs réponses de façon à avoir une plus grande consistance ou à masquer certains manques de mémoire ou de connaissances. Ils auraient également pu fournir des réponses ayant une meilleure désirabilité sociale, étant donné que le concept de SIS en est un délicat dans le contexte actuel. Certains états transitoires tels que l'humeur ont aussi pu affecter les réponses des participants. Plusieurs techniques d'entrevue ont été utilisées pour minimiser l'effet des biais sur les réponses obtenues. Par exemple, nous avons demandé des clarifications, posé des questions indirectes et utilisé des techniques de projection, au besoin. Nous avons également tenté de créer un climat de confiance et de calme lors des groupes de discussion. Certains biais additionnels

auraient pu être engendrés par la dynamique de groupe qui s'est installée lors des entretiens. Tout d'abord, certains participants avaient tendance à adopter un rôle dominant lors des groupes de discussion, ce qui aurait pu compromettre l'engagement des autres membres dans l'entretien. Nous avons fait notre possible pour qu'une telle dynamique ne s'installe pas. Ensuite, des participants auraient pu modifier l'ampleur ou la force de leurs propos en présence d'autrui ou selon l'allure qu'ont pris les entretiens. Encore une fois, nous avons tenté autant que possible d'assurer une participation optimale des membres des groupes de discussion. Des experts en méthodes qualitatives ont été consultés au préalable afin de mieux connaître les techniques d'entrevue à utiliser dépendamment des situations qui se présentaient.

8.6.5.2 Atteintes possibles à la transférabilité

Les biais liés à l'échantillon concernent surtout sa représentativité dans la diversité des thèmes explorés. Bien que nous ayons tenté d'obtenir un échantillon de variabilité maximale parmi les participants UDI et ex-UDI, nous sommes conscients que la représentativité de l'échantillon en rapport avec la population étudiée ne pourrait être supposée. D'ailleurs, le fait d'avoir un suivi en traitement de dépendance aux opiacés auprès d'un médecin du GMF UMF Charles LeMoynes constituait un critère d'inclusion pour cette population. Il est possible que les perceptions des UDI et ex-UDI éligibles diffèrent de celles des personnes qui ne cherchent pas à réduire leur consommation d'opiacés ou celles s'injectant seulement des substances autres que des opiacés. Ainsi, en excluant ces personnes, les résultats de ce projet pourraient être davantage positifs ou négatifs qu'ils ne l'auraient été si elles avaient été incluses. En ce qui a trait aux acteurs stratégiques œuvrant auprès des UDI, la grande majorité de ceux étant actifs sur les territoires de RLS sélectionnés ont participé aux groupes de discussion. Tout de même, il y a lieu de s'interroger à savoir si les participants aux groupes de discussion différaient des personnes éligibles qui n'y ont pas participé. Le cas échéant, un biais de sélection pourrait affecter la validité de nos résultats. Par exemple, si seulement les personnes convaincues de l'intérêt de mettre en place un SIS ont participé aux groupes de discussion, les thèmes dominants retenus seront positifs dans une proportion anormalement élevée.

En ce qui a trait aux biais en lien avec les conclusions tirées des groupes de discussion, ceux-ci sont dus à la subjectivité de l'individu les rapportant. Puisque nous avons réalisé l'ensemble des étapes de collecte, d'analyse et d'interprétation des données qualitatives, nous avons exposé la validité des résultats à un biais de confirmation d'hypothèse. Il a donc été important que la notion de réflexivité soit explorée de par le journal de bord et prise en compte lors de l'interprétation des résultats. Afin de minimiser les effets des biais liés aux conclusions, nous avons partagé les résultats des analyses préliminaires dépersonnalisés avec divers experts, de même qu'avec les co-directrices de recherche. La consultation d'experts de SIS déjà implantés, tel que celui d'*Insite* à Vancouver, aurait également pu bénéficier à la validité des résultats, mais elle n'a pas été réalisée vu les délais impartis pour le projet de recherche.

8.7 RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

À la lumière de ce projet de recherche, certaines recommandations peuvent être faites en lien avec l'offre de services pour les UDI de la Montérégie. Celles-ci ont été formulées en tenant compte des thèmes les plus dominants ayant émergé des groupes de discussion, appuyés par les résultats des analyses quantitatives du projet de recherche. Ces recommandations ne considèrent pas l'enjeu de faisabilité imposé par le contexte actuel de restrictions budgétaires. Dans une perspective d'application, celles-ci devraient être priorisées et leur faisabilité devrait être étudiée par les acteurs clés concernés.

1. Mettre en place une table de concertation multidisciplinaire visant à améliorer l'offre de services pour les UDI montérégiens et rassemblant des représentants des acteurs stratégiques œuvrant auprès d'eux.
2. Organiser les ressources dédiées aux UDI de façon à ce qu'elles soient harmonisées et permettent une approche intégrée en fonction des niveaux de soins et services requis par les UDI.

3. Former les professionnels des milieux de la santé, communautaire et policier qui pourraient entrer en contact avec les UDI montérégiens quant à l'approche de réduction des méfaits et des problématiques vécues par ceux-ci.
4. Créer des formations destinées aux acteurs stratégiques œuvrant directement auprès des UDI afin qu'ils consolident leur expertise.
5. Investir davantage dans les services de santé et communautaires ambulatoires et en développer d'autres sur l'ensemble du territoire montérégien.
6. Assigner des travailleurs sociaux au dépistage des besoins les plus urgents des UDI et développer des corridors de services afin que ceux-ci soient référés adéquatement aux ressources nécessaires.
7. Décentraliser les ressources de traitement de substitution aux opiacés et de traitement d'infections liées à l'injection telles que le VHC et le VIH sur l'ensemble du territoire montérégien.
8. Créer une instance de représentation des UDI visant à défendre leurs droits auprès des instances politiques et à sensibiliser la population montérégienne quant à leurs problématiques et aux solutions pour y pallier.
9. Approfondir la réflexion sur l'idée de centres de consommation (par injection ou non) supervisée.
10. Mettre sur pied un réseau de pairs aidants.

9. CONCLUSION ET RETOMBÉES

La consommation de drogues par injection est une problématique de santé publique bien présente sur l'ensemble du territoire montérégien. Ce projet de recherche a permis de tracer un portrait de la consommation de drogues par injection et de ses conséquences en Montérégie, de même que d'évaluer la pertinence de l'implantation d'un

SIS selon les acteurs stratégiques concernés sur le territoire montréalais. L'utilisation d'un devis mixte a donné lieu à une complémentarité des sources de données où les résultats d'analyse se corroboraient et se complétaient, solidifiant ainsi leur validité.

Bien que la plupart des caractéristiques de la population UDI montréalaise soient similaires à celles de ses homologues québécois et de l'ensemble du Québec, celle-ci se distingue par certains éléments qui ont un rôle clé dans l'adaptation de l'offre de services qui leur sont dédiés. Par exemple, le fait que les UDI s'injectent davantage dans leur domicile plutôt qu'à l'extérieur en Montérégie laisse deviner l'importance de développer davantage de services ambulatoires pour subvenir à leurs besoins, ceux-ci ayant d'ailleurs été qualifiés d'insuffisants à l'heure actuelle par les acteurs stratégiques œuvrant auprès des UDI. Il va sans dire que des outils devront être développés afin de mieux quantifier la population UDI montréalaise et en décrire de façon plus détaillée la répartition sur le territoire.

En ce qui a trait à l'implantation d'un SIS en Montérégie, bien que la pertinence de celui-ci soit indéniable selon les participants des groupes de discussion de ce projet, l'amélioration de l'offre actuelle de services dédiés aux UDI demeure prioritaire. Plusieurs manques quant à l'accessibilité, à la continuité et à l'appréciation de ces services ont été constatés. Les recommandations découlant de ce projet de recherche offrent des pistes de solutions pouvant contribuer à pallier les manques identifiés.

Nous espérons que les résultats de ce projet de recherche permettront aux décideurs et aux acteurs stratégiques œuvrant auprès des UDI de la Montérégie d'adapter les interventions dédiées à cette population vulnérable. De plus, ces résultats permettront certainement d'étoffer le plaidoyer qui doit être réalisé auprès des instances concernées afin de réclamer une allocation de ressources financières, matérielles et humaines en meilleure concordance avec les besoins de la population UDI. Une amélioration de l'offre de services dédiés aux UDI pourrait d'ailleurs s'intégrer à la stratégie globale de rapatriement des Montérégiens dans le réseau régional de services, puisque ceux-ci deviendraient plus enclins à faire usage des services offerts en Montérégie plutôt que de

se déplacer à Montréal pour utiliser des services qui sont déjà surchargés par la demande locale. Aussi, les résultats de ce projet de recherche pourront être repris afin que la réflexion sur l'offre de services aux UDI soit approfondie. En ce sens, des groupes de discussion composés de représentants politiques de divers paliers gouvernementaux et des membres la communauté pourraient être formés. Il en est de même pour un échantillon plus représentatif de l'ensemble de la population UDI montréalaise. Nous espérons que ce projet de recherche ne constituera pas une fin en soi, mais plutôt un moyen repris par plusieurs pour que les UDI de la Montérégie aient droit à une offre de services à la hauteur de leurs besoins.

BIBLIOGRAPHIE

1. Fondation du centre de réadaptation Le Virage. Le traitement des dépendances en Montérégie : de grands besoins, des moyens limités. Saint-Hubert (Qc) : La Fondation; 2003. 3p.
2. Leclerc P, Roy E, Morissette C, Alary M, Parent R, Blouin K. Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection : Épidémiologie du VIH de 1995 à 2010 – Épidémiologie du VHC de 2003 à 2010. Québec : Institut national de santé publique du Québec; 2012. 111p.
3. CATIE. Je me pique, mais pas n'importe comment. Toronto: CATIE; 2008. 40p.
4. Frontera JA, Gradon JD. Right-Side Endocarditis in Injection Drug Users: Review of Proposed Mechanisms of Pathogenesis. *CID*. 2000;30:374-379.
5. CRIPS Île-de-France et Direction Générale de la Santé. Les risques infectieux liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse – État des connaissances : septembre 2001. Vanves (France) : Comité Français d'Éducation pour la Santé; 2001. 63p.
6. Comité conseil sur la prévention du VIH et du VHC chez les personnes utilisatrices de drogues. Actions proposées pour la prévention du VIH-sida et de l'hépatite C chez les personnes utilisatrices de drogues. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 2009. 74p.
7. Kaye S, Darke S. Non-fatal cocaine overdose and other adverse events among injecting and non-injecting cocaine users. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales; 2003. Rapport technique no 170.
8. Carcel JP [En ligne]. Versailles : Conseils Aide et Action contre la Toxicomanie; [Cité le 8 septembre 2013]. Drogues : Effets et dangers; [environ 9 écrans]. Disponible : http://www.caat.online.fr/drogues/drogues_effet.htm
9. Dale D, McBride DC, French MT, Comerford M. Health Care Need and Utilization: A Preliminary Comparison of Injection Drug Users, Other Illicit Drug Users, and Nonusers. *Subst Use Misuse*. 1999;34(4&5):727-746.
10. Lessard R, Morissette C. Vers un service d'injection supervisée : Rapport de l'étude de faisabilité sur l'implantation d'une offre régionale de services d'injection supervisée à Montréal. Montréal : Direction de santé publique de Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; 2011. 158p.

11. Direction de santé publique de la Montérégie. Portrait des utilisateurs de drogues injectables (UDI) en regard de l'infection par le VHC. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie; octobre 2006. 4p.
12. Dagmar H. European report on drug consumption rooms. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2004. 96p.
13. Des Jarlais DC, Arasteh K, Hagan H. Evaluating Vancouver's supervised injection facility: data and dollars, symbols and ethics. *CMAJ*. 2008;179(11):1105-1106.
14. Wodak A, Cooney A. Do Needle Syringe Programs Reduce HIV Infection Among Injecting Drug Users: A Comprehensive Review of the International Evidence. *Subst Use Misuse*. 2006; 41:777-813.
15. Lloyd-Smith E, Wood E, Zhang R, Tyndall MW, Montaner JSG, Kerr T. Risk factors for developing a cutaneous injection-related infection among injection drug users: a cohort study. *BMC Public Health*. 2008;8:405-410.
16. Kerr T, Tyndall MW, Lai C, Montaner JSG, Wood E. Drug-related overdoses within a medically supervised safer injection facility. *IJDP*. 2006; 17(5):436-441.
17. Kerr T, Small W, Moore D, Wood E. A micro-environmental intervention to reduce the harms associated with drug-related overdose: Evidence from the evaluation of Vancouver's safer injection facility. *IJDP*. 2007;18(1):37-45.
18. Wood E, Tyndall MW, Li K, Lloyd-Smith E, Small W, Montaner JSG, et al. Do Supervised Injecting Facilities Attract Higher-Risk Injection Drug Users? *AM J Prev Med*. 2005;29(2):126-130.
19. Small W, Wood E, Lloyd-Smith E, Tyndall M, Kerr T. Accessing care for injection-related infections through a medically supervised injecting facility: A qualitative study. *Drug Alcohol Depend*. 2008;98:159-162.
20. Stoltz JA, Wood E, Small W, Li K, Tyndall M, Montaner J, et al. Changes in injecting practices associated with the use of a medically supervised safer injection facility. *J Public Health*. 2007;29(1):35-39.
21. Wood E, Kerr T, Small W, Li K, Marsh DC, Montaner JSG, et al. Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. *CMAJ*. 2004;171(7):731-734.

22. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique. Balises pour les établissements de santé et de services sociaux et les organismes communautaires désirant offrir des services d'injection supervisée aux personnes qui font usage de drogues par injection. Québec (Qc) : MSSS; 2013. 13p.
23. Varescon I. La pratique de l'injection intraveineuse de drogue dans la trajectoire du toxicomane : revue de la littérature et réflexions. *L'Information Psychiatrique*. 2003;79:227-232.
24. O'Donnell JA, Jones JP. Diffusion of the Intravenous Technique Among Narcotic Addicts. *J Health Soc Behav*. 1968;9:120-130.
25. Pélicier Y, Thuillier G. La drogue. Paris : Presses Universitaires de France; 1972. 127p.
26. Centre communautaire d'intervention en dépendance L'Étape. «Les drogues : jamais sans risque !» [En ligne]. Louiseville (Qc) : L'Étape; 1997. [Modifié le 4 janvier 2013; cité le 8 septembre 2013]. Disponible : <http://www.etape.qc.ca/>
27. Roques B. La dangerosité des drogues : Rapport au secrétariat d'État à la Santé. Paris: Éditions Odile Jacob; 1998. 316p.
28. Ben Amar M, Boivin D, Germain M, Jolin M, Légaré N, Léonard, L, et al., rédacteurs. Drogues : savoir plus, risquer moins. 3e éd. [En ligne]. Montréal : Centre québécois de lutte aux dépendances; 2006 [cité le 8 septembre 2013]. Disponible : <http://www.cqld.ca/livre/fr/qc/index2.htm>
29. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies [En ligne]. Ottawa : CCLT; 2008. [Modifié le 26 mai 2011; cité le 8 septembre 2013]. Exposé général sur l'utilisation de drogues injectables; [environ 4 écrans] Disponible : <http://www.ccsa.ca/Fra/Topics/Populations/IDU/Pages/InjectionDrugUsersOverview.aspx>
30. American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé. Paris : Elsevier Masson; 2003. 1120p.
31. Authier N [En ligne]. Clermont-Ferrand : Centre Addictovigilance Auvergne; 2013. [Modifié le 30 mai 2013; cité le 8 septembre 2013]. DSM-5 : Fin des abuseurs et dépendants, bienvenue aux troubles légers, modérés ou sévères; [environ 3 écrans] Disponible : <http://www.addictauvergne.fr/dsm-5-v-addiction/>
32. Leri F, Bruneau J, Stewart J. Understanding polydrug use: review of heroin and cocaine co-use. *Addiction*. 98:7-22.

33. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Rapport annuel 2011 : État du phénomène de la drogue en Europe. Luxembourg : Office des publications de l'Union européenne; 2011. 124p.
34. Lauzon P, Vincelette J, Bruneau J, Lamothe F, Lachance N, Brabant M, et al. Illicit use of methadone among i.v. drug users in Montreal. *J Subst Abuse Treat.* 1994;11:457-461.
35. Ben Amar M. La polyconsommation de psychotropes et les principales interactions pharmacologiques associées. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie; 2004. 185p.
36. Guyon L, Brochu S, Landry M, rédacteurs. Les jeunes et les drogues, Usages et dépendances. Québec : Les Presses de l'Université Laval; 2005. 325p.
37. Stenbacka M, Allebeck P, Romelsjö A. Initiation into drug abuse: The pathway from being offered drugs to trying cannabis and progression to intravenous drug abuse. *Scand J Public Health.* 1993;21(1):31-39.
38. Roy E, Morissette C, Haley N, Gutiérrez N, Rousseau L, Denis V. Pourquoi commencer ? L'initiation à l'injection de drogues selon les jeunes de la rue. *Drogues, santé et société.* 2006;5(1):45-75.
39. Fuller CM, Vlahov D, Ompad DC, Shah N, Arria A, Strathdee SA. High-risk behaviors associated with transition from illicit non-injection to injection drug use among adolescent and young adult drug users: a case-control study. *Drug Alcohol Depend.* 2002;66:189-198.
40. Obot SI, Hubbard S, Anthony JC. Level of education and injecting drug use among African Americans. *Drug Alcohol Depend.* 1999;55:177-182.
41. Dinwiddie SH, Reich T, Cloninger R. Prediction of intravenous drug use. *Compr Psychiatry.* 1992;33:173-179.
42. Griffiths P, Gossop M, Powis B, Strang J. Transitions in patterns of heroin administration: a study of heroin chasers and heroin injectors. *Addiction.* 1994;89:301-309.
43. Strang J, Griffiths P, Powis B, Gossop M. Heroin chasers and heroin injectors: differences observed in a community sample in London, UK. *Am J Addict.* 1999;8:148-160.
44. Lai S, Chen J, Celentano D, Page JB, Lai H, Yang J, et al. Adoption of injection practices in heroin users in Guangxi province, China. *J Psychoactive Drugs.* 2000;32:285-292.

45. 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(1):92-105.
46. 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.
47. Miller M, Paone D. Social network characteristics as mediators in the relationship between sexual abuse and HIV risk. *Soc Sci Med*. 1998;47:765-777.
48. Miller M. A model to explain the relationship between sexual abuse and HIV risk among women. *AIDS Care*. 1999;11:3-20.
49. 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.
50. Des Jarlais DC, Casriel C, Friedman SR, Rosenblum A. AIDS and the transition to illicit drug injection – results of a randomized trial prevention program. *Br J Addict*. 1992;87:493-498.
51. Griffiths P, Gossop M, Powis B, Strang J. Extent and nature of transitions of route among heroin addicts in treatment – preliminary data from the Drug Transitions Study. *Br J Addict*. 1992; 87:485-491.
52. Van Ameijden EJC, Van den Hoek JA, Hartgers C, Coutinho RA. Risk factors for the transition from noninjection to injection drug use and accompanying AIDS risk behavior in a cohort of drug users. *Am J Epidemiol*. 1994;139(12):1153-1163.
53. Darke S, Cohen J, Ross J, Hando J, Hall W. Transitions between routes of administration of regular amphetamine users. *Addiction*. 1994;89:1077-1083.
54. Strang J, Griffiths P, Powis B, Abbey J, Gossop M. How constant is an individual's route of heroing administration? Data from treatment and non-treatment samples. *Drug Alcohol Depend*. 1997;46:115-118.
55. Neaigus A, Miller M, Friedman SR, Hagen DL, Sifaneck SJ, Ildefonso G, et al. Potential risk factors for the transition to injecting among non-injecting heroin users: a comparison of former injectors and never injectors. *Addiction*. 2001;96:847-860.

56. Loslier J. La consommation de drogues par injection : situation, enjeux et stratégies d'action. Dans : Présentation aux résidents – UMF Charles-Lemoyne; 26 novembre 2008; Longueuil (Qc); 2008. 33p.
57. De la Fuente L, Barrio G, Royuela L, Bravo MF et The Spanish group for the study of the route of heroin administration. The transition from injecting to smoking heroin in three Spanish cities. *Addiction*. 1997;92:1749-1763.
58. Gamella JF. The spread of intravenous drug use and AIDS in a neighborhood in Spain. *Med Anthropol Q*. 1994;8:31-160.
59. Friedman SR. Going beyond education to mobilising subcultural change. *Int J Drug Policy*. 1993;4:91-95.
60. Des Jarlais DC, Friedman SR, Friedmann P. HIV/AIDS related behavior change among injecting drug users in different national settings. *AIDS*. 1995;9:611-617.
61. Inciardi JA, Harrison LD, rédacteurs, collectif. *Heroin in the Age of Crack-cocaine. Séries Drugs, Health and Social Policy*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.; 1998. 312p.
62. 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;32:655-669.
63. Stillwell G, Hunt N, Taylor C, Griffiths P. The modelling of injecting behaviour and initiation into injecting. *Addiction Research*. 1999;7:447-459.
64. Rothon DA, Strathdee SA, Cook D, Cornelisse PGA. Determinants of HIV-related high risk behaviours among young offenders: a window of opportunity. *Can J Pub Health*. 1997;88:14-17.
65. Sotheran JL, Goldsmith DS, Blasco M, Friedman SR. Heroin sniffing as self-regulation among injecting and non-injecting heroin users. *J Drug Issues*. 1999;29:401-422.
66. Swift W, Maher L, Sunjic S. Transitions between routes of heroin administration: a study of Caucasian and Indochinese heroin users in south-western Sydney, Australia. *Addiction*. 1999;94:71-82.
67. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies [En ligne]. Ottawa : CCLT; 2005. [Modifié en 2005; cité le 8 septembre 2013]. FAQ sur les programmes d'échange de seringues; [environ 20 écrans] Disponible : <http://www.ccsa.ca/2004%20CCSA%20Documents/ccsa-010054-2004.pdf>

68. Single E. A Socio-demographic Profile of Drug Users in Canada. Ottawa: HIV/AIDS Prevention and Community Action Programs of Health Canada; 2000. 56p.
69. Brisson P, rédacteur [En ligne]. Québec : INSPQ, Gouvernement du Québec; 2011. [Modifié le 4 octobre 2011; cité le 8 septembre 2013]. Les personnes qui utilisent des drogues par injection (UDI), Informations complémentaires; [environ 3 écrans] Disponible : <http://www.espaceitss.ca/7-fiches-thematiques/les-personnes-qui-utilisent-des-drogues-par-injection-udi-.html?pageEnCours=2>
70. Remis R, Leclerc P, Routledge R, Taylor C, Bruneau J, Beauchemin J, et al. Consortium to characterize injection drug users in Canada (Montreal, Toronto and Vancouver) – Final report. Toronto: Department of Public Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Toronto; 1998.
71. Leclerc P, Fall A, Morissette C. Estimation de la taille et caractérisation de la population utilisatrice de drogues par injection à Montréal. Montréal : Agence de la santé et des services de Montréal; 2013. 58p.
72. Centers for Disease Control and Prevention. Viral Hepatitis and Injection Drug Users. Atlanta (GA): CDC; 2002. 6p.
73. Centre de réhabilitation et de désintoxication Narconon Trois-Rivières [En ligne]. Trois-Rivières : Toxicomanie.org [Modifié le 8 novembre 2011; cité le 8 septembre 2013]. Les risques liés à l'injection de drogues; [environ 3 écrans]. Disponible : http://www.toxicomanie.org/publication-risque_injection_drogue.html
74. Coughlin PA, Mavor AID. Arterial Consequences of Recreational Drug Use. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2006;32:389-396.
75. Direction de santé publique de Montréal [En ligne]. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux [Modifié le 21 juin 2013; cité le 8 septembre 2013]. Services d'injection supervisée à Montréal: le Directeur de santé publique recommande d'aller de l'avant; [Environ 2 écrans]. Disponible : <http://agence.santemontreal.qc.ca/detail/article/services-dinjection-supervisee-a-montreal-le-directeur-de-sante-publique-recommande-daller-de/>
76. CAMH et Centre de santé St-Joseph [En ligne]. Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale [Modifié en 2010, cité le 8 septembre 2013]. Pourquoi certaines drogues entraînent-elles une dépendance plus forte que d'autres?; [Environ 2 écrans]. Disponible : http://knowledgex.camh.net/fr/primary_care/addiction_toolkit/fundamentals/Pages/faq_drugs_more_addicting.aspx

77. Green T, Hankins C, Palmer D, Boivin JF, Platt R. Ascertaining the Need for a Supervised Injecting Facility (SIF): The Burden of Public Injecting in Montreal, Canada. *J Drug Issues*. 2003;33:713-732.
78. Lloyd C. The stigmatization of problem drug users: A narrative literature review. *Drugs Edu Prev Pol*. 2013;20(2):85-95.
79. Wodak A. Lessons From the First International Review of the Evidence for Needle Syringe Programs: The Band Still Plays On. *Subst Use Misuse*. 2006;41:837-839.
80. Brisson P. L'approche de réduction des méfaits: sources, situations, pratiques. Québec : Comité permanente de lutte à la toxicomanie, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec; 1997. 127p.
81. Elliott R. Contrôle de la drogue, droits humains et réduction des méfaits à l'ère du sida. *Revue VIH/SIDA, droit et politiques*. 2004;9(3):93-98.
82. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies [En ligne]. Ottawa : CCLT; 2008. [Modifié le 26 mai 2011; cité le 8 septembre 2013]. Exposé général sur la réduction des méfaits; [environ 2 écrans] Disponible : <http://www.ccsa.ca/Fra/Topics/HarmReduction/Pages/HarmReductionOverview.aspx>
83. Wood E, Tyndall MW, Spittal PM, Li K, Anis AH, Hogg RS, et al. Impact of supply-side policies for control of illicit drugs in the face of the AIDS and overdose epidemics: investigation of a massive heroin seizure. *CMAJ*. 2003;168(2):165-169.
84. Bayoumi AM, Zaric GS. The cost-effectiveness of Vancouver's supervised injection facility. *CMAJ*. 2008;179(11):1143-1151.
85. Rhodes T, Kimber J, Small W, Fitzgerald J, Kerr T, Hickman M, et al. Public injecting and the need for 'safer environment interventions' in the reduction of drug-related harm. *Addiction*. 2006;101:1384-1393.
86. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011. Québec : Gouvernement du Québec; 2006. 74p.
87. Palmateer N, Kimber J, Hickman M, Hutchinson S, Rhodes T, Goldberg D. Evidence for the effectiveness of sterile injecting equipment provision in preventing hepatitis C and human immunodeficiency virus transmission among injecting drug users: a review of reviews. *Addiction*. 2010;105(5):844-859.

88. Lecavalier C. Épidémie de surdose à Montréal – Des médicaments légaux pointés du doigt. Réseau d'aide pour personnes utilisant des opioïdes au Québec, Agence QMI [En ligne]. 10 février 2012 [cité le 8 septembre 2013]: [environ 2p.]. Disponible : <http://www.rapdoq.org/2012/02/epidemie-de-surdose-a-montreal/>
89. Agence de Montréal. Surdoses liées à la consommation de drogues de rue, La Direction de santé publique de Montréal fait le point sur la situation. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal [En ligne]. 3 juillet 2014 [cité le 15 juillet 2014] : [environ 1 page]. Disponible : <http://agence.santemontreal.qc.ca/detail/article/surdoses-liees-a-la-consommation-de-drogues-de-rue/>
90. Wodak A, Cooney A. Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. (Evidence for action technical papers). Genève: World Health Organization; 2004. 61p.
91. Wood E, Kerr T, Montaner JS, Strathdee SA, Wodak A, Hankins CA, et al. Rationale for evaluating North America's first medically supervised safer-injecting facility. *Lancet Infect Dis.* 2004;4:301-306.
92. Wood E, Tyndall MW, Stoltz JA, Small W, Lloyd-Smith E, Zhang R, et al. Factors Associated with Syringe Sharing Among Users of a Medically Supervised Safer Injecting Facility. *Am J Infectious Dis.* 2005;1(1):50-54.
93. Tyndall MW, Kerr T, Zhang R, King E, Montaner JG, Wood E. Attendance, drug use patterns, and referrals made from North America's first supervised injection facility. *Drug Alcohol Depend.* 2006;83(3):193-198.
94. DeBeck K, Kerr T, Bird L, Zhang R, Marsh D, Tyndall M, et al. Injection drug use cessation and use of North America's first medically supervised safer injecting facility. *Drug Alcohol Depend.* 2010;113(2-3):172-176.
95. Wood E, Tyndall MW, Zhang R, Montaner JSG, Kerr T. Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users. *Addiction.* 2007;102:916-919.
96. Ogborne A, Larke B, Plecas D, Waller I, Rehm J. INSITE de Vancouver et autres sites d'injection supervisés: Observations tirées de la recherche. Ottawa:Gouvernement du Canada;1^{er} mars 2008. Rapport final du Comité consultatif d'experts sur la recherche sur les sites d'injection supervisés. Rapport préparé pour l'honorable Tony Clement, Ministre de la Santé, Gouvernement du Canada.

97. DeBeck K, Wood E, Zhang R, Tyndall M, Montaner J, Kerr T. Police and public health partnerships: Evidence from the evaluation of Vancouver's supervised injection facility. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2008;3:11-15.
98. Davies G. A Critical Evaluation of the Effects of Safe Injection Facilities. *J Global Drug Policy Prac* [En ligne]. 2007 [cité le 8 septembre 2013];1(3): [environ 11p.]. Disponible : <http://www.globaldrugpolicy.org/Issues/Vol%201%20Issue%203/A%20Critical%20Evaluation.pdf>
99. Wood E, Tyndall MW, Montaner JS, Kerr T. Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injecting facility. *CMAJ*. 2006;175(11):1399-1404
100. Kerr T, Stoltz JA, Tyndall M, Li K, Zhang R, Montaner J, et al. Impact of a medically supervised safer injection facility on community drug use patterns: a before and after study. *BMJ*. 2006;332:220-222.
101. Kerr T, Tyndall MW, Zhang R, Lai C, Montaner JSG, Wood E. Circumstances of First Injection Among Illicit Drug Users Accessing a Medically Supervised Safer Injection Facility. *AJPH*. 2007;97(7):1228-1230.
102. Wood E, Tyndall MW, Lai C, Montaner JSG, Kerr T. Impact of a medically supervised safer injecting facility on drug dealing and other drug-related crime. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2006;1:13-16.
103. Noël L, Gagnon F, Bédard A, Dubé E. Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée, Analyse critique de la littérature. Québec : Institut national de santé publique du Québec; juin 2009. 103p.
104. Callahan D, Jennings B. Ethics and Public Health: Forging a Strong Relationship. *AJPH*. 2002;92(2):169-176.
105. Daoust-Boisvert A. Sites d'injection supervisée : Ottawa resserre les règles. *Le Devoir* [En ligne]. 7 juin 2013 [cité le 8 septembre 2013]: [environ 3 pages]. Disponible : <http://www.ledevoir.com/politique/canada/380171/sites-d-injection-supervisee-ottawa-resserre-les-regles>
106. Chappard P, Couteron JP. Salle de shoot : les salles d'injection supervisée à l'heure du débat français. Paris : Éditions La Découverte;2013. 201p.
107. Loi réglementant certaines drogues et autres substances, L.C. 1996, ch. 19 (6 novembre 2012).

108. Santé Canada [En ligne]. Ottawa : Gouvernement du Canada; [modifié le 27 septembre 2007; cité le 8 septembre 2013]. Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées; [environ 4 écrans]. Disponible : <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/hecs-dgsesc/dscsp-psasc/index-fra.php>
109. Canada (Procureur général) c. PHS Community Services Society, 2011 CSC 44, [2011] 3 R.C.S. 134 (30 septembre 2011).
110. Loi modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, C-65, Chambre des communes du Canada, Première session, quarante-et-unième législature, 60-61-62 Elizabeth II, 2011-2012-2013. (6 juin 2013).
111. McKeown (Medical Officer of Health, Toronto). Supervised Injection Services in Toronto. Toronto: Staff Report; 21 juin 2013.
112. Projet de loi C-2 : Loi réglementant certaines drogues et autres substances, Chambre des communes du Canada, Deuxième session, quarante-et-unième législature, 62 Elizabeth II, 2013. (17 octobre 2014)
113. Noël L, Gagnon D, Cloutier R. Statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des hépatites B et C auprès des personnes utilisatrices de drogues par injection au Québec – avril 2011 à mars 2012. Québec : Institut national de santé publique du Québec; 2012.
114. Noël L, Allard PR, Cloutier R. Liste officielle des centres d'accès au matériel d'injection au Québec (distribution et vente) - 2008-2009. Québec : Institut national de santé publique du Québec et Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2009.
115. Jozaghi E. Science versus politics: The need for supervised injection facilities in Montreal, Canada. *IJDP*. 2013;23:420-421.
116. Direction de la protection de la santé publique. Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine et le sida, l'infection par le virus de l'hépatite C et les infections transmissibles sexuellement, Orientations 2003-2009. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 2004. 54p.
117. Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme national de santé publique 2003-2012. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 2003. 126p.

118. Direction du développement des individus et de l'environnement social du ministère de la Santé et des Services sociaux et Institut national de santé publique du Québec. Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 2010. 76p.
119. Association des médecins spécialistes en santé communautaire du Québec. Réitération de notre position sur les services d'injection supervisée. Montréal; 4 octobre 2011. 2p.
120. Lessard R, Valiquette L, et al. Rapport du directeur de santé publique. Joindre plus Dépister plus Traiter plus. Montréal : Direction de santé publique de Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; 2010. 41p.
121. Lessard R. et al. Plan régional de santé publique 2010-2015. Garder notre monde en santé. Montréal : Direction de santé publique de Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; 2011. 72p.
122. Goyer ME (Département de Médecine Sociale et Préventive, Faculté de médecine, Université de Montréal). La supervision de l'injection de drogues en tant que pratique d'intervention : Qu'est-ce? Qui? Comment? Rapport de stage non publié. Avril 2012. 61p.
123. Sauvé J. et al. Rapport de la directrice de santé publique. Inversons la tendance : Direction de santé publique de la Montérégie, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie; 2010. 36p.
124. Institut de la santé publique du Québec. Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogues par injection. Dans : SurvUDI – Montérégie, Données au 31 mars 2011; 27 septembre 2012. 24p.
125. Direction de santé publique de la Montérégie. Programme d'échange de seringues (PES) 2013. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie; 2013. 9p.
126. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. L'évaluation : concepts et méthodes. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal; janvier 2009. 304 p.
127. Pineault R, Daveluy C. La planification de la santé : Concepts, méthodes, stratégies. Montréal : Éditions Nouvelles; avril 1995. 480p.
128. Chen HT. Practical Program Evaluation: Assessing and Improving Planning, Implementation, and Effectiveness. Montclair (NJ): SAGE Publications Inc.; 2005. 292p.

129. Yin RK. Case Study Research. Beverly Hills,CA : Sage publications;1984. 160p.
130. Lincoln YS, Guba EG. Establishing trustworthiness. Dans Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic Inquiry. Newbury Park, CA: SAGE; 1985. p. 289-331.
131. Moss R, Munt B. Injection drug use and right sided endocarditis. Heart. 2003; 89:577-581.
132. Collège des médecins du Québec[En ligne]. [modifié le 21 août 2008; cité le 26 mai 2014]. La buprénorphine dans le traitement de la dépendance aux opioïdes; [environ 1 écran]. Disponible : <http://www.cmq.org/fr/MedecinsMembres/Profil/Commun/Nouvelles/2008/2008-08-21.aspx>
133. Noël L, Laforest J, Allard PR. Usage de drogues par injection et interventions visant à réduire la transmission du VIH et du VHC – Revue systématique de la littérature et validation empirique. Québec : Institut national de santé publique du Québec; 2007. 172p.
134. Palmateer N, Hutchinson S, McAllister G, Munro A, Cameron S, Goldberg D, et al. Risk of Transmission Associated With Sharing Drug Injecting Paraphernalia. J Viral Hepat. 2014;21(1):25-32.
135. Lloyd-Smith E, Wood E, Li K, Montaner JSG, Kerr T. Incidence and determinants of initiation into cocaine injection and correlates of frequent cocaine injectors. Drug Alcohol Depend. 2009; 99(1-3): 176–182.
136. Remis R. Modélisation de l’incidence et de la prévalence de l’hépatite C et de ses séquelles au Canada, 2007. Rapport final. Agence de la santé publique du Canada. 2007.
137. Agence de la santé publique du Canada. L’hépatite C au Canada : Rapport de surveillance de 2005-2010. Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada; 2011.
138. Challacombe L, Ollner A, Rogers T, Smith T, Taylor D, Wilton J. Le VIH au Canada : Tendances et enjeux qui affectent la prévention du VIH, les soins, le traitement et le soutien. Toronto : CATIE; 2010. 95p.
139. Roy S, Hurtubise R, Rozier M. Itinérance en Montérégie. Comprendre le phénomène et identifier les besoins. Montréal : Collectif de recherche sur l’itinérance, la pauvreté et l’exclusion sociale; 2003. 171p.

140. Gouvernement du Québec. Vers une meilleure cohérence des interventions en matière de santé et de sécurité publiques auprès des personnes utilisatrices de drogues par injection. Guide de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang à l'intention des services policiers, des groupes communautaires et des établissements de santé et de services sociaux. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, ministère de la Sécurité publique; 2014. 98 p
141. Noël L, Gagné D, Gagnon F, Lambert R, Bouchard LM, Bruneau S. Partenariat entre les services de police et les programmes d'échange de seringues : les enjeux de l'action intersectorielle. Québec : Institut national de santé publique du Québec; 2013. 151p.
142. Bouthillier L, Filiatrault F. Exploration du phénomène de stigmatisation au regard des activités de surveillance de l'état de santé de la population. Document d'information. Québec : Direction générale de santé publique du Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2003. 12p.
143. Janelle F, Dao HH. Services en lien avec le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Portrait régional. Longueuil: Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie; 2014. 29p.
144. Laperrière H, Lévesque PA, Billette I, Perreault M, VanCaloen B, Morissette C. Évaluation des pratiques de prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues par injection (UDI) à Spectre de rue. Montréal : Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre; 2004. 132p.
145. Desrosiers P. Les services de réinsertion sociale. Guide de pratique et offre de services de base. Montréal : Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec; 2012. 53p.
146. Centre de recherche et d'aide pour narcomanes. La dépendance aux opioïdes : Portrait des traitements de substitution au Québec. Montréal : CRAN; 2011. 72p.
147. Arruda N, Leclerc P, Morissette C. Réflexions sur l'amélioration de l'accessibilité au matériel stérile d'injection à Montréal. Montréal : Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; 2009. 86p.
148. Salvalaggio G, McKim R, Taylor M, Wild TC. Patient–Provider Rapport in the Health Care of People Who Inject Drugs. *Family Medicine*. 2010;42(Suppl2).
149. Byrne SK. Healthcare Avoidance. A Critical Review. *Holist Nurs Pract*. 2008;22(5):280-292.

150. Olshansky E. The Use of Community-Based Participatory Research to Understand and Work with Vulnerable Populations. Dans: deChesnay M, Anderson BA, rédacteurs. *The Use of Community-Based Participatory Research to Understand and Work with Vulnerable Populations*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers; 2008. 269-275
151. Lianping T, Kerr T, Wood E, Werb D, DeBeck K, Graham D, et al., rédacteurs. *Drug Situation in Vancouver*. 2^e éd. [En ligne] Vancouver: Urban Health Research Initiative of the British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS; 2013 [cité le 11 juillet 2014]. Disponible: http://www.cfenet.ubc.ca/sites/default/files/uploads/news/releases/war_on_drugs_failing_to_limit_drug_use.pdf
152. Canadian HIV/AIDS Legal Network. *Injection drug use and HIV/AIDS: The facts*. Toronto; 2005.
153. Leclerc P, Morissette C, Tremblay C, Roy É. *Le volet montréalais du Réseau SurvUDI. Volume 3 – Données au 31 mars 2011*. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; 2013. 46p.
154. Gagnon M. *L'intervention psychosociale auprès des toxicomanes porteurs du VHC*. [En ligne] Québec : Point de Repères; 2006 [cité le 21 juillet 2014]. 19p. Disponible : <http://www.levirage.qc.ca/services.php>
155. Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *BJP*. 2007;190:192-193.
156. Leclerc P, Morissette C, Panic M, Fall A. Planning phases of SIS in Montréal: Documenting the health needs of injection drug users (IDUs). *Can J Infect Dis Med Microbiol* [En ligne]. 2013 [cité le 8 septembre 2013]; 24: [environ 1p.] Disponible: <http://www.cahr-acrv.ca/content/uploads/2012/10/CAHR-2013-Abstract-Book-FINAL.pdf>
157. FocusGroupTips.com [En ligne]. Westport, CT : FocusGroupTips.com; c2009-2012 [cité le 8 septembre 2013]. *What is Bias in Qualitative Research?*; [environ 6 écrans]. Disponible : <http://www.focusgrouptips.com/qualitative-research.html>
158. Norris N. Error, Bias and Validity in Qualitative Research. *Educational Action Research*. 1997;5(1):172-176.
159. American Psychiatric Association. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé*. Paris : Elsevier Masson; 2003. 1120p.

160. Leclerc P, Morissette C, Roy E. Le volet montréalais du Réseau SurvUDI, Volume 2 – Données au 30 juin 2008. Montréal : Direction de santé publique de Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; 2010. 40p.
161. Loi sur la santé publique, chapitre S-2.2. (1^{er} septembre 2013).
162. Règlement d'application de la Loi sur la santé publique, chapitre S-2.2, r.1. (1^{er} septembre 2013).
163. Direction de santé publique de la Montérégie. Maladies à déclaration obligatoire (MADO) en Montérégie – Annexe 2011. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie; août 2012. 48p.
164. Institut national de santé publique [En ligne]. Québec : INSPQ, Gouvernement du Québec; c2001-2003 [cité le 8 septembre 2013]. Disponible : <http://www.espaceitss.ca/10-comites-et-ressources-programme-quebecois-de-surveillance-de-l-infection-par-le-vih.html?pageEnCours=1>
165. Explorateur CIM 10 (+PMSI) [En ligne]. Suisse : Université de Neuchâtel [cité le 8 septembre 2013]. Disponible : <http://taurus.unine.ch/icd10>
166. Institut canadien d'information sur la santé [En ligne]. Ottawa : ICIS; 1996-2014 [cité le 8 septembre 2013]. Disponible : http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/fr/document/standards+and+data+submission/standards/classification+and+coding/codingclass_icd10
167. Bureau du coroner [En ligne]. Québec : Gouvernement du Québec; 2007 [cité le 8 septembre 2013]. Disponible: http://www.coroner.gouv.qc.ca/index.php?id=etudes_statistiques

ANNEXES

Annexe I – Critères diagnostiques en lien avec la consommation de substances

Dans la quatrième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV), une distinction était faite entre l'abus et la dépendance à certaines substances. Un *abus* pouvait être diagnostiqué si, pour une période continue de 12 mois, l'un des critères suivants était présent chez le consommateur :

- utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école, ou à la maison;
- utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux;
- problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance;
- utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.

Toujours selon le DSM-IV, une *dépendance* à une substance pouvait être diagnostiquée si au moins trois des critères suivants étaient présents sur une période continue de 12 mois chez le consommateur :

- tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - o besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré;
 - o effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance;
- sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - o syndrome de sevrage caractéristique de la substance;
 - o la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage;
- substance souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu;
- désir persistant, ou efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance;
- beaucoup de temps passé à des activités servant à obtenir la substance;
- activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance;
- utilisation de la substance poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance. (159)

Dans la cinquième version de cet ouvrage de référence (DSM-V) publiée le 18 mai 2013, les diagnostics d'abus et de dépendance à une substance ont été regroupés en un, soit le diagnostic de *trouble d'utilisation de substance*. Les critères d'abus et de dépendance ont été combinés, à l'exception de celui concernant les problèmes judiciaires récurrents, qui fut retiré par manque d'uniformité au niveau international. Un nouveau critère a également été ajouté, soit celui qu'un fort désir ou besoin (*craving*) d'utiliser la substance soit ressenti. Selon le nombre de critères présents, la sévérité du trouble est définie comme étant légère (2-3), modérée (4-5) ou sévère (6 ou plus). Le seuil diagnostique est donc établi à un minimum de deux critères. (31)

Annexe II – Résumé des *Balises pour les établissements de santé et de services sociaux et les organismes communautaires désirant offrir des services d'injection supervisée aux personnes qui font usage de drogues par injection*

Dans le but de guider les promoteurs locaux (CSSS, les CRD et organismes communautaires) qui désirent mettre sur pied une offre de SIS, le MSSS a établi des balises. (22) Celles-ci constituent des thèmes qui doivent être décrits substantiellement quant au contexte du milieu où l'implantation serait réalisée :

1. Caractéristiques locales qui déterminent les besoins
2. Description de l'organisation de la gamme de services auxquels s'ajoutent les services d'injection supervisée
3. Démonstration du fait que le service d'injection supervisée respecte les principes nationaux de réduction des méfaits liés à l'usage de drogues
4. Lien avec la communauté
5. Sécurité publique
6. Outils de suivi et d'information destinés aux usagers
7. Structure réglementaire et ressources humaines
8. Soins et services offerts
9. Mesures visant la gestion des déchets biomédicaux
10. Gouvernance et pérennité
11. Surveillance et évaluation

Une fois ces aspects documentés, les promoteurs locaux doivent soumettre leur projet à l'Agence de Santé et de Services sociaux (ASSS) de leur territoire, qui acheminera ensuite la demande au MSSS. Lorsque l'approbation du MSSS est obtenue, ces promoteurs locaux pourront alors faire une requête à Santé Canada pour obtenir une exemption à la Loi réglementant certaines drogues et autres substances. (107)

Annexe III – Résumés méthodologiques des sources de données utilisées

Banque SurvUDI

Mis en fonction en 1995, le réseau SurvUDI offre un portrait annuel de la population UDI dans 8 régions du Québec, de même que dans la ville d'Ottawa. Il est également jumelé depuis 2003 au réseau canadien I-Track, qui assure la collecte de données auprès des UDI dans plusieurs provinces du Canada. Les critères d'inclusion définissant l'échantillon sont les suivants:

- avoir fait usage de drogues par injection à des fins non thérapeutiques dans les 6 mois précédant la participation au sondage du réseau SurvUDI;
- être âgé d'au moins 14 ans;
- comprendre le français ou l'anglais;
- être en mesure de fournir un consentement éclairé.

La méthode d'échantillonnage de la banque de données en est une de convenance, puisque les UDI participant aux sondages sont recrutés dans différents établissements (CSSS, organismes spécialisés en toxicomanie, centres jeunesse) ou via certains individus (travailleurs de rue, infirmières). De plus, des affiches sont posées dans des endroits stratégiques. À Montréal, des annonces sont également publiées dans «L'injecteur», un journal réalisé par et pour les UDI. Une compensation financière de 10\$ est remise à chaque UDI participant à un entretien afin de colliger les données de la banque. Des entrevues individuelles dirigées sont menées auprès des UDI afin de remplir des questionnaires. Des échantillons de sang et de salive sont également obtenus pour vérifier les statuts de séropositivité au VIH et au VHC, respectivement. Un même UDI peut participer plusieurs fois aux sondages, à une fréquence maximale d'une fois par six mois. (124, 160) Dans le cadre de ce projet de recherche, nous avons utilisé les données disponibles pour la Montérégie et pour Montréal, de même que pour l'ensemble du Québec, incluant ces deux régions. Nous avons sélectionné tous les questionnaires complétés entre le 1^{er} mars 2004 et le 31 mars 2013. Avant cette période, le questionnaire a été modifié plusieurs fois, les ajouts les plus importants ayant été faits en 2003. Pour les analyses, nous avons retenu uniquement le questionnaire le plus récent afin que chaque participant ne compte qu'une seule fois. Ainsi, nos observations étaient indépendantes. Il est à noter que, pour l'ensemble des tests statistiques effectués avec ces données, les régions de Montréal et de la Montérégie ont été exclues du réseau lorsque comparées avec la région de la Montérégie. Ainsi, les deux groupes de comparaison étaient indépendants et l'importante contribution de Montréal au réseau n'influçait pas exagérément la comparaison faite entre la Montérégie et le reste du Québec. Cette manipulation nécessaire a été mentionnée à chaque fois lors de la présentation desdits résultats de tests statistiques.

MADO

Cette banque de données fait état des maladies à déclaration obligatoire (MADO) documentées par un système de surveillance établi à l'échelle provinciale. Selon l'article 82 de la Loi sur la Santé Publique, les médecins et les dirigeants de laboratoires de départements de biologie médicale doivent déclarer ces maladies (161), qui sont enregistrées dans un registre

central. De plus, selon l'article 2 du règlement d'application de cette Loi (162), les critères suivants doivent être respectés pour qu'une maladie, une infection ou une intoxication puisse avoir le statut de MADO :

- représenter un risque de survenue d'autres cas si aucune mesure n'est prise pour la contrer;
- être médicalement reconnue comme une menace à la santé de la population;
- nécessiter une vigilance des autorités de santé publique ou la tenue d'une enquête épidémiologique;
- pouvoir être évitée par l'intervention des autorités de santé publique.

Le nom de la MADO, des informations personnelles sur la personne atteinte, la date de prélèvement si nécessaire et les coordonnées du médecin ou du laboratoire ayant fait la déclaration sont transmis. Cependant, les documents de synthèse rendus publics présentent les données de manière dépersonnalisée. (163) Dans le cadre de ce projet de recherche, nous avons extrait, en mars 2014, les données disponibles en Montérégie sur le VHC de 2003 à 2013 inclusivement.

Programme québécois de surveillance de l'infection par le VIH (PQSIVIH)

Cette banque de données a été créée en 2002 et a pour objectif la surveillance continue du VIH au sein de la population québécoise. L'enregistrement des cas d'infection par le VIH est fait par le Laboratoire de santé publique du Québec. Des informations sur les personnes infectées sont également recueillies au téléphone par un intervenant de santé publique, auprès des professionnels de la santé ayant prescrit le test diagnostique. Ces données sont colligées, dépersonnalisées, analysées et présentées dans un rapport annuel portant sur l'ensemble des régions québécoises. Les données spécifiques aux différentes régions sont également acheminées aux différentes DSP concernées. (164) Dans le cadre de ce projet de recherche, nous avons utilisé les données disponibles quant au nombre de cas déclarés et de nouveaux cas de VIH annuels en Montérégie et dans l'ensemble du Québec.

MED-ÉCHO

Cette banque est rendue disponible par le MSSS du Québec. Elle regroupe des données documentant les séjours hospitaliers, les diagnostics, les services, les soins intensifs et les interventions réalisés dans les centres hospitaliers du Québec où des soins généraux et spécialisés sont dispensés. La collecte de données a été effectuée à partir des codes de diagnostics de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision (165) et des codes d'intervention de la Classification canadienne des interventions en santé (CIM-10-CA). (166) Les données manipulées dans ce projet ne contenaient aucune information permettant d'identifier les individus concernés. De plus, les nombres présentés étaient assez importants pour éviter que l'identification d'individus ne soit possible. Dans le cadre de ce projet, nous présentons le nombre d'hospitalisations pour intoxication à divers psychotropes, pour surdoses (intoxications involontaire ou à intention non déterminée) de ces psychotropes et pour endocardites infectieuses (aiguës et subaiguës ou aiguës, sans précision), pour la région de la Montérégie, déclinant parfois ces données par RLS montérégien ou par

substance consommée. Les données les plus récentes incluent les années 2007 à 2012 inclusivement. Il est important de noter que ces données ne sont pas spécifiques aux drogues consommées par injection, mais servent tout de même à documenter l'ampleur des services hospitaliers nécessaires pour pallier certaines affectations secondaires à la consommation de substances psychoactives, dont celles injectées. Les données quant aux endocardites sont cependant plus spécifiques aux UDI. En effet l'hypothèse de fraction des endocardites affectant la population UDI par rapport à la population générale (83%) présentée dans la section des résultats provient d'une étude réalisée en 2003 dans un centre hospitalier universitaire tertiaire de Vancouver. Il s'agit d'une des seules proportions de ce genre identifiées dans la littérature scientifique publiée en contexte canadien. (131)

RAMQ

La Régie de l'assurance maladie du Québec collige diverses données sur l'ensemble de la population prenant part au régime d'assurance maladie et au régime public d'assurance médicaments. Les données quant aux personnes inscrites à des régimes d'assurance privée ne sont pas incluses. Les données disponibles sont dépersonnalisées. Dans le cadre de ce projet de recherche, nous avons utilisé la banque des services pharmaceutiques de la RAMQ, où nous avons cherché la fréquence de prescription de médicaments de substitution aux opiacés, soit la méthadone et la buprénorphine, en Montérégie. Nous avons également utilisé les données quant aux visites à l'urgence des centres hospitaliers montérégiens pour intoxication, pharmacodépendance et abus de drogues, de même que pour endocardites bactériennes (aiguës/subaiguës ou sans autre indication) parfois déclinées par RLS montérégien ou par substance psychoactive. Ces classifications ont été effectuées à partir des codes de diagnostics CIM-9, puisque ceux du CIM-10 n'étaient pas disponibles pour les visites à l'urgence. Les données les plus récentes disponibles couvraient les années 2005 à 2010 inclusivement. Les données reçues ne permettaient pas d'identifier les individus concernés et le nombre d'observations était assez important pour qu'une telle identification soit impossible. Tout comme pour les données de la banque MED-ÉCHO, il est important de noter que ces données ne sont pas spécifiques aux drogues consommées par injection, mais elles permettent tout de même de considérer le fardeau que peut avoir la consommation de substances psychoactives sur les soins du département d'urgences, incluant les substances injectées. Finalement, l'hypothèse de fraction des endocardites chez les UDI pour les données tirées de MED-ÉCHO a également été utilisée pour celles provenant de la RAMQ.

Bureau du coroner

Les données provenant du Bureau du coroner rassemblent diverses informations sur les décès ayant fait l'objet d'une investigation ou d'une enquête. Les rapports des coroners comportent, pour chaque décès, un numéro de dossier, le genre et l'âge du défunt, la date du décès, le code de diagnostic CIM-10-CA, la municipalité de résidence, de même que la municipalité et le type de lieu du décès. Ces rapports ont été dépersonnalisés avant que le coroner ne nous les envoie. Les rapports annexés ont également été consultés, une fois l'autorisation du coroner en chef obtenue. Ceux-ci permettaient d'identifier avec plus de détails les circonstances du décès. (167) Dans le cadre de ce projet de recherche, nous avons utilisé les

rapports des coroners identifiés via les codes de diagnostics correspondant aux intoxications accidentelles (codes X40-44) et à intention indéterminée (codes Y10-14) par différents psychotropes. Nous avons d'abord réalisé une sélection des cas via une recherche de racines lexicales visant à identifier les décès liés à la consommation de drogues par injection, soit *inject*, *intrav*, *sering*, *piq*, *ecchym*, *ponction*. Ensuite, nous avons révisé manuellement les rapports sélectionnés afin de corroborer ou d'infirmer le fait que l'injection de drogues avait causé le décès. Cette technique, utilisée par l'équipe d'experts responsable du projet d'implantation de SIS à Montréal (156), est la façon la plus précise à ce jour d'obtenir des informations sur le taux de décès par surdose au sein de la population UDI.

Registres des organismes œuvrant auprès des UDI

La récupération des seringues et du matériel d'injection usagés des UDI en Montérégie s'effectue principalement via les différents organismes communautaires en place. Dans le cadre de ce projet de recherche, nous avons identifié ceux situés dans les RLS sélectionnés pour le volet qualitatif (résultats, p.52) via l'APPR responsable du réseau SurvUDI en Montérégie et via le Regroupement de travail de proximité montérégien. Nous avons ensuite demandé aux coordonnateurs de ces organismes d'avoir accès aux registres documentant le nombre de seringues à la traîne pour les cinq dernières années où des données étaient disponibles. Les Centre d'Intervention-Jeunesse des Maskoutains (Saint-Hyacinthe) et Pacte de Rue (Salaberry-de-Valleyfield) nous ont fourni ces données pour les années d'activité de 2008 à 2013. Malheureusement, en raison de problèmes informatiques, l'organisme Macadam Sud (Longueuil) n'a pu mettre à notre disposition de telles données.

Annexe IV – Grille d’entrevue utilisée avec les participants UDI et ex-UDI

INTRODUCTION

- ❖ Accueil, présentation de l’intervieweur et du contexte de recherche, remerciements d’avoir accepté de participer à l’entrevue.
- ❖ Rappels au sujet du groupe de discussion :
 - Durée (environ 60 minutes)
 - Enregistrement de l’entrevue
 - Revue du formulaire de consentement
 - Signature du formulaire de consentement
- ❖ Rappel au sujet de l’objectif principal de ce volet du projet de recherche :
 - Analyser la pertinence d’implanter un SIS dans la région de la Montérégie
- ❖ Rappel au sujet des thèmes de discussion :
 - 1) Problématiques vécues par les UDI
 - 2) Capacité d’un SIS à répondre aux besoins des UDI et retombées
 - 3) Ressources actuelles et manquantes pour les UDI
 - 4) Faisabilité d’implanter un SIS dans la région

DÉBUT DE L’ENTRETIEN

(mettre en marche l’enregistreuse)

1. PROBLÉMATIQUES VÉCUES PAR LES UDI

1.1 **Quelles sont, selon vous, les problématiques les plus urgentes en lien avec la population UDI?**

- *Penser causes et problèmes :*
 - *Causes :*
 - *Injections non sécuritaires et/ou dans un contexte précaire*
 - *Faible utilisation des ressources pertinentes*
 - *Injections dans des lieux publics*
 - *Problèmes :*
 - *Haut taux de morbidité (VIH, VHC, autres infections, surdoses)*
 - *Haut taux de mortalité (VIH, VHC, surdoses)*
 - *Problèmes de santé mentale diagnostiqués*
 - *Vulnérabilité psychosociale*
 - *Absence de suivi médical et psychosocial*
 - *Perception de dangerosité de la communauté*

- *Matériel d'injection à la traîne*
- *Stigmatisation sociale*

(10 min.)

2. CAPACITÉ DU SIS À RÉPONDRE AUX BESOINS DES UDI ET RETOMBÉES

2.1 Explication du fonctionnement d'un SIS

Un SIS est un service qui est intégré à un lieu connu des UDI (organismes, CSSS), où ils peuvent s'injecter des drogues qu'ils auront obtenues par leurs propres moyens. À leur entrée, les UDI reçoivent du matériel d'injection stérile. Ensuite, ils vont dans un espace où ils s'injectent sous la supervision d'un infirmier ou d'une infirmière. Cette personne peut donner des soins si jamais des problèmes surgissent (surdose, infections, etc.). Après l'injection, les UDI passent à une salle de repos, où des intervenants ou des pairs aidants peuvent être présents. Les SIS regroupent également plusieurs ressources (désintoxication, aide psychologique, travail social, entre autres), pour que les UDI puissent les utiliser s'ils le veulent.

2.2 À quel point croyez-vous qu'un SIS aurait la capacité de répondre à ces problématiques?

2.3 Quels objectifs importants pourraient être atteints par un SIS?

2.4 Quelle(s) retombée(s) pourrait avoir un SIS sur votre vie?

- *Au besoin, relancer : santé physique, psychosociale, suivis, stigmatisation*

2.5 Quelle(s) retombée(s) pourrait avoir un SIS sur la communauté?

- *Au besoin, relancer : sécurité, matériel d'injection à la traîne*

(25 min.)

3. RESSOURCES ACTUELLES ET MANQUANTES

3.1 **À quel point les ressources disponibles dans la région (médicales, psychologiques, sociales, spécifiques aux dépendances, etc.) répondent-elles à vos besoins?**

- Si besoins semblent satisfaits, passer à la question 3.1.
- Sinon, passer à la prochaine question.

3.2 **Quels sont les manques quant aux ressources disponibles?**

3.3 **À quel point un SIS pourrait-il répondre à ces manques?**

(45 min.)

4. FAISABILITÉ DU SIS

4.1 **Comment réagiriez-vous à l'implantation d'un SIS?**

4.2 **Quels sont les motifs qui vous mèneraient à fréquenter ou non un SIS implanté dans la région?**

(60 min.)

FIN DE L'ENTRETIEN

Nous arrivons à la fin de l'entretien. Avez-vous quelque chose à ajouter?

Résumer rapidement les principaux éléments avancés pendant l'entretien.

Je vous remercie pour votre participation à ce groupe de discussion. Si vous avez des commentaires additionnels à me communiquer, je vous prie de me contacter par téléphone au 450-925-6777, poste 3131. Si vous êtes intéressés à recevoir les résultats du projet d'étude, vous aurez accès à des résumés de mes conclusions laissés à votre attention au CRD Le Virage. Une présentation des résultats à laquelle nous vous inviterons sera également organisée. Bonne fin de journée.

Annexe V – Grille d’entrevue utilisée avec les acteurs stratégiques œuvrant auprès des UDI

INTRODUCTION

- ❖ Accueil, présentation de l’intervieweur et du contexte de recherche, remerciements d’avoir accepté de participer à l’entrevue.
- ❖ Rappels au sujet du groupe de discussion :
 - Durée (environ 60 minutes)
 - Enregistrement de l’entretien
 - Questions sur les formulaires de consentement
 - Remise des formulaires de consentement signés
- ❖ Rappel au sujet de l’objectif principal de ce volet du projet de recherche :
 - Analyser la pertinence d’implanter un SIS dans la région de la Montérégie
- ❖ Rappel au sujet des thèmes de discussion :
 - 1) Problématiques vécues par les UDI
 - 2) Capacité d’un SIS à répondre aux besoins des UDI et retombées
 - 3) Ressources actuelles et manquantes pour les UDI
 - 4) Faisabilité d’implanter un SIS dans la région

DÉBUT DE L’ENTREVUE

(mettre en marche l’enregistreuse)

1. PROBLÉMATIQUES VÉCUES PAR LES UDI

1.2 **Quelles sont, selon vous, les problématiques les plus urgentes en lien avec la population UDI?**

- *Penser causes et problèmes :*
 - *Causes :*
 - *Injections non sécuritaires et/ou dans un contexte précaire*
 - *Faible utilisation des ressources pertinentes*
 - *Injections dans des lieux publics*
 - *Problèmes :*
 - *Haut taux de morbidité (VIH, VHC, autres infections, surdoses)*
 - *Haut taux de mortalité (VIH, VHC, surdoses)*
 - *Problèmes de santé mentale diagnostiqués*
 - *Vulnérabilité psychosociale*
 - *Absence de suivi médical et psychosocial*
 - *Perception de dangerosité de la communauté*

- *Matériel d'injection à la traîne*
- *Stigmatisation sociale*

(5 min)

2. CAPACITÉ DU SIS À RÉPONDRE AUX BESOINS DES UDI ET RETOMBÉES

2.1 Explication du fonctionnement d'un SIS

Un SIS est un service qui est intégré à un lieu connu des UDI (organismes, CSSS, etc.), où ils peuvent s'injecter des drogues qu'ils auront obtenues par leurs propres moyens. À leur entrée, les UDI reçoivent du matériel d'injection stérile. Ensuite, ils vont dans un espace où ils s'injectent sous la supervision d'un infirmier ou d'une infirmière. Cette personne peut donner des soins si jamais des problèmes surgissent (surdose, infections, etc.). Après l'injection, les UDI passent à une salle de repos, où des intervenants ou des pairs aidants peuvent être présents. Les SIS regroupent également plusieurs ressources (désintoxication, aide psychologique, travail social, etc.), pour que les UDI puissent les utiliser s'ils le veulent.

2.3 À quel point croyez-vous qu'un SIS aurait la capacité de répondre à ces problématiques?

2.4 Quels objectifs importants pourraient être atteints par un SIS?

- *Au besoin, relancer*
 - *des conditions d'injection à risque minimal pour la santé;*
 - *une offre de services adaptée aux besoins de la population UDI;*
 - *une accessibilité à un lieu spécifique pour l'injection.*

2.5 Selon vous, quelle(s) retombée(s) pourrait avoir un SIS sur la vie des UDI?

- *Au besoin, relancer : santé physique, psychosociale, suivis, stigmatisation*

2.6 Selon vous, quelle(s) retombée(s) pourrait avoir un SIS sur la communauté montérégienne?

- *Au besoin, relancer : sécurité, matériel d'injection à la traîne*

2.7 Selon vous, quelle(s) retombée(s) pourrait avoir un SIS sur votre pratique professionnelle?

- *Au besoin, relancer : changement dans les tâches*

(20 min.)

3. RESSOURCES ACTUELLES ET MANQUANTES

3.1 **À quel point les ressources disponibles actuellement en Montérégie (médicales, psychologiques, sociales, spécifiques aux dépendances, etc.) répondent-elles aux besoins des UDI?**

- Si besoins semblent satisfaits, passer à la question 4.1.
- Sinon, passer à la prochaine question.

3.2 **Quels sont les manques quant aux ressources disponibles?**

3.3 **À quel point un SIS pourrait-il apporter de telles ressources?**

(40 min.)

4. FAISABILITÉ DU SIS

4.1 **Comment réagiriez-vous à l'implantation d'un SIS?**

4.2 **Comment la population UDI de la région réagirait-elle à l'implantation d'un SIS?**

4.3 **Comment la communauté montréalaise réagirait-elle à l'implantation d'un SIS?**

4.4 **Quels seraient les obstacles majeurs que vous voyez à l'implantation d'un SIS en Montérégie?**

4.5 **Quels sont les éléments facilitateurs que vous voyez à l'implantation d'un SIS en Montérégie?**

- *Au besoin, relancer : faisabilité économique, éthique, légale, organisationnelle, politique, socioculturelle*

(60 min.)

FIN DE L'ENTREVUE

Nous arrivons à la fin de l'entretien. Avez-vous quelque chose à ajouter?

Résumer rapidement les principaux éléments avancés pendant l'entretien.

Je vous remercie pour votre participation à ce groupe de discussion. Si vous avez des commentaires additionnels à me communiquer, je vous prie de me contacter par courriel ou par téléphone aux coordonnées que je vous ai déjà fait parvenir. Je vous tiendrai informés des résultats du projet d'étude. Bonne fin de journée.

Annexe VI – Formulaire de consentement pour les UDI et ex-UDI (version française)

Université
de Montréal

Faculté de médecine
École de santé publique



Centre de santé et de services sociaux
Champlain—Charles-Le Moyne

Centre de recherche

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR LES USAGERS ET EX-USAGERS DE DROGUES PAR INJECTION

N° DE PROJET : MP-HCLM-13-036

**TITRE DU PROJET
DE RECHERCHE :** Évaluation du besoin et de la pertinence de l'implantation d'un
service d'injection supervisée en Montérégie

CHERCHEUR PRINCIPAL : Dr David-Martin Milot

**ÉTABLISSEMENT DE
RECHERCHE :** Direction de santé publique de la Montérégie

ADRESSE : 1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec) J4K 2M3

TÉLÉPHONE : 450-928-6777, poste 3131

INTRODUCTION

Vous êtes invité(e) à participer à une étude. Avant de prendre une décision, il est important que vous compreniez pourquoi cette étude est réalisée, comment les renseignements vous concernant seront utilisés, en quoi consisterait votre participation ainsi que les avantages, les risques et les malaises qu'elle pourrait entraîner. Veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent et lorsque vous serez bien renseigné(e) au sujet de l'étude et que nous aurons répondu à toutes vos questions, nous vous demanderons de signer ce formulaire de consentement si vous désirez participer à l'étude.

BUT DE L'ÉTUDE

L'étude à laquelle nous vous proposons de participer comporte deux parties. Votre participation ne sera requise que pour le second volet.

La première partie consiste à tracer un portrait de la population usagère de drogues par injection (UDI) en Montérégie. Plusieurs sources d'information ont été utilisées pour analyser les caractéristiques, la consommation, les comportements d'injection à risque et la santé des UDI. Les impacts de la consommation de drogues par injection sur l'ordre public ont aussi été décrits. Finalement, nous avons identifié les ressources disponibles pour la population UDI en Montérégie.

La seconde partie est celle où vous êtes invité(e) à participer. Nous voulons connaître votre position sur la pertinence d'un service d'injection supervisée (SIS) en Montérégie. Les SIS sont intégrés à des lieux déjà connus des UDI et leur permettent de s'injecter leur drogue devant un(e) infirmier(ère) qui peut les aider si des problèmes de santé apparaissent. Ce sont aussi des endroits où plusieurs ressources (désintoxication, aide psychologique, travail social) sont présentes, si les UDI veulent les utiliser. Nous organisons donc un groupe de discussion avec des UDI et des ex-UDI. Séparément, nous rencontrons aussi différents professionnels oeuvrant auprès des UDI pour connaître leur position quant à l'implantation d'un SIS. Une fois les groupes de discussion terminés, nous ferons ensuite un résumé des informations recueillies et nous en tirerons des conclusions qui seront partagées avec vous.

PROCÉDURES

Votre implication dans cette étude consiste en votre participation à un groupe de discussion d'environ 60 à 90 minutes avec le chercheur. Trois ou quatre autres UDI et ex-UDI participeront à cet entretien. Il s'agira de l'unique groupe de discussion avec UDI et ex-UDI dans le projet. Des groupes de discussion seront également réalisés auprès de certains professionnels. Ainsi, un groupe de discussion regroupera trois à cinq médecins offrant des traitements de substitution aux opiacés. Aussi, cinq autres groupes de discussion auront lieu dans autant de territoires de CSSS en Montérégie, chaque groupe étant composé d'un ou deux professionnels pour chacun des rôles suivants : infirmier(ère) de proximité, travailleur(euse) communautaire, représentant(e) d'un organisme public, représentant(e) d'un service de police. Ainsi, un total de sept groupes de discussion seront menés, avec un minimum de 27 participants. En ce qui vous concerne, dans le cadre de l'entretien, le chercheur vous posera des questions afin de connaître votre avis sur la pertinence d'un SIS en Montérégie. Si vous nous le permettez, la rencontre sera enregistrée en format audio.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS

Le principal inconvénient à votre participation dans cette étude est votre déplacement et le temps qui est nécessaire à l'entretien. Le chercheur fera tout ce qu'il peut pour que vous ne vous sentiez pas inconfortable pendant la rencontre. Si c'est le cas, faites-le-lui savoir et il s'adaptera pour que vous vous sentiez mieux. Aussi, vous êtes libre de refuser de répondre aux questions qui vous seront posées sans avoir à vous expliquer. Une ressource d'aide au CRD Le Virage de votre région, sera également disponible si vous en avez besoin.

BÉNÉFICES ET AVANTAGES

Grâce à votre participation à ce projet de recherche, nous espérons pouvoir améliorer les services offerts aux UDI en Montérégie. Le groupe de discussion vous permettra de partager vos idées quant aux SIS et donnera la chance au chercheur de mieux comprendre vos besoins. Votre aide nous sera très utile.

COÛTS/REMBOURSEMENT

Aucune compensation n'est prévue pour la participation à cette étude.

DIFFUSION DES RÉSULTATS

Vous aurez accès aux résultats de cette étude. Une fois celle-ci terminée, le chercheur vous fera parvenir un résumé d'environ une page des conclusions qu'il en a tirées. Vous pourrez aussi demander des résumés plus en détails (3 ou 20 pages). Nous vous aviserons si les résultats sont publiés dans des revues scientifiques. Vous pourrez aussi avoir accès au mémoire de maîtrise complet du chercheur sur Internet. Finalement, vous serez invité(e) à une présentation réalisée par le chercheur dans un CSSS près de vous.

INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit par la suite de toute procédure reliée à l'étude, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé, sans frais de votre part.

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou les institutions concernées de leurs responsabilités légales et professionnelles.

CONFIDENTIALITÉ

Votre identité et les informations vous concernant resteront strictement confidentielles. Seuls le chercheur et les personnes l'aidant à mettre le contenu audio des entretiens à l'écrit y auront accès. Tous ont signé un formulaire les obligeant à respecter votre confidentialité. Pendant l'analyse, les renseignements permettant de vous identifier seront codés pour que personne ne puisse vous identifier. En signant ce consentement, vous vous engagez à ne divulguer aucun détail des entretiens qui ont eu lieu au sein du groupe de discussion avec un tiers, afin de protéger la confidentialité des échanges et celle d'autrui. Si les résultats de cette recherche paraissent dans une publication scientifique ou si des citations sont extraites du groupe de discussion, votre anonymat sera préservé. Toutes les informations recueillies ne serviront qu'aux fins de ce projet.

Vous permettez que l'on recueille et conserve des données dans le cadre de cette étude, y compris des renseignements personnels tels votre nom, votre date de naissance, votre sexe, vos initiales et vos coordonnées. Ces informations seront tenues confidentielles. L'ensemble de ces informations et des données colligées dans le cadre de l'étude seront conservées pendant 7 ans par le chercheur ou l'établissement sur un serveur sécurisé de la Direction de santé publique de la Montérégie, en conformité avec les normes et les périodes prescrites par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, par Santé Canada et par l'Université de Montréal. Celles-ci seront ensuite détruites.

PARTICIPATION VOLONTAIRE/RETRAIT

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur ou à un membre de l'équipe de recherche.

Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur les soins qui vous seront fournis par la suite ou sur vos relations avec votre médecin et les autres intervenants.

Le chercheur peut décider de vous retirer de l'étude s'il juge que c'est dans votre intérêt, et ce, sans votre consentement.

PERSONNES À CONTACTER

Pour toute question concernant l'étude, vous pouvez communiquer avec le Dr David-Martin Milot, chercheur principal, au 450 928-6777, poste 3131.

Si vous désirez des renseignements supplémentaires concernant vos droits en tant que sujet participant à une étude ou en cas de dommage attribuable à la recherche, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche du CSSS Champlain—Charles-Le Moyne au 450 466-5000, poste 2564.

De plus, si vous avez des plaintes en tant que participant(e) à l'étude et désirez communiquer avec une tierce partie impartiale, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CSSS Champlain—Charles-Le Moyne au 450 466-5434. Dans un tel cas, le Comité d'éthique de la recherche du CSSS Champlain—Charles-Le Moyne avisera le Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal.

AUTORISATIONS SUPPLÉMENTAIRES

GRUPE DE DISCUSSION ENREGISTRE

- Oui, j'accepte** que le groupe de discussion auquel je participerai soit enregistré pour les fins de cette étude.

Signature du sujet

Nom (caractères d'imprimerie)

Date

- Non, je n'accepte pas** que le groupe de discussion auquel je participerai soit enregistré pour les fins de cette étude.

Signature du sujet

Nom (caractères d'imprimerie)

Date

ÉNONCÉ DU CONSENTEMENT

L'étude, son fonctionnement, les risques et les bénéfices de ma participation à cette étude et la confidentialité des informations que je fournirai m'ont été expliqués par le chercheur.

J'ai pu poser toutes les questions que j'avais sur l'étude et j'ai reçu des réponses de façon satisfaisante.

Je reconnais avoir eu le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans que cela ne nuise aux relations avec mon médecin et les autres intervenants et sans aucune autre conséquence négative.

Je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire de consentement.

Signature du sujet

Nom (caractères d'imprimerie)

Date

Signature du chercheur

Nom (caractères d'imprimerie)

Date

Annexe VII – Formulaire de consentement pour les acteurs stratégiques œuvrant auprès des UDI

Université
de Montréal

Faculté de médecine
École de santé publique



Centre de santé et de services sociaux
Champlain—Charles-Le Moyne

Centre de recherche

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR LES PROFESSIONNELS PARTICIPANT À L'ÉTUDE

N° DE PROJET : MP-HCLM-13-036

**TITRE DU PROJET
DE RECHERCHE :** Évaluation du besoin et de la pertinence de l'implantation d'un service d'injection supervisée en Montérégie

CHERCHEUR PRINCIPAL : Dr David-Martin Milot

**ÉTABLISSEMENT DE
RECHERCHE :** Direction de santé publique de la Montérégie

ADRESSE : 1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec) J4K 2M3

TÉLÉPHONE : 450-928-6777, poste 3131

INTRODUCTION

Vous êtes invité(e) à participer à une étude. Avant de prendre une décision, il est important que vous compreniez pourquoi cette étude est réalisée, comment les renseignements vous concernant seront utilisés, en quoi consisterait votre participation ainsi que les avantages, les risques et les malaises qu'elle pourrait entraîner. Veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent et lorsque vous serez bien renseigné(e) au sujet de l'étude et que nous aurons répondu à toutes vos questions, nous vous demanderons de signer le présent formulaire de consentement si vous désirez participer à l'étude.

BUT DE L'ÉTUDE

L'étude à laquelle nous vous proposons de participer comporte deux parties. Votre participation ne sera requise que pour le second volet.

La première partie consiste à tracer un portrait de la population usagère de drogues par injection (UDI) en Montérégie. Plusieurs banques de données ont été utilisées pour documenter les caractéristiques sociodémographiques, le profil de consommation, les comportements d'injection à risque, ainsi que la santé physique et la condition psychosociale de cette population. D'autres banques de données ont servi à connaître certains impacts de la consommation de drogues par injection sur l'ordre public. Finalement, une recension des ressources publiques, communautaires et privées a été réalisée pour prendre connaissance des services présentement en place pour venir en aide à la population UDI.

La seconde partie, à laquelle vous êtes convié(e) à participer, consiste à analyser la pertinence de la mise sur pied d'une offre de services d'injection supervisée (SIS) en Montérégie. Les SIS permettent aux UDI de s'injecter, sous la supervision d'un personnel infirmier, des drogues acquises préalablement. Les SIS servent aussi de centre de ressources pour cette population vulnérable. À cette fin, nous sollicitons des membres des populations UDI et ex-UDI montérégiennes à un groupe de discussion, de même que différents acteurs stratégiques impliqués auprès de celles-ci à des groupes de discussion distincts. De plus, nous avons ciblé cinq territoires de CSSS où un nombre substantiellement plus élevé de seringues et de trousses de matériel d'injection sont distribuées. Nous supposons donc que la population UDI est davantage concentrée dans ces secteurs, soit ceux des CSSS Champlain-Charles-LeMoyne, Haut-Richelieu-Rouville, Pierre-Boucher, Richelieu-Yamaska et du Suroît. Une synthèse des analyses des entretiens sera produite par le chercheur, permettant de tirer certaines conclusions quant à la pertinence d'une offre de services d'injection supervisée en Montérégie.

PROCÉDURES

Votre participation consiste à prendre part à un groupe de discussion (focus group) où seront présents, vous inclus, un ou deux professionnels ayant chacun des rôles suivants : infirmier(ère) de proximité, travailleur(euse) communautaire, représentant(e) d'un organisme public, représentant(e) d'un service de police. Un tel group de discussion sera formé dans chacun des cinq territoires de CSSS précédemment énumérés. De plus, un focus group sera composé de quatre ou cinq UDI et d'ex-UDI suivis en traitement de substitution aux opiacés au GMF UMF Charles LeMoyne. Finalement, un autre groupe de discussion rassemblera trois à cinq médecins réalisant de tels suivis à cette institution. Ainsi, un total de sept groupes de discussion seront menés, avec un minimum de 27 participants. En ce qui vous concerne, lors de l'entretien, il vous sera demandé de vous prononcer quant à la pertinence d'une offre de services d'injection supervisée en Montérégie. Une grille d'entrevue inspirée de cadres théoriques éprouvés en évaluation et pré-testée sera utilisée par le chercheur pour guider l'entretien. Vous serez libre de partager tout point de vue que vous croyez pertinent. L'entretien de 60 à 90 minutes sera enregistré en format audio avec votre permission.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS

L'inconvénient majeur de cette étude en ce qui vous concerne consiste en la période de temps que vous devrez consacrer au groupe de discussion. Une entente de collaboration a été signée avec votre établissement d'appartenance afin que vous puissiez être libéré(e) pour participer au groupe de discussion. Il n'y a pas de risque majeur d'inconfort associé à votre participation à cet entretien, bien que la thématique discutée puisse s'avérer délicate. Sachez que vous pourrez contacter le chercheur au besoin après l'entretien pour lui communiquer des informations que vous jugez importantes et que vous n'avez pu partager lors de la rencontre. Par contre, nous vous encourageons à les divulguer pendant l'entretien puisque cela favorisera un échange d'idées. Nous ne prévoyons pas d'inconvénients à moyen ou à long terme vous concernant.

BÉNÉFICES ET AVANTAGES

Plusieurs avantages pourraient résulter de votre participation au groupe de discussion. Lors de l'entretien, vous aurez l'occasion de partager votre expertise au profit d'une étude bénéficiant à la population auprès de laquelle vous travaillez. De plus, vous aurez accès aux résultats de

cette étude, soit le portrait de la population UDI montérégienne et la synthèse de l'analyse de pertinence à laquelle vous participez. Ces outils pourraient s'avérer utiles à votre pratique professionnelle. Finalement, si une amélioration des services pour la population UDI résulte ultimement de cette étude, vous en bénéficierez de par l'optimisation de l'efficacité des actions que vous poserez dans votre pratique.

COÛTS/REMBOURSEMENT

Aucune compensation n'est prévue pour la participation à cette étude.

DIFFUSION DES RÉSULTATS

Une fois les analyses finales achevées, les résultats seront présentés dans un résumé d'environ une page qui vous sera envoyé. Si vous le désirez, vous pourrez demander au chercheur qu'il vous fasse parvenir un résumé plus détaillé (3 ou 20 pages). De plus, nous vous aviserons des publications ou présentations où figureront ces résultats. Finalement, vous aurez accès au mémoire de maîtrise du chercheur sur Internet via Papyrus, le dépôt institutionnel de l'Université de Montréal ou au centre de documentation de l'Agence de santé et des services sociaux de la Montérégie.

INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit par la suite de toute procédure reliée à l'étude, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé, sans frais de votre part.

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou les institutions concernées de leurs responsabilités légales et professionnelles.

CONFIDENTIALITÉ

Votre identité et les informations vous concernant seront tenues confidentielles et seuls le chercheur et les personnes faisant la transcription des entretiens y auront accès. Ceux-ci ont signé les formulaires de confidentialité indiqués. Lors du processus d'analyse, tout renseignement permettant à un tiers de vous identifier sera codifié, rendant ainsi l'information disponible publiquement anonyme. En signant ce consentement, vous vous engagez à ne divulguer aucun détail des entretiens qui ont eu lieu au sein du groupe de discussion avec un tiers, afin de protéger la confidentialité des échanges et celle d'autrui. Si les résultats de cette recherche paraissent dans une publication scientifique, votre anonymat sera préservé y compris dans les cas de citations extraites du groupe de discussion. Toutes les informations recueillies ne serviront qu'aux fins de ce projet.

Vous permettez que l'on recueille et conserve des données dans le cadre de cette étude, y compris des renseignements personnels tels votre nom, votre date de naissance, votre sexe, vos initiales et vos coordonnées. Ces informations seront tenues confidentielles. L'ensemble de ces informations et des données colligées dans le cadre de l'étude seront conservées pendant 7 ans, par le chercheur ou l'établissement, sur un serveur sécurisé de la Direction de santé

publique de la Montérégie, en conformité avec les normes et les périodes prescrites par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, et par Santé Canada et par l'Université de Montréal.

PARTICIPATION VOLONTAIRE/RETRAIT

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur ou à un membre de l'équipe de recherche.

Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur vos relations avec vos collègues et votre employeur.

Le chercheur peut décider de vous retirer de l'étude s'il juge que c'est dans votre intérêt, et ce, sans votre consentement.

PERSONNES À CONTACTER

Pour toute question concernant l'étude, vous pouvez communiquer avec le Dr David-Martin Milot, chercheur principal, au 450 928-6777, poste 3131.

Si vous désirez des renseignements supplémentaires concernant vos droits en tant que sujet participant à une étude de recherche ou en cas de dommage attribuable à la recherche, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche du CSSS Champlain—Charles-Le Moyne au 450 466-5000, poste 2564.

De plus, si vous avez des plaintes en tant que participant(e) à l'étude et désirez communiquer avec une tierce partie impartiale, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CSSS Champlain—Charles-Le Moyne au 450 466-5434. Dans un tel cas, le Comité d'éthique de la recherche du CSSS Champlain—Charles-Le Moyne avisera le Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal.

AUTORISATIONS SUPPLÉMENTAIRES

GROUPE DE DISCUSSION ENREGISTRÉ

- Oui, j'accepte** que le groupe de discussion auquel je participerai soit enregistré pour les fins de cette étude.

Signature du sujet

Nom (caractères d'imprimerie)

Date

- Non, je n'accepte pas** que le groupe de discussion auquel je participerai soit enregistré pour les fins de cette étude.

Signature du sujet

Nom (caractères d'imprimerie)

Date

ÉNONCÉ DU CONSENTEMENT

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués par un membre de l'équipe de recherche.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et j'ai reçu des réponses de façon satisfaisante.

Je reconnais avoir eu le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans que cela ne nuise aux relations avec les autres intervenants et sans préjudice d'aucune sorte.

Je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire de consentement.

Signature du sujet

Nom (caractères d'imprimerie)

Date

Signature du chercheur

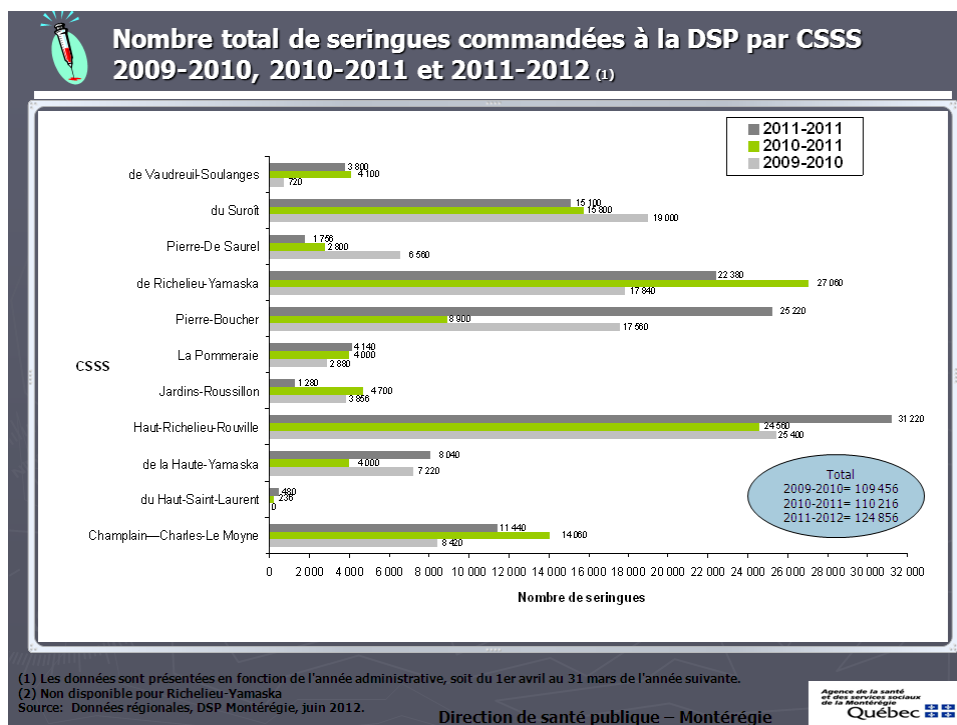
Nom (caractères d'imprimerie)

Date

Annexe VIII – Tableaux descriptifs de la distribution du matériel stérile d’injection par les CSSS de la Montérégie³

**Portrait par CSSS
(D-12)**

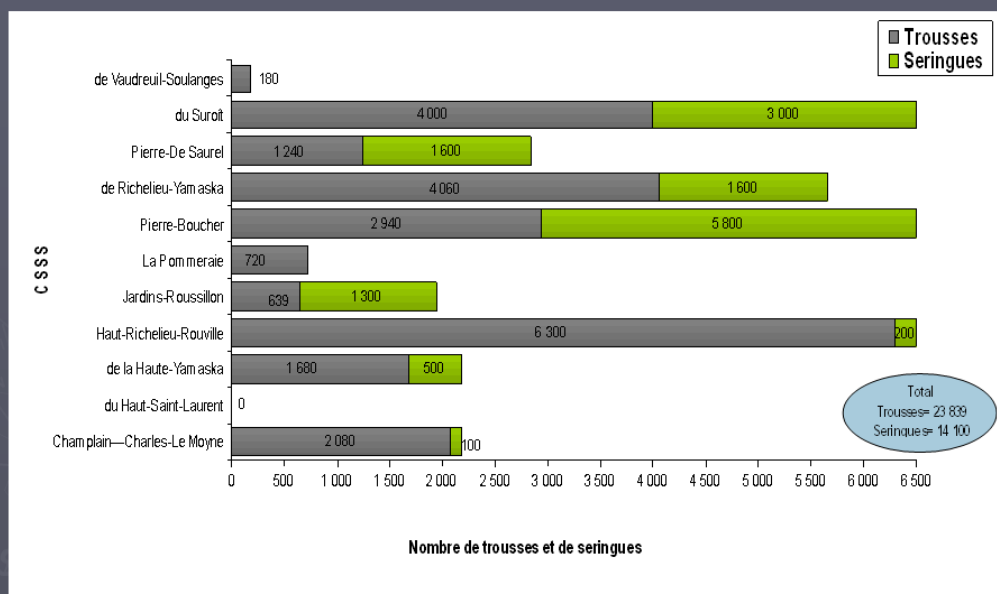
CSSS	Nombre de seringues distribuées Selon document D-12			Nb CAMI
	2011-2012	2011-2012	2012-2013	2012-2013
Champlain—Charles-Le Moyne	13 140	12 040	12 320	17
Haut-Saint-Laurent	0	480	720	7
Haute-Yamaska	4 928	7 700	11 380	11
Haut-Richelieu-Rouville	20 600	31 320	28 320	22
Jardins-Roussillon	4 620	1 440	2 440	13
La Pommeraie	4 640	4 400	3 280	9
Pierre-Boucher	9 300	25 780	23 240	22
Richelieu-Yamaska	19 380	22 540	17 500	11
Pierre-de-Saurel	964	296	2 240	4
Suroît	14 800	14 880	16 980	6
Vaudreuil-Soulanges	3 168	1 948	1 440	17



³ Ces tableaux sont tirés d'une présentation sur le programme d'échange de seringues réalisée par l'APPR de la DSP de la Montérégie en charge du programme. Son autorisation a été obtenue quant à leur utilisation.



Nombre de trousses et de seringues commandées à la DSP Montérégie par CSSS, 2009-2010

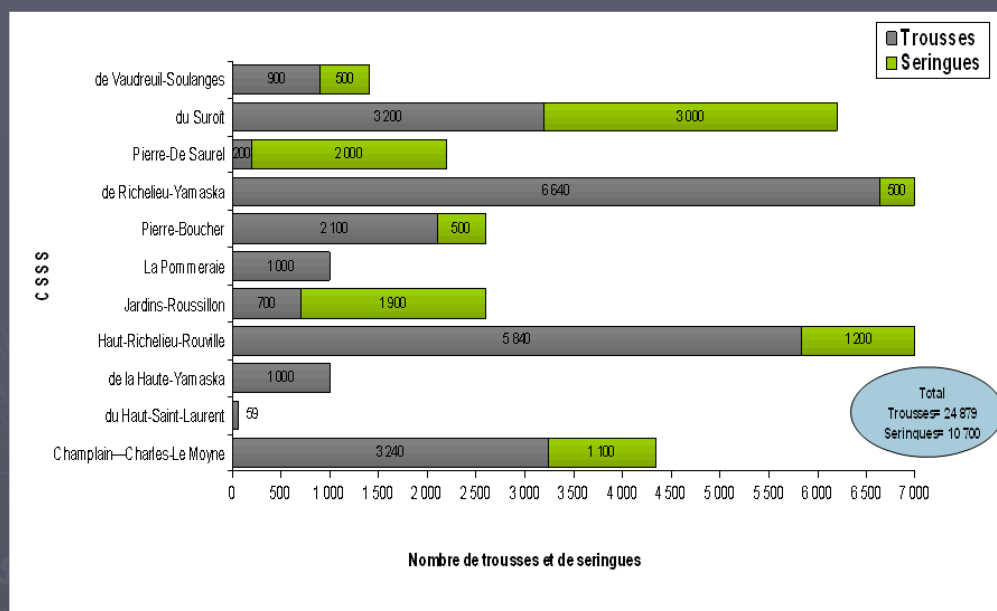


Direction de santé publique – Montérégie

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie
Québec



Nombre de trousses et de seringues commandées à la DSP Montérégie par CSSS, 2010-2011



Direction de santé publique – Montérégie

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie
Québec