



Le matériel stérile d'injection : combien faut-il en distribuer pour répondre aux besoins des UDI de Montréal ?

Pascale Leclerc, M.Sc.

Carole Morissette, M.D.

Claude Tremblay, M.Sc.

Juillet 2006

**LA PRÉVENTION
EN ACTIONS**

*Garder notre
monde en santé*

Une réalisation du secteur Vigie et protection
Centre universitaire de santé McGill, mandataire

Pascale Leclerc, M.Sc.

Agente de recherche – Équipe ITSS et Bureau
de surveillance épidémiologique

Carole Morissette, M.D.

Responsable médicale – Équipe ITSS

Claude Tremblay, M.Sc.

Agente de recherche – Équipe ITSS

Mise en page
Guylaine Brunet

Secrétaire médicale

Secteur Vigie et protection (Équipe ITSS)
Direction de santé publique
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : (514) 528-2400
Télécopieur : (514) 528-2452
www.santepub-mtl.qc.ca

© Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2006)
Tous droits réservés

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2006
ISBN : No ISBN : 2-89494-498-5 (version imprimée)
ISBN : No ISBN : 2-89494-499-3 (version PDF)

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction	4
2. Méthodes	4
3. Résultats	6
4. Discussion.....	7
5. Conclusions	13
Références	14

1. Introduction

La distribution de matériel stérile d'injection est l'une des stratégies privilégiées pour prévenir la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et du virus de l'hépatite C (VHC) et prévenir de nombreux autres problèmes de santé comme les abcès chez les utilisateurs de drogues par injection (UDI). Or, malgré les services en place, l'incidence de ces deux infections serait très élevée et à la hausse chez les UDI de Montréal. En effet, les données recueillies depuis le début de 2003 dans le volet montréalais du réseau SurvUDI montrent un taux d'incidence du VIH de 4,9 par 100 personnes-années et un taux d'incidence du VHC supérieur à 50 par 100 personnes-années. (Données inédites, SurvUDI-Montréal) Ces deux taux sont plus élevés que ceux estimés pour les périodes précédentes indiquant que ces infections ne sont pas sous contrôle chez les UDI de Montréal.

L'estimation de la couverture des services préventifs est essentielle si l'on veut atteindre les objectifs du Programme national de santé publique de réduire l'incidence du VIH et du VHC chez les UDI. (MSSS, 2003) Il importe d'évaluer l'adéquation entre l'état de la distribution et les besoins réels des UDI.

À Montréal, le matériel d'injection est disponible pour les UDI dans de nombreux organismes communautaires et CLSC ainsi que dans plusieurs pharmacies. La distribution du matériel d'injection aux organismes communautaires et aux CLSC est entièrement sous la responsabilité de la Direction de santé publique (DSP), de même que la distribution aux pharmacies qui vendent ce matériel d'injection sous forme de trousse de prévention.

Pour planifier les besoins en matériel pour les UDI, ainsi que pour estimer les coûts qui y seraient associés, une étape essentielle est d'estimer le nombre d'injections faites par les UDI de Montréal chaque année. Nous avons estimé ce nombre en nous basant principalement sur les données du réseau de surveillance épidémiologique SurvUDI. À partir de l'estimé du nombre annuel d'injections, nous avons évalué le nombre de seringues qui seraient nécessaires chaque année à Montréal pour que tous les UDI de l'île puissent utiliser une seringue neuve pour chacune de leurs injections. Nous avons fait des évaluations similaires pour les autres items nécessaires à la préparation de l'injection.

2. Méthodes

Le nombre annuel d'injections faites par les UDI de Montréal a été estimé en multipliant le nombre annuel moyen d'injections par UDI par le nombre total d'UDI à Montréal. Comme les pratiques d'injection varient de façon marquée selon la drogue injectée, nous avons fait cette estimation selon la drogue la plus souvent injectée.

La répartition des UDI selon la principale drogue injectée a été obtenue à partir des données du réseau SurvUDI. Dans le questionnaire de cette étude, les participants indiquent quelle drogue ils se sont injectée le plus souvent au cours du dernier mois. Les analyses sont basées sur trois catégories : cocaïne, héroïne et autre.

Le nombre annuel moyen d'injections par UDI a aussi été tiré des données de SurvUDI. Dans le questionnaire, les participants indiquent le nombre de fois qu'ils se sont injectés au cours du mois précédent. À partir de cette information, nous avons calculé le nombre annuel moyen d'injections par UDI. Pour calculer cette moyenne, nous avons utilisé la méthode non paramétrique du « bootstrap ». (Cole, 1999) L'estimation a été faite avec 1000 itérations de 50 échantillons chacune, sauf pour la drogue « autre », pour laquelle nous avons fait 1000 itérations de 10 échantillons chacune. En plus d'obtenir un estimé de la moyenne, nous avons également obtenu un intervalle de confiance autour de cet estimé.

Pour nos analyses, nous avons utilisé les données de surveillance de SurvUDI recueillies entre février 2004 et juin 2005. Durant cette période, il y a eu 881 questionnaires complétés par les participants recrutés dans différents organismes situés sur l'île de Montréal. Nous avons basé nos analyses sur le dernier questionnaire complété durant cette période par chacun des 718 participants. (Données inédites, SurvUDI-Montréal)

Il n'y a pas d'étude récente sur le nombre estimé d'UDI à Montréal. Nous avons donc utilisé les résultats d'une étude estimant ce nombre à Montréal en 1996 à l'aide de la méthode de capture-recapture. (Remis, Leclerc *et al.* 1998) Cette analyse s'appuyait sur des données provenant de trois sources différentes : la cohorte Saint-Luc, le réseau SurvUDI et les centres de traitement de la toxicomanie. D'après cette étude, il y avait 11 700 personnes à Montréal en 1996 qui s'injectaient des drogues. L'intervalle de confiance autour de cet estimé allait de 8 500 à 16 500.

Le nombre annuel d'injections faites par les UDI de Montréal nous a permis d'estimer la quantité de matériel stérile d'injection qui serait nécessaire pour répondre aux besoins de ces UDI. Pour les seringues, les sécuricups et les ampoules d'eau, nous avons considéré un ratio d'un article pour une injection. Ces ratios de distribution sont recommandés dans le document ontarien sur les meilleures pratiques dans les programmes d'échange de seringues. (Strike *et al.* 2006) Rappelons que chaque sécuricup contient un contenant métallique pour la dilution et le chauffage de la drogue, un manchon permettant de tenir le contenant lorsqu'il est chauffé, un filtre et un tampon post-injection. Pour les sachets d'acide citrique, nous avons également utilisé un ratio d'un pour un, mais en tenant compte uniquement des injections d'héroïne brune ou beige puisque ce sont principalement ces drogues qui nécessitent un acidifiant pour leur dissolution. La dissolution du crack pour son injection demande aussi un acidifiant, mais nous n'en avons pas tenu compte dans nos calculs puisque l'injection de cette drogue est peu fréquente à Montréal. Le nombre d'injections d'héroïne brune et beige a été estimé à partir des données de SurvUDI.

Finalement, nous avons estimé le nombre de bacs de récupération qui seraient nécessaires pour récupérer toutes ces seringues après leur utilisation. Il existe de nombreux formats de bacs qui contiennent différentes quantités de seringues. Afin de refléter les préférences des UDI quant aux formats utilisés, nous avons basé nos calculs sur la répartition des 13 400 bacs distribués par l'intermédiaire du système central de distribution de la DSP de Montréal entre avril 2005 et mars 2006. Remplis selon les indications, ces bacs auraient pu contenir 788 000 seringues.

3. Résultats

Le tableau 1 présente les différentes étapes de l'estimation du nombre total d'injections par année. La deuxième colonne illustre la répartition observée des UDI selon de la drogue la plus souvent injectée au cours du dernier mois : 70 % des UDI se sont injecté le plus souvent de la cocaïne, 23 % de l'héroïne et 7 % d'autres drogues. Précisons que parmi les injecteurs d'héroïne, 22 % ont rapporté s'injecter de l'héroïne beige ou brune. Mentionnons aussi que la principale autre drogue injectée est le Dilaudid (68 % des UDI dans cette catégorie).

Cette répartition a été appliquée aux 11 700 UDI de Montréal (colonne 3). D'après cette estimation, il y aurait donc à Montréal environ 8 000 personnes qui s'injectent principalement de la cocaïne, 2 700 personnes qui s'injectent principalement de l'héroïne et 800 personnes qui s'injectent principalement une autre drogue.

Comme le montre la colonne 4 du tableau 1, les UDI s'injectant principalement de la cocaïne rapportent en moyenne 4 injections par jour, ceux s'injectant principalement de l'héroïne rapportent en moyenne 2 injections par jour et ceux s'injectant principalement une autre drogue, en moyenne 3 injections par jour. La méthode du bootstrap a fourni un intervalle de confiance autour des estimés de moyenne. Ainsi, pour l'ensemble des participants, l'intervalle de confiance à 95 % s'étend de 2,6 à 4,5 injections par jour.

À partir de ces différentes données, nous estimons que le nombre annuel total d'injections par les UDI de Montréal serait de 15 080 000.

Tableau 1 : Estimation du nombre d'injections par année selon le type de drogue la plus souvent injectée (arrondi à la dizaine de milliers)

Drogue la plus souvent injectée	Proportion d'utilisateurs	Nombre de personnes utilisant la drogue	Nombre moyen d'injections par jour*	Nombre médian d'injections par jour**	Nombre d'injections par année
Cocaïne	69,8%	8 167	4,1	1,7	12 090 000
Héroïne	23,3%	2 726	2,3	1,3	2 270 000
Autre	6,9%	807	3,2	2,1	940 000
Total	100%	11 700	3,5	1,5	15 080 000

* Obtenu grâce à la technique du bootstrap

** Nombres présentés à titre indicatif ; ils ne sont pas utilisés dans le calcul du nombre annuel d'injections

En nous basant sur le nombre d'injections qui seraient effectuées par année par les UDI de Montréal, nous avons estimé la quantité de matériel qu'il serait nécessaire de distribuer pour répondre à leurs besoins. Ces quantités sont présentées au tableau 2. D'après nos estimations, il serait nécessaire, chaque année, de distribuer plus de 15 millions de seringues, de sécuricups et d'ampoules d'eau et un peu plus de 500 000 sachets d'acide citrique.

Pour ce qui est des bacs de récupération, en nous basant sur la répartition des bacs distribués observée entre avril 2005 et mars 2006, nous estimons que plus de 250 000 bacs seraient nécessaires pour contenir les 15 080 000 seringues.

Tableau 2 : Estimation du nombre d'items requis pour chaque type de matériel stérile d'injection

Seringues	Sécuricups	Ampoules d'eau	Sachets d'acide citrique	Bacs de récupération
15 080 000	15 080 000	15 080 000	499 000	256 000

4. Discussion

Quelle proportion des seringues requises sont réellement disponibles ?

À partir des données du réseau SurvUDI et d'une étude de capture-recapture, nous estimons que 15 080 000 seringues seraient nécessaires chaque année pour que les utilisateurs de drogues par injection de Montréal puissent utiliser une seringue neuve pour chacune de leurs injections.

Entre avril 2005 et mars 2006, 781 000 seringues ont été distribuées gratuitement par les sites d'accès au matériel stérile d'injection participant au programme régional de monitoring. (Leclerc *et al.* 2006) Parmi les seringues pour lesquelles cette information était disponible, 92 % avaient été distribuées à des personnes habitant sur l'île de Montréal. Nous pouvons donc estimer qu'en 2005-2006, environ 720 300 seringues ont été distribuées par ces sites à des UDI montréalais.

Aux seringues distribuées par les sites d'accès s'ajoutent les 13 000 distribuées par les travailleurs de rue de Spectre de rue et de Cactus et les 28 100 distribuées par les organismes ne participant pas au monitoring. (Leclerc *et al.* 2006)

Par ailleurs, 135 300 seringues ont été vendues par des pharmacies sous forme de trousse de prévention^a. (Leclerc *et al.* 2006) Toujours en pharmacie, on peut estimer, à partir des données d'une étude menée auprès des pharmacies en 1997-1998, qu'environ 100 000 auraient été vendues à l'unité. (Durand *et al.* 2000)

Pour ces quatre dernières sources de seringues, il n'est pas possible de savoir quelle proportion des seringues était destinée à des UDI montréalais. Nous considérerons donc qu'elles l'étaient toutes.

Au total, entre avril 2005 et mars 2006, le nombre de seringues neuves mises en circulation pour des UDI montréalais était donc de 996 700. Ceci représenterait 6,6 % du nombre de seringues estimé nécessaire pour que chaque injection soit faite avec une seringue neuve.

^a Chaque trousse contient 4 seringues, 4 sécuricups, 4 ampoules d'eau, 4 tampons alcoolisés, 3 condoms et un feuillet d'information. Son prix de vente suggéré est de 1 \$.

Proportions disponibles pour les autres articles nécessaires à la préparation d'une injection

Nous nous sommes attardés à trois articles nécessaires à la préparation des injections : le sécuricup, l'ampoule d'eau et l'acide citrique. Comme pour les seringues, nous avons évalué quelle proportion de ces items avait été distribuée en 2005-2006.

Pour les sécuricups, les sites d'accès au matériel stérile d'injection participant au monitoring en ont distribué environ 98 400 en 2005-2006. (Leclerc *et al.* 2006) Si 92 % de ces sécuricups étaient destinés à des UDI montréalais, cela en représente 90 600. À ces items s'ajoutent les 5 500 distribués par les sites ne participant pas au monitoring et les 135 300 contenus dans les trousses vendues par les pharmacies. (Leclerc *et al.* 2006) Au total, en 2005-2006, il y aurait donc eu distribution de 231 400 sécuricups. D'après nos estimations, ceci représenterait 1,5 % du nombre requis.

Pour les ampoules d'eau, les sites d'accès au matériel stérile d'injection participant au monitoring en ont distribué environ 268 000 en 2005-2006; environ 246 500 d'entre elles étaient destinées à des UDI montréalais. De plus, 15 500 ampoules ont été distribuées par les sites ne participant pas au monitoring et 135 300 étaient contenues dans les trousses vendues par les pharmacies. (Leclerc *et al.* 2006) Au total, en 2005-2006, il y aurait donc eu distribution de 397 300 ampoules d'eau. D'après nos estimations, ceci représenterait 2,6 % du nombre requis.

Quant aux sachets d'acide citrique, ils ne sont pas disponibles présentement. Leur distribution couvre donc 0 % des besoins estimés. Soulignons que la distribution d'acide citrique, en plus de favoriser des pratiques sécuritaires d'injection, pourrait attirer dans les programmes les injecteurs d'héroïne brune et beige. (Beynon *et al.* 2006)

Comparaison avec l'estimé de Remis *et al.* pour 1994

Une analyse similaire à celle que nous avons effectuée a été publiée par Remis *et al.* en 1998. (Remis, Bruneau, Hankins, 1998) Dans cet article, les auteurs estimaient que 10 683 000 injections avaient été effectuées par les UDI de Montréal en 1994. Notre estimé, 15 080 000 injections, est environ 41 % plus élevé que celui publié par Remis *et al.* Cette différence peut s'expliquer par plusieurs facteurs. Tout d'abord, nous avons évalué la population d'UDI à 11 700 individus, l'estimé obtenu pour 1996 à l'aide de la technique « capture-recapture ». Dans leur article, Remis *et al.* ont estimé la population UDI à 10 000 personnes. Les résultats de l'étude de capture-recapture n'étaient pas disponibles lors de la rédaction de l'article.

De plus, la répartition de la population par type de drogue la plus souvent injectée n'est pas la même dans les deux analyses. L'article de Remis *et al.* est basé sur les données de la cohorte Saint-Luc ; 63 % des UDI s'injectaient plus souvent de la cocaïne, 23 % de l'héroïne et 14 % une autre drogue. Pour nos calculs, nous avons utilisé les données de SurvUDI qui montrent la répartition suivante : 70 % des UDI s'injectent plus souvent de la cocaïne, 23 % de l'héroïne et 7 % une autre drogue. Or, le nombre moyen d'injections varierait en fonction de la drogue de choix. D'après les données présentées dans l'article, les participants de la cohorte Saint-Luc

rapportaient en moyenne 3,0 injections par jour. Les participants à SurvUDI en rapportent en moyenne 3,5. Le nombre moyen d'injections par jour est plus bas pour les participants à la cohorte Saint-Luc que pour les participants à SurvUDI pour la cocaïne (3,1 versus 4,1 injections par jour) et les autres drogues (1,9 versus 3,2 injections par jour). Toutefois, les participants à la cohorte Saint-Luc s'injectant principalement de l'héroïne rapportaient en moyenne 2,9 injections par jour comparativement à 2,3 jours pour les participants à SurvUDI. Donc, dans les données de SurvUDI, la proportion d'injecteurs de cocaïne est plus élevée que dans la cohorte Saint-Luc et ceux-ci s'injectent plus souvent. Ceci influence l'estimé du nombre total d'injections. De plus, soulignons que nous avons utilisé une méthode d'estimation différente pour la moyenne d'injections par UDI. Dans leur article, Remis *et al.* ont utilisé la moyenne arithmétique alors que nous avons utilisé une approche d'estimation non paramétrique. Ce point sera discuté dans la section sur les limites.

Globalement, bien que l'écart entre l'estimé de Remis *et al.* et le nôtre soit relativement important, tous deux sont tout de même du même ordre de grandeur et suggèrent que la distribution actuelle est nettement insuffisante.

Limites des estimés obtenus

Plusieurs limites peuvent être soulevées concernant les analyses présentées dans ce rapport. Une première limite concerne la méthode d'estimation utilisée pour obtenir la moyenne du nombre annuel d'injections. Pour effectuer nos calculs, nous avons choisi une approche non paramétrique, la méthode du bootstrap. En effet, lors d'essais préliminaires, nous avons utilisé les lois normale et lognormale pour calculer la moyenne, mais le degré d'imprécision des estimés obtenus était très grand. Ceci nous a poussés à utiliser une approche non paramétrique. Précisons toutefois que ces trois méthodes donnent des estimés de la moyenne similaires, ce qui est rassurant.

L'estimation du nombre d'utilisateurs de drogues par injection pour Montréal comporte aussi sa part d'incertitude. Ce nombre a été obtenu par la méthode de capture-recapture ayant elle-même ses limites. Si l'on considère que l'intervalle de confiance autour de ce nombre allait de 8 500 à 16 500, le nombre total d'injections pourrait se situer entre 11 140 000 et 21 620 000. Au delà des limites liées à la méthode d'estimation utilisée, il faut également tenir compte du fait que cette analyse portait sur l'année 1996. Il est difficile de savoir de quelle manière la taille de la population UDI de Montréal a varié au cours de la décennie qui a suivi. Malgré ces incertitudes, nous avons décidé d'utiliser cet estimé puisqu'il était le seul disponible.

Par ailleurs, rappelons que nos analyses sont largement basées sur des données du réseau SurvUDI dont les participants montréalais sont presque tous recrutés dans les programmes d'accès au matériel stérile d'injection. Or, il est difficile de savoir dans quelle mesure les participants à SurvUDI sont représentatifs de l'ensemble des UDI montréalais. Présentement, nous ne savons pas combien de nombre de personnes sont rejointes par ces programmes, nous ne pouvons donc pas estimer quelle proportion d'entre eux participent à SurvUDI. De plus, nous ne savons pas si les UDI recrutés sont représentatifs des UDI qui fréquentent les programmes. Et, nous ne savons pas si les UDI qui fréquentent les programmes sont représentatifs de l'ensemble des UDI de Montréal. Il est possible que les UDI fréquentant ces programmes soient plus actifs que ceux qui ne le font pas. Si tel était le cas, le nombre estimé d'injections serait probablement une surestimation du nombre réel. Toutefois, à l'inverse, des informations fournies par des

membres des « Messagers de rue » de Cactus suggèrent que plusieurs UDI très actifs dans l'injection ne fréquentent aucun programme d'accès et ne participent à aucune étude épidémiologique. Nous en savons très peu sur cette population. Nous ne connaissons pas sa taille et nous ne connaissons rien des comportements de partage du matériel d'injection et de réutilisation des seringues de ces UDI.

Concernant les données de SurvUDI, ajoutons que nous avons utilisé les réponses de tous les participants recrutés à Montréal entre février 2004 et juin 2005. Or, 11 % de ces participants disaient habiter à l'extérieur de Montréal au moment de répondre au questionnaire. Il serait pertinent de voir si ces participants sont différents de ceux disant habiter à Montréal et de les exclure de l'analyse au besoin.

Les résultats obtenus quant au nombre de seringues nécessaires chaque année sont difficiles à concilier avec les données disponibles. En effet, les analyses suggèrent un écart important entre le nombre de seringues que nous estimons nécessaire et les seringues qui semblent disponibles sur le terrain en tenant compte du partage et de la réutilisation. Les données de SurvUDI montrent qu'environ 5 % des injections au cours du mois précédent sont faites avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre. Parmi les 15 080 000 injections effectuées par année, autour de 754 000 seraient donc faites avec des seringues déjà utilisées par d'autres. La même étude montre que 30 % des UDI ne réutilisent jamais leurs seringues. Si l'on considère que ces 30 % d'UDI effectuent 30 % des injections, ils auraient besoin de 4 524 000 seringues pour leurs 4 524 000 injections. Les autres 70 % des UDI utiliseraient chaque seringue en moyenne 3 fois. Ils effectueraient donc 10 556 000 injections à l'aide de 3 520 000 seringues.

D'après ces différentes estimations, le besoin annuel se chiffrerait donc autour de 7 290 000 seringues ($3\,520\,000 + 4\,524\,000 - 754\,000$). Or, tel que mentionné, en 2005-2006 environ 1 million de seringues ont été distribuées. D'où proviennent les 6,3 autres millions de seringues ? Plusieurs explications sont possibles. L'estimé du nombre nécessaire de seringues par année peut être erroné (en raison d'une surestimation du nombre d'UDI ou du nombre d'injections par jour ou d'une répartition de l'ensemble de la population par type de drogue différente de celle observée dans SurvUDI). La réutilisation peut être plus élevée que ce que nous avons relevé ou le partage plus fréquent. Certaines inférences que nous avons faites à partir des données de SurvUDI sur la réutilisation et le partage des seringues peuvent être inexactes. Ainsi, nous avons considéré que 30 % des UDI font 30 % des injections, ce qui n'est peut être pas vrai. Mises à part ces limites des données disponibles, l'écart observé pourrait s'expliquer par une quantité importante de seringues provenant d'autres sources dont nous n'avons pas pu tenir compte.

Pour estimer le nombre requis de sécuricups, nous avons considéré qu'un sécuricup était nécessaire pour chaque injection. Ceci peut être questionné puisque, toutes les drogues n'ayant pas besoin d'être dissoutes dans un contenant puis chauffées, un contenant métallique n'est pas toujours essentiel. Ainsi, l'héroïne beige et l'héroïne brune requièrent une étape de chauffage, mais pas la cocaïne ni l'héroïne blanche. Ces deux premières drogues représenteraient environ 500 000 injections par année. Les sécuricups distribués en 2005-2006 équivaldraient donc environ à 45 % des injections liées à ces drogues. Toutefois, bien que le chauffage ne soit pas nécessaire pour la dissolution de toutes les drogues, la filtration est une étape qui devrait être accomplie quelque soit la substance injectée. Or, il est difficile d'utiliser un filtre si la solution ne se trouve pas dans un contenant rigide. De plus, chaque sécuricup contient un tampon sec et un de ces tampons devrait être appliqué après chaque injection. C'est pourquoi nous avons utilisé

un ratio d'un sécuricup pour une injection. En pratique, depuis l'introduction des sécuricups, à l'automne 2003, on observe un ratio de distribution d'un sécuricup pour dix seringues.

Nous avons également considéré qu'une ampoule d'eau était requise pour chaque injection. Les ampoules actuelles contiennent 3 ml d'eau. On considère généralement que la préparation d'une injection nécessite 1 ml d'eau. Chaque ampoule pourrait ainsi, en théorie, permettre la préparation de trois injections. D'ailleurs, depuis l'introduction des ampoules d'eau, également à l'automne 2003, on observe un ratio de distribution d'une ampoule pour trois seringues. Comme le nombre moyen quotidien d'injection est de 3,5 (pour tous les types de drogues regroupés), l'ampoule serait donc généralement entièrement utilisée au cours d'une même journée. Malgré ce délai relativement court, les risques de contamination du contenu de l'ampoule sont bien réels si l'eau est puisée dans l'ampoule à l'aide d'une seringue déjà utilisée. Même si les injections successives sont faites par la même personne, utilisant ses propres seringues, une contamination bactérienne est possible. C'est pourquoi nous préférons favoriser le message d'une ampoule par injection. Toutefois, ce message semble contredit par la distribution d'ampoules contenant 3 ml.

Comment augmenter la distribution ?

Même si de nombreuses limites ont été soulevées dans la section précédente, il apparaît indéniable que, pour répondre aux besoins des UDI, le matériel doit être distribué beaucoup plus largement qu'il ne l'est présentement. Comment la distribution peut-elle être accrue ? Plusieurs pistes peuvent être envisagées; idéalement, elles devraient toutes être suivies simultanément. Bon nombre d'entre elles sont d'ailleurs déjà en développement.

Une première piste serait accroître la diversité des lieux et des modes d'accès au matériel d'injection. Présentement, les consommateurs peuvent venir chercher gratuitement leur matériel dans des sites fixes situés dans certains organismes communautaires et des CLSC et dans des unités mobiles. Ils peuvent aussi s'en procurer, sans prescription, dans plusieurs pharmacies. De plus, des travailleurs de rue, des travailleurs de milieu, des infirmières de proximité, des pairs aidants, des échangeurs collectifs et une « patrouille » d'usagers « sortent » de ces lieux pour tenter de rejoindre les UDI là où ils se trouvent, incluant dans les lieux de consommation. La diversification des lieux et des modes d'accès pourrait inclure :

- l'intensification du rôle des pairs dans la distribution
- l'implication de nouvelles pharmacies dans la vente de seringues, soit individuellement ou sous forme de trousse
- l'accroissement du volume de vente des pharmacies qui offrent présentement ce service
- l'élargissement des plages horaires des organismes communautaires et des CLSC qui distribuent déjà du matériel d'injection
- l'extension de la disponibilité géographique sur l'île en implantant des sites dans d'autres CLSC ou dans des organismes communautaires non destinés aux UDI
- l'exploration de nouvelles modalités d'*outreach*, comme des visites dans des hôtels ou des maisons de chambre, des tournées à bicyclette ou des « livraisons » à domicile
- l'implantation de machines distributrices/récupératrices de seringues pour que le matériel soit disponible 24 heures par jour, tous les jours.

De plus, il serait utile de mener des campagnes de promotion des services auprès des UDI afin d'accroître leur utilisation. De telles campagnes pourraient publiciser tant les services des nouveaux sites que ceux de sites déjà en place.

Cependant, pour augmenter la distribution, une condition incontournable demeure la levée des limites sur le nombre de seringues données aux UDI lors d'une visite dans un site d'accès. Rappelons que, jusqu'en 1996, le nombre de seringues données était généralement limité à 15 par personne par jour. De plus, les seringues étaient remises sur la base d'une seringue donnée pour une seringue rapportée. En 1996, la Direction de santé publique de Montréal souhaitait accroître la distribution de seringues afin de faire face à l'épidémie de VIH. Pour ce faire, quatre changements majeurs dans les politiques de distribution du matériel étaient proposées :

1. lever les limites sur le nombre de seringues données à une personne par jour et par visite
2. distribuer les seringues en fonction des besoins estimés de l'utilisateur, principalement pour la cocaïne
3. ne pas exiger le retour de seringues usagées pour effectuer de la distribution
4. favoriser les « échangeurs collectifs » (*i.e.* la distribution de grands nombres de seringues à des personnes qui les distribueraient ensuite à d'autres).

L'analyse des données de monitoring, pour la période 1995 à 2005, montre une augmentation importante du nombre de seringues distribuées par année jusqu'en 1998-1999 et un plafonnement par la suite. Ce plateau suggère que les quatre mesures préconisées par la DSP n'ont pas été implantées dans tous les sites d'accès au matériel d'injection de Montréal. Des informations obtenues de certains centres sur leur politique de distribution semblent confirmer cette hypothèse. Plusieurs facteurs semblent empêcher la distribution élargie de seringues. L'un d'entre eux est la crainte que l'augmentation du nombre de seringues distribuées entraîne une augmentation du nombre de seringues à la traîne. Ceci est vu comme pouvant avoir un impact négatif sur les programmes en raison des réactions des citoyens. Un autre facteur semblant restreindre la distribution est la crainte que si de larges quantités de seringues étaient distribuées, les UDI se présenteraient moins souvent aux sites de distribution et que des possibilités d'intervention seraient ainsi perdues. De façon similaire, si des seringues étaient données à un UDI pour qu'ils les remettent à ses partenaires d'injection, les occasions d'intervention auprès de ces partenaires seraient réduites. Comme autre facteur, soulignons que certains UDI peuvent limiter le nombre de seringues qu'ils demandent dans le but de contrôler leur consommation. D'autres UDI peuvent également limiter ce nombre par crainte de répression policière lorsqu'ils ont des seringues en leur possession. Dans un cas comme dans l'autre, il peut être difficile pour les intervenants d'insister pour que les UDI prennent plus de seringues dont ils auraient pourtant besoin.

Les résultats d'une étude récente menée auprès des UDI à Montréal illustrent le rôle potentiel des échangeurs collectifs. Cette étude sur les réseaux sociaux des UDI montre que chaque UDI est en contact avec, en moyenne, trois autres UDI. (communication Prithwish De, juin 2006) Par l'intermédiaire de l'injecteur qui se présente au site d'accès, on peut donc en rejoindre trois autres qui ne fréquentent peut-être pas le site. Il serait donc important de faire la promotion, tant auprès des intervenants que des UDI eux-mêmes, de la distribution par les pairs.

Un travail important est donc à faire auprès des intervenants des sites d'accès pour favoriser la distribution d'une plus grande quantité de seringues. Il est crucial de mieux comprendre leurs

craintes et réticences et de leur faire connaître les « meilleures pratiques » en lien avec la distribution de matériel d'injection. (Strike *et al.* 2006) Un document présentant ces meilleures pratiques a été publié récemment par des chercheurs ontariens. S'appuyant sur une revue exhaustive de la littérature scientifique publiée sur les programmes d'accès au matériel stérile d'injection et leur impact sur les épidémies de VIH et de VHC, les auteurs font une série de recommandations sur chacun des aspects des programmes d'accès.

Finalement, il est essentiel de connaître ce que pensent les UDI de l'accès au matériel et de mieux comprendre leurs besoins. Quels sont, d'après eux, les obstacles à la distribution élargie ? Quelle quantité de seringues sont-ils prêts à transporter lorsqu'ils partent du site ? Comment s'y prennent-ils pour évaluer le nombre de seringues dont ils ont besoin jusqu'à leur prochaine visite ? Quel est leur avis sur les services offerts et sur ceux qui pourraient être développés ? Quel est leur point de vue sur leur rôle potentiel de distribution à d'autres UDI ?

5. Conclusions

Le matériel d'injection présentement distribué aux UDI de Montréal représenterait moins de 10 % de leurs besoins estimés. Les programmes de distribution de matériel d'injection n'ont donc pas été implantés de façon complète. Les stratégies de distribution existantes n'ont pas été développées à leur pleine capacité et d'autres stratégies reconnues efficaces n'ont pas été initiées. En raison de cette implantation imparfaite, l'impact sur les épidémies de VIH et de VHC chez les UDI ne peut qu'avoir été limité, comme le montrent les données de surveillance. Pour réellement avoir un impact sur ces deux épidémies, il serait donc urgent d'accroître significativement la distribution du matériel. Par conséquent, il serait nécessaire d'accroître le budget affecté à l'achat de ce matériel. Par ailleurs, la taille de l'ampoule stérile qui est distribuée devrait être réévaluée à cause de l'impact possible de son format sur le partage. De plus, des sachets d'acide citrique devraient être ajoutés au matériel qui est donné gratuitement dans les programmes.

Pour augmenter la quantité de matériel distribué, il faudrait augmenter le potentiel des stratégies déjà en place pour rejoindre les UDI et en développer de nouvelles. Pour mieux appliquer les stratégies existantes, il serait nécessaire de former les intervenants aux meilleures pratiques et d'accroître le rôle des pairs dans leur milieu. Quand à la diversification des stratégies, elle entraînerait un besoin de financement accru de la part des programmes. Finalement, il faudrait mieux connaître et comprendre les besoins des UDI quant à la distribution de matériel.

Références

Beynon C, McVeigh J, Chandler M, *et al.* Citric acid distribution at UK syringe exchange schemes: An assessment of its impact using matched pair analysis. Abrégé Mo_137P. 17^e conférence internationale sur la réduction des méfaits liés à la consommation de drogues. Vancouver, 30 avril au 4 mai 2006.

Cole SR. Simple bootstrap statistical inference using the SAS system. *Comput Methods Programs Biomed* 1999; 60:79-82.

Durand L, Lambert G, Leclerc P, Morissette C. Services offerts aux UDI dans les pharmacies de Montréal et participation des pharmaciens au projet Stop Sida/ UDI-Pharmacies. Septembre 1996 à Juin 1998. Direction de la santé publique. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. 2000.

Leclerc P, Morissette C, Tremblay C. Monitoring des centres d'accès au matériel stérile d'injection. Rapport régional : avril 2003 à mars 2006. Direction de santé publique de Montréal. (À paraître à l'automne 2006).

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme national de santé publique 2003-2012. Direction générale de la santé publique. Gouvernement du Québec, 2003.

Remis RS, Bruneau J, Hankins CA. Enough sterile syringes to prevent HIV transmission among injection drug users in Montreal? *JAIDS* 1998;18 (Supp. 1): S57-9.

Remis RS, Leclerc P, Routledge R, *et al.* Consortium to characterize injection drug users in Canada (Montreal, Toronto and Vancouver). Final report to Health Canada. March 1998.

Strike C, Leonard L, Millson M, *et al.* Ontario needle exchange programs: Best practice recommendations. Toronto: Ontario Needle Exchange Coordinating Committee. 2006. (accessible à l'adresse : <http://www.ohtn.on.ca/compass.htm>)

BON DE COMMANDE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	Le matériel stérile d'injection : combien faut-il en distribuer pour répondre aux besoins des UDI de Montréal ?	5,00 \$	
	Pascale, Leclerc, M.Sc. Carole Morissette, M.D. Claude Tremblay, M.Sc.		
	NUMÉRO D'ISBN OU D'ISSN		
	2-89494-498-5 (version imprimée) 2-89494-499-3 (PDF)		

Nom _____

Organisme _____

Adresse _____

No	Rue	App.
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ville _____ Code postal _____

Téléphone _____ Télécopieur _____

Les commandes sont payables à l'avance par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la Direction de santé publique de Montréal

Veillez retourner votre bon de commande à :

Centre de documentation
Direction de santé publique de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

Pour information : (514) 528-2400, poste 3646.