Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal
Québec
Santé publique

Monitorage des centres d'accès au matériel stérile d'injection

Rapport régional : avril 2003 à mars 2006

Pascale Leclerc, M.Sc.
Claude Tremblay, M.Sc.
Carole Morissette, M.D.



Programme de prévention chez les usagers de drogues par injection de Montréal

Mai 2007

LA PRÉVENTION EN ACTIONS

Garder notre monde en santé

Monitorage des centres d'accès au matériel stérile d'injection

Rapport régional : avril 2003 à mars 2006

Pascale Leclerc, M.Sc.
Claude Tremblay, M.Sc.
Carole Morissette, M.D.



Programme de prévention chez les usagers de drogues par injection de Montréal

Mai 2007

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

Pascale Leclerc, M.Sc. — Agente de recherche

Claude Tremblay, M.Sc. — Agente de recherche

Carole Morissette, M.D. — Adjointe médicale par intérim
Secteur Vigie et Protection

Mise en page
Guylaine Brunet — *Agente administrative*

Les auteurs tiennent à remercier :

Les équipes de tous les centres d'accès au matériel stérile d'injection ainsi que toutes les personnes qui fréquentent ces sites. Sans leur assiduité à compléter les fiches de monitorage, le système régional permettrait uniquement d'obtenir un portrait incomplet des personnes rencontrées et des activités effectuées.

Secteur Vigie et protection
Direction de santé publique de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal, Québec H2L 1M3
Tél. : (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 (2007)
Tous droits réservés

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2007
ISBN : 978-2-89494-579-7 (version imprimée)
ISBN : 978-2-89494-580-3 (version PDF)
Prix : 5,00 $

FAITS SAILLANTS

Les utilisateurs de drogues par injection (UDI) sont particulièrement à risque pour les infections par le VIH et le virus de l'hépatite C (VHC). D'après les données du réseau SurvUDI, 20 % des UDI montréalais seraient infectés par le VIH et 68 % par le VHC. Une pratique exemplaire pour contrer la propagation de ces infections est la distribution de matériel stérile d'injection, notamment de seringues. À Montréal, de nombreux centres fournissent ce type de matériel. Ce rapport décrit les actions menées par une vingtaine de ces centres entre avril 2003 à mars 2006.

Hausse de la fréquentation des centres d'accès
En mars 2006, 24 centres d'accès au matériel stérile d'injection de Montréal, soit 12 organismes communautaires et 12 établissements du réseau de la santé, participaient au système régional de monitorage. Au total, 63 716 visites y ont été enregistrées entre avril 2005 et mars 2006. La fréquentation des centres a augmenté de façon constante depuis le milieu des années 1990. Chaque année, on note un pic de fréquentation en juillet et août et un creux en janvier et février.

Majorité de visites faites par des hommes et des Montréalais
Les données recueillies permettent de dresser un portait des visites effectuées en 2005-2006. Environ le tiers ont été effectuées par des femmes, les deux tiers par des hommes et près de 1 % par des travesti(e)s ou des transsexuel(le)s. Environ 30 % des visites ont été faites par des gens de 40 ans et plus. L'âge moyen des hommes, 36,4 ans, était plus élevé que celui des femmes, 29,6 ans. La vaste majorité des visites (87 %) ont été faites par des résidents de Montréal. Près de 60 % de ces Montréalais habitaient sur le territoire du CLSC des Faubourgs, mais il en provenait de tous les territoires de CLSC.

Plafonnement de la distribution de seringues
Entre avril 2005 et mars 2006, 781 981 seringues ont été distribuées dans les centres d'accès participant au monitorage. On note les mêmes variations saisonnières pour les seringues que pour les visites. Cependant, contrairement aux visites, le nombre de seringues distribuées plafonne depuis la fin des années 1990, autour de 800 000 par année. Toutes les visites ne donnent pas lieu à de la distribution de seringues et la proportion de visites sans distribution de seringues augmente. En effet, aucune seringue n'a été donnée lors de 36 % des visites de 2005-2006 contre 21 % de celles en 2003-2004. Ajoutons qu'une grande proportion des seringues sont distribuées lors d'un petit nombre de visites. En 2005-2006, les visites au cours desquelles 100 seringues ou plus ont été données représentaient 4 % de toutes les visites mais 57 % des seringues distribuées.

Distribution de matériel et récupération de seringues
Les centres d'accès au matériel stérile d'injection jouent aussi un rôle important de récupération de seringues. En 2005-2006, ils ont récupéré l'équivalent de 70 % des seringues qu'ils avaient distribuées. De nombreuses seringues sont aussi déposées dans les 27 boîtes de récupération extérieures qui sont réparties au centre de la ville. De plus, comme le nombre de bacs de récupération distribués dépasse largement le nombre de bacs rapportés, il est probable que bon nombre de seringues non retournées se trouvent dans des bacs de récupération.

Distribution des autres types de matériel
La distribution ne se limite pas à celle des seringues. En 2005-2006, les centres d'accès ont remis 8 897 bacs de récupération, 578 863 condoms, 267 904 ampoules d'eau stérile et 98 486 stéricups[a]. La distribution de tous ces items augmente d'année en année. Pour les ampoules d'eau,

a Chaque stéricup contient un contenant métallique pour la dissolution et le chauffage de la drogue, un manchon pour le tenir lorsqu'il est chauffé, un tampon post injection et un filtre.

distribuées depuis août 2003, le ratio est d'une ampoule pour trois seringues; pour les stéricups, distribués depuis septembre 2003, il est d'un pour huit seringues.

Depuis quelques années, plusieurs centres distribuent des pipes pour la consommation du crack; ils vendent des pipes en pyrex ou donnent des pipes maison. Ces pipes ont été introduites suite à des demandes fréquentes des usagers. Les visites avec distribution de pipes sont de plus en plus nombreuses. En 2005-2006, les pipes étaient mentionnées sur 11 731 fiches. Ce nombre est quatre fois plus élevé que celui pour 2003-2004. De plus, en avril 2003, ces visites représentaient 4 % des visites; elles en représentaient 20,5 % en mars 2006.

Interventions autres que la distribution de matériel

Les centres d'accès au matériel stérile d'injection ne font pas que distribuer du matériel. De nombreuses autres interventions sont faites auprès des usagers; elles se répartissent en quatre groupes : information et éducation, support et accompagnement dans une démarche, orientation vers une ressource et référence vers une ressource. En 2005-2006, au moins l'une de ces interventions a été notée pour 65 % des visites. Cette proportion augmente d'année en année depuis l'implantation du monitorage. Près de 90 % des interventions notées, consistaient en de l'information donnée ou de l'éducation (interventions de niveau 1). Le thème abordé le plus fréquemment était la réduction des risques pour la santé; le second, les conditions de vie et l'environnement.

Pistes pour améliorer l'accessibilité au matériel stérile d'injection

Les données de monitorage illustrent les efforts concertés pour améliorer la disponibilité du matériel stérile d'injection. Toutefois, l'accessibilité au matériel devra être encore augmentée pour réussir à contrôler les épidémies de VIH et de VHC chez les UDI. Des défis importants s'annoncent donc pour les prochaines années, notamment :

- Faciliter encore plus l'utilisation des services par les UDI – il faudra tenir compte de l'impact possible de la mixité des clientèles (consommateurs de crack et injecteurs) dans les ressources sur leur utilisation par les UDI
- Augmenter de manière importante la distribution de seringues – les besoins actuels combleraient environ 7 % des besoins estimés. Les principales pistes pour atteindre ce but sont :
    - Adhésion de tous les centres d'accès aux meilleures pratiques de distribution
    - Diversification des lieux et modes d'accès
    - Promotion des centres d'accès auprès des UDI
    - Amélioration des connaissances sur les facteurs limitant l'utilisation des services par les UDI
- Améliorer la récupération des seringues – mais pas au détriment de la distribution.

TABLE DES MATIÈRES

FAITS SAILLANTS I

LISTE DES TABLEAUX IV

LISTE DES FIGURES VI

1. INTRODUCTION 1

1.1 SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU VIH ET DU VHC CHEZ LES UDI DE MONTRÉAL 1

1.2 PROGRAMME DE PRÉVENTION AUPRÈS DES UDI DE MONTRÉAL 4

2. MÉTHODES 5

2.1 DONNÉES DE MONITORAGE DES CENTRES D'ACCÈS AU MATÉRIEL STÉRILE D'INJECTION 6

2.2 DONNÉES PROVENANT D'AUTRES VOLETS DU PROGRAMME RÉGIONAL DE PRÉVENTION AUPRÈS DES UDI DE MONTRÉAL 6

3. RÉSULTATS 8

3.1 CENTRES D'ACCÈS AU MATÉRIEL STÉRILE D'INJECTION QUI PARTICIPENT AU MONITORAGE DES ACTIVITÉS 8

3.2 DONNÉES RECEUILLIES DANS LE CADRE DU MONITORAGE DES ACTIVITÉS DES SITES FIXES 9

3.3 TENDANCES TEMPORELLES DANS LES VISITES ET LA DISTRIBUTION ET LA RÉCUPÉRATION DE SERINGUES 28

3.4 AUTRES SOURCES D'INFORMATION SUR LE MATÉRIEL DISTRIBUÉ ET RÉCUPÉRÉ 31

3.5 RÉPARTITION DES SERINGUES DISTRIBUÉES SELON LA MODALITÉ DE DISTRIBUTION 34

4. DISCUSSION 35

RÉFÉRENCES 40

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Répartition des visites selon le type de centre et l'année dans les centres d'accès au matériel stérile de Montréal participant au monitorage régional (avril 2003 à mars 2006)	9
Tableau 2 :	Distribution des visites selon le sexe et l'année dans les centres d'accès au matériel stérile de Montréal participant au monitorage régional (avril 2003 à mars 2006)	9
Tableau 3 :	Distribution des visites selon le groupe d'âge et l'année dans les centres d'accès au matériel stérile de Montréal participant au monitorage régional (avril 2003 à mars 2006)	10
Tableau 4 :	Distribution des visites selon le groupe d'âge et sexe dans les centres d'accès au matériel stérile de Montréal participant au monitorage régional (avril 2005 à mars 2006)	11
Tableau 5 :	Âge moyen des visites enregistrées selon le sexe et l'année dans les centres d'accès au matériel stérile de Montréal participant au monitorage régional (avril 2003 à mars 2006)	11
Tableau 6 :	Distribution des visites enregistrées dans les centres d'accès au matériel stérile de Montréal participant au monitorage régional selon le CSSS de résidence et l'année (avril 2003 à mars 2006)	14
Tableau 7 :	Répartition des seringues distribuées selon le type de centre et l'année dans les centres d'accès au matériel stérile de Montréal participant au monitorage régional (avril 2003 à mars 2006)	15
Tableau 8 :	Répartition des visites et des seringues selon le nombre de seringues distribuées par visite pour les centres d'accès au matériel stérile de Montréal participant au monitorage régional (avril 2005 à mars 2006)	15
Tableau 9 :	Récupération de seringues par année pour les centres d'accès au matériel stérile de Montréal participant au monitorage régional (avril 2003 à mars 2006)	16
Tableau 10 :	Répartition des visites et des seringues selon le nombre de seringues récupérées par visite pour les centres d'accès au matériel stérile de Montréal participant au monitorage régional (avril 2005 à mars 2006)	16
Tableau 11 :	Nombre de visites, de seringues données et récupérées et taux de récupération selon le nombre de seringues données par visite pour les centres d'accès au matériel stérile d'injection de Montréal participant au monitorage régional (avril 2005 à mars 2006)	17
Tableau 12 :	Répartition des bacs distribués selon le type de centre et l'année dans les centres d'accès au matériel stérile de Montréal participant au monitorage régional (avril 2003 à mars 2006)	17
Tableau 13 :	Nombre et % des visites avec bacs distribués selon le nombre de seringues données par visite pour les centres d'accès au matériel stérile d'injection de Montréal participant au monitorage régional (avril 2005 à mars 2006)	18
Tableau 14 :	Répartition des bacs récupérés selon le type de centre et l'année dans les centres d'accès au matériel stérile de Montréal participant au	18

monitorage régional (avril 2003 à mars 2006)

Tableau 15 : Répartition des visites selon la distribution et le retour de bacs de récupération lors de la visite pour les centres d'accès au matériel stérile d'injection de Montréal participant au monitorage régional (avril 2005 à mars 2006) 19

Tableau 16 : Répartition des seringues distribuées selon la distribution et le retour de bacs de récupération lors de la visite pour les centres d'accès au matériel stérile d'injection de Montréal participant au monitorage régional (avril 2005 à mars 2006) 19

Tableau 17 : Répartition des condoms distribués selon le type de centre et l'année dans les centres d'accès au matériel stérile de Montréal participant au monitorage régional (avril 2003 à mars 2006) 20

Tableau 18 : Répartition des visites selon le nombre de seringues et de condoms distribués dans les centres d'accès au matériel stérile de Montréal participant au monitorage régional (avril 2005 à mars 2006) 20

Tableau 19 : Répartition des condoms selon le nombre de seringues et de condoms distribués par visite dans les centres d'accès au matériel stérile de Montréal participant au monitorage régional (avril 2005 à mars 2006) 21

Tableau 20 : Nombre des visites avec ampoules d'eau distribuées et nombre total et nombre moyen d'ampoules d'eau distribuées selon le nombre de seringues données par les centres d'accès au matériel stérile d'injection de Montréal participant au monitorage régional (avril 2005 à mars 2006) 22

Tableau 21 : Nombre des visites avec stéricups distribués et nombre total et nombre moyen de stéricups distribués selon le nombre de seringues données par visite pour les centres d'accès au matériel stérile d'injection de Montréal participant au monitorage régional (avril 2005 à mars 2006) 22

Tableau 22 : Répartition des visites au cours desquelles au moins une intervention a été effectuée selon le type de centre et l'année dans les centres d'accès au matériel stérile de Montréal participant au monitorage régional (avril 2003 à mars 2006) 24

Tableau 23 : Répartition, par thème et par niveau, des interventions enregistrées dans les centres participant au monitorage régional entre avril 2005 et mars 2006 26

Tableau 24 : Données sur le matériel commandé par l'intermédiaire du système central entre avril 2005 et mars 2006 32

Tableau 25 : Données sur les types de seringues commandées par l'intermédiaire du système central entre avril 2005 à mars 2006 34

LISTE DES FIGURES

Figure 1 :	Répartition des visites enregistrées dans les centres d'accès au matériel stérile de Montréal participant au monitorage régional selon le CLSC de résidence pour l'île de Montréal (avril 2005 à mars 2006)	13
Figure 2 :	Nombre de visites enregistrées par mois dans les centres d'accès au matériel stérile d'injection de Montréal participant au monitorage (octobre 1995 à mars 2006)	29
Figure 3 :	Nombre de visites enregistrées par année dans les centres d'accès aux seringues de Montréal participant au monitorage (avril 1996 à mars 2006)	29
Figure 4 :	Nombre de seringues distribuées et récupérées par mois dans les centres d'accès au matériel stérile d'injection de Montréal participant au monitorage (octobre 1995 à mars 2006)	30
Figure 5 :	Nombre annuel de seringues distribuées et récupérées dans les centres d'accès au matériel stérile d'injection de Montréal participant au monitorage (avril 1996 à mars 2006)	31
Figure 6 :	Répartition des seringues distribuées à Montréal en 2005-2006 selon la modalité de distribution	35

1. INTRODUCTION

À Montréal, de nombreux centres d'accès au matériel stérile d'injection offrent des services aux utilisateurs de drogues par injection (UDI). Ils distribuent du matériel stérile d'injection, récupèrent les seringues usagées et font diverses autres interventions auprès des UDI. Ces centres d'accès sont principalement des organismes communautaires et des établissements du réseau de la santé. Certaines pharmacies sont également des centres d'accès au matériel d'injection.

L'objectif premier de ce rapport est de décrire les actions des centres d'accès au matériel stérile d'injection pour les UDI de Montréal menées entre avril 2003 et mars 2006. Afin de bien mettre ces données dans leur contexte, ce rapport débute par une description de la situation épidémiologique des infections par le virus de l'hépatite C (VHC) et le VIH chez les UDI à Montréal. Il présente également l'historique du programme régional de prévention auprès des UDI de Montréal.

1.1 SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU VIH ET DU VHC CHEZ LES UDI DE MONTRÉAL

À Montréal, comme ailleurs au Québec, les UDI sont particulièrement touchés par les infections par le VIH et le VHC. Les principales données sur ces infections proviennent du réseau SurvUDI. D'autres données proviennent également de quelques études épidémiologiques et de la surveillance des maladies à déclaration obligatoire, dont fait partie l'infection par le VHC. Les prochaines sections résument ces différentes données.

1.1.1 Le réseau SurvUDI

SurvUDI est un réseau de surveillance du VIH et du VHC chez les UDI qui a été implanté en 1995. Il couvre plusieurs régions du Québec et la ville d'Ottawa. À Montréal, les participants, des personnes s'étant injectées au cours des six mois précédents, sont recrutés principalement dans des organismes qui distribuent du matériel stérile d'injection comme Cactus, Spectre de rue et Dopamine.

Entre 1995 et le 30 juin 2006, 7 622 questionnaires ont été complétés à Montréal par environ 4 500 personnes différentes. Les 3 333 hommes recrutés étaient âgés en moyenne de 32,9 ans et les 1 120 femmes étaient âgées en moyenne de 26,3 ans. Au cours des six mois avant leur dernière entrevue, 68 % des participants ont indiqué s'être surtout injecté de la cocaïne, 26 % de l'héroïne blanche et 2 % de l'héroïne beige ou brune.[1]

L'analyse des données les plus récentes de SurvUDI, recueillies entre juillet 2003 et juin 2006, montre que 22 % des 1 149 participants recrutés à Montréal étaient infectés par le VIH et que plus de deux participants sur trois, soit 68 %, étaient infectés par le VHC. Soulignons que 20 % des participants étaient infectés par les deux virus.

Durant cette période, un taux d'incidence du VIH de 3,9 par 100 personnes-années a été mesuré. Ce taux signifie que chaque année, quatre personnes non infectées sur 100 contractent l'infection. Pour le VHC, le taux d'incidence est de 46,9 par 100 personnes années. Près d'une personne non infectée sur deux attraperait donc le VHC chaque année.[2]

Certaines analyses suggèrent que le taux d'incidence du VIH, après avoir diminué entre 1995 et 2001, aurait augmenté au cours des années les plus récentes. Il faudra toutefois attendre d'avoir les données d'une autre année pour mieux interpréter ces résultats.[1]

Le réseau SurvUDI recueille également des données sur les drogues consommées autrement que par injection par les participants. Ces données montrent que la proportion d'UDI consommant du crack a augmenté de façon significative entre 1995 et 2005. En 1995, 52 % des UDI recrutés à Montréal indiquaient en avoir consommé dans les six mois précédents; en 2005, cette proportion était de 75 %.

Finalement, des informations sont recueillies sur les pratiques de consommation des participants. Ainsi, ils indiquent s'ils se sont injectés avec une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre au cours des six mois précédents. En 1995, 45 % des participants rapportaient l'avoir fait. Cette proportion a diminué de façon significative au cours des années pour atteindre 33 % en 2005.

Les données de SurvUDI montrent que de nombreux UDI sont touchés par le VIH ou le VHC, ou par les deux, Elles montrent également que la transmission continue de façon très active dans cette population malgré une diminution de l'injection avec des seringues utilisées par d'autres. Les analyses temporelles ne montrent pas de diminution de la transmission au cours des dernières années et suggèrent même une possible augmentation.

1.1.2 L'étude de cohorte chez les jeunes de la rue de Montréal

L'étude de cohorte chez les jeunes de la rue de Montréal fournit également des données sur la situation du VIH et du VHC chez les UDI de Montréal.[3] Entre juillet 2001 et juin 2004, 860 jeunes ont été recrutés dans cette étude; ils étaient âgés entre 14 et 23 ans et avaient eu des épisodes sans abri au cours de l'année précédente. Environ la moitié d'entre eux, soit 46 %, s'étaient déjà injecté des drogues au moins une fois.

Certains participants qui ne s'étaient jamais injectés quand ils ont été recrutés dans l'étude ont commencé à le faire durant leur suivi. Le taux d'incidence de l'injection de drogues était de 5,8 par 100 personnes-années. Ceci signifie que, chaque année, 6 jeunes de la rue non UDI sur 100 commencent à s'injecter.

Le taux de prévalence du VIH parmi les jeunes s'étant déjà injectés était de 2 % et le taux de prévalence du VHC, de 31 %. Le suivi longitudinal a permis de mesurer le taux d'incidence de ces deux infections parmi les participants. En mars 2005, le taux d'incidence du VHC était de 4,5 par 100 personnes-années. Chez les jeunes s'étant déjà injectés, il était de 10 par 100 personnes-années. Quant au taux d'incidence du VIH, il était de 0,9 par 100 personnes-années.

Les données de cette étude chez les jeunes de la rue montrent que, même au début de l'âge adulte, de nombreux injecteurs sont atteints par ces deux infections.

1.1.3 Étude de prévalence du VIH et du VHC auprès des populations incarcérées au Québec

Une étude de prévalence du VIH et du VHC a été menée auprès des populations incarcérées au Québec. Entre janvier et juin 2003, 1 357 hommes ont été recrutés dans un établissement carcéral, dont 690 à Montréal, ainsi que 250 femmes, dont 184 à Montréal.[4]

Chez les hommes recrutés dans les établissements de détention de Montréal, la prévalence du VIH était de 3,0 % et celle du VHC, de 18,4 %. Chez les femmes recrutées dans les établissements de détention de Montréal, la prévalence du VIH était de 9,8 % et celle du VHC, de 29,4 %. Les participants recrutés dans les établissements carcéraux n'étaient pas tous des injecteurs. Environ le quart, 27,8 %, des hommes et près de la moitié, 42,8 %, des femmes s'étaient déjà injectés dans leur vie. Parmi les hommes l'ayant fait, la prévalence du VIH était de 7,2 % et celle du VHC, de 53,3 %. Parmi les femmes l'ayant fait, ces prévalences étaient respectivement de 20,6 % et 63,6 %.

Ces données illustrent à quel point les injecteurs incarcérés sont touchés par ces deux infections, particulièrement les femmes.

1.1.4 Données de surveillance des maladies à déclaration obligatoire

L'infection par le VHC est une maladie à déclaration obligatoire au Québec depuis 2002. Cette infection doit être déclarée par le médecin qui a demandé le test dépistage ou par le laboratoire qui l'a effectué. Sur réception d'une déclaration, la Direction de santé publique fait parvenir un formulaire d'enquête épidémiologique au médecin ayant demandé le test.

Au cours de l'année 2004, un formulaire d'enquête épidémiologique a été complété pour 1 113 cas déclarés d'infection par le VHC à Montréal. D'après les données recueillies, 58 % de ces cas s'étaient déjà injecté des drogues. Ces données ne permettaient pas de savoir quand l'injection de drogues avait eu lieu. (communication personnelle : Joe Cox, Klaus Jochem et Pascale Leclerc, DSP de Montréal. Avril 2007)

Bien qu'il y ait peu de données disponibles sur la proportion de la population ayant déjà fait usage de drogues par injection, tout suggère que les utilisateurs de drogues par injection sont nettement surreprésentés parmi les cas déclarés d'infection par le VHC.

1.1.5 Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec

Le programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec a été mis en place en avril 2002. Les données proviennent du Laboratoire de santé publique du Québec qui effectue les tests de confirmation et les enquêtes épidémiologiques auprès des professionnels de la santé.

Entre avril 2002 et décembre 2005, des renseignements épidémiologiques ont été recueillis concernant 2 055 résidents différents de Montréal dont les spécimens ont été confirmés positifs. D'après les renseignements recueillis, 15,5 % de ces personnes s'étaient déjà injecté des drogues et 4,0 % étaient des hommes qui s'étaient déjà injecté des drogues et qui avaient eu des relations sexuelles avec d'autres hommes.[5]

1.2 PROGRAMME DE PRÉVENTION AUPRÈS DES UDI DE MONTRÉAL

Le programme régional de prévention auprès des UDI est le fruit d'une réflexion qui s'est déroulée entre 1994 et 1997, époque durant laquelle la Régie régionale de Montréal-Centre régionalisait la santé publique.

Tout d'abord, toutes les données disponibles indiquaient qu'il était urgent d'agir face à la situation du sida chez les UDI. Cette urgence ressortait autant des données de surveillance du sida (augmentation de la proportion des cas reliés à l'injection de drogues) que des données des études épidémiologiques (prévalence et incidence : CACTUS-Montréal, étude de prévalence chez les jeunes de la rue, la cohorte St-Luc, SurvUDI). Le bilan des services de prévention, effectué dans le cadre de l'évaluation de la phase 4 de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida, daté de mars 1996, soulignait également la nécessité d'accentuer les efforts auprès des UDI à Montréal.[6]

Au même moment, une nouvelle dynamique régionale était en train de se créer. Ainsi, un plan d'action en prévention du sida était en voie d'élaboration; dans ce plan, la population UDI devenait une population prioritaire. Ce plan reconnaissait l'importance de développer une perspective régionale (rejoindre l'ensemble des UDI de l'île de Montréal) tout en renforçant l'action locale. Les services de réadaptation de Montréal étaient en voie de se réorganiser et le virage ambulatoire entraînait des modifications dans le rôle des CLSC.

Au cours de cette période, le rôle crucial des organismes communautaires en prévention était de plus en plus reconnu. Depuis 1989, ces organismes sont les acteurs incontournables de l'intervention auprès des UDI à Montréal. Les contacts directs avec les UDI se font principalement par ces organismes. CACTUS-Montréal, le premier programme *d'outreach* à ouvrir au Québec, s'est implanté en 1989, suivi par l'Anonyme en 1990, par Spectre de rue et Pic-Atouts en 1991, par Pact de rue en 1993 (pour le comptoir de seringues; début de l'organisme en 1990) et par Pré-Fix en 1995. Ces programmes ont des approches différentes pour rejoindre les UDI (comptoir de distribution, travail de rue, centre de jour/lieu de rencontre et unité mobile), mais tous sont directement en contact avec eux.

À l'époque où la régionalisation s'implante, un mouvement se dessine visant à recadrer l'action auprès des UDI dans une perspective globale de réduction des méfaits. Cette tendance transparaît à plusieurs niveaux comme en font foi les documents suivants :

- L'usage de drogues et l'épidémie du VIH (MSSS, 1994);[7]
- Stratégie québécoise de lutte contre le sida, phase 4 : Orientations 1997-2002;[8]
- Les priorités nationales de santé publique (1997-2002);[9]
- Le rapport du comité permanent de lutte à la toxicomanie.[10]

Basé sur l'ensemble de ces paramètres, un plan d'action régional de prévention des MTS et du VIH auprès des UDI de Montréal a donc été élaboré à la Direction de santé publique (DSP) de Montréal. Le plan comporte quatre axes stratégiques visant :

1. une plus grande utilisation de seringues neuves par les UDI;
2. une plus grande utilisation des services de santé de première ligne par les UDI;
3. la création d'un environnement social favorable aux comportements sécuritaires;
4. la mobilisation (*l'empowerment)* des UDI.

Le premier axe se justifie par le nombre important d'UDI, particulièrement d'UDI cocaïnomanes, à Montréal et par l'association entre la consommation de cette drogue et le risque de devenir infecté par le VIH. L'analyse de la situation montrait, qu'en 1995, le nombre de seringues disponibles était nettement insuffisant. En effet, environ 300 000 seringues étaient alors distribuées ou vendues annuellement. Or, Remis et al. ont estimé, qu'en 1994, 10 683 000 seringues auraient été nécessaires pour combler les besoins des UDI de Montréal en utilisant une seringue neuve pour chaque injection.[11] Les seringues distribuées représentaient donc moins de 5 % des besoins des UDI. Le premier axe du plan d'action vise donc à favoriser *l'outreach* (rejoindre les UDI dans leurs milieux) et à accroître l'accès aux seringues stériles.

La DSP avait alors fixé à 1 000 000 de seringues l'objectif de distribution annuelle en 1997 à Montréal. Pour favoriser l'atteinte de cet objectif, les programmes de prévention ont levé la limite du nombre de seringues remises à l'usager lors d'une visite et au cours d'une journée. De plus, une nouvelle enveloppe budgétaire a été ajoutée pour permettre l'augmentation du nombre de seringues distribuées par les organismes en fonction des demandes des usagers.

Dans le cadre de la prévention du VHC, un nouveau volet s'est ajouté à l'utilisation d'un plus grand nombre de seringues neuves. Il vise la distribution de nouveaux matériels afin de favoriser l'injection à risque réduit à toutes les étapes. Ainsi, depuis l'automne 2003, des ampoules d'eau stérile et des stéricups sont disponibles dans les organismes participants.

En 2006, nous avons évalué à nouveau la quantité de matériel d'injection nécessaire pour que chaque injection soit faite avec du matériel stérile. Cette analyse a montré que les seringues distribuées annuellement représentaient moins de 10 % des besoins estimés des injecteurs montréalais. La situation serait aussi peu enviable pour les autres matériels liés à l'injection.[12] Beaucoup de travail reste donc à faire dans cet axe du plan régional de prévention.

Le deuxième axe vise à offrir aux UDI l'accès sans discrimination à des services médicaux et psychosociaux de première ligne (incluant la méthadone), de désintoxication et de réadaptation. Ce deuxième axe a fait l'objet d'un projet d'adaptation des services en CLSC pour les UDI. Ce projet a débuté en 1998 dans sept territoires de CLSC. En 2006, dix CLSC et une clinique communautaire y participaient et offraient la distribution de matériel stérile d'injection et la récupération de seringues.

Les troisième et quatrième axes visent à améliorer l'environnement physique, social et juridique des UDI et à accroître leur capacité à se prendre en main et à développer eux-mêmes des systèmes de support social. Dans le développement de ces axes, des projets de production de journaux ont vu le jour. Ces projets ont la particularité d'impliquer les UDI à toutes les étapes de la réalisation, incluant la rédaction de textes sur divers sujets reliés à la réduction des méfaits. Toujours dans le but de favoriser leur *empowerment*, un regroupement d'UDI s'est également formé récemment.

2. MÉTHODES

Nous avons utilisé des informations provenant de différentes composantes du Programme régional de prévention chez les UDI de Montréal pour décrire les actions des centres d'accès au matériel stérile d'injection. La principale source d'information a été le monitorage fait par les différents organismes et établissements. Nous avons également utilisé les données provenant du système central de distribution de matériel de protection et de récupération de seringues usagées et celles du Projet Stop sida UDI/Pharmacies. Les sections qui suivent décrivent plus en détail ces différentes sources d'information.

2.1 DONNÉES DE MONITORAGE DES CENTRES D'ACCÈS AU MATÉRIEL STÉRILE D'INJECTION

Les données de monitorage sont des données recueillies par chaque organisme afin de décrire ses activités. En 1998-1999, un outil commun de collecte a été développé conjointement par la DSP et les cinq principaux organismes intervenant auprès des UDI, soit CACTUS-Montréal, Spectre de rue, Pact de rue, l'Anonyme et Dopamine. Cet outil vise le monitorage des activités effectuées dans les sites fixes.

À l'automne 1999, ces cinq organismes ont débuté l'utilisation de cette fiche pour le monitorage des activités dans leurs sites fixes. Par la suite, son utilisation s'est étendue progressivement aux autres organismes offrant du matériel d'injection, incluant des CLSC. En mars 2006, douze organismes communautaires et douze établissements du réseau de la santé participaient au monitorage.

Chaque mois, tous les centres participants font parvenir leurs fiches complétées à la DSP qui se charge de leur saisie et de leur analyse. Des rapports sur les visites et le matériel distribué et récupéré sont retournés régulièrement à chaque centre.

Par ailleurs, plusieurs centres offrent des services aux UDI selon d'autres modalités que les comptoirs de distribution (par exemple, par l'intermédiaire de travailleurs de rue). Toutefois, à l'heure actuelle, chacun de ces centres recueille des données sur ces autres types d'activité selon sa propre méthode. La prochaine étape pour l'amélioration du monitorage sera l'élaboration d'un outil commun de collecte pour les travailleurs de rue.

2.2 DONNÉES PROVENANT D'AUTRES VOLETS DU PROGRAMME RÉGIONAL DE PRÉVENTION AUPRÈS DES UDI DE MONTRÉAL

2.2.1 Système central de distribution de matériel de protection et de récupération de seringues usagées

Dans le cadre du Programme régional de prévention auprès des UDI de Montréal, un système central de distribution et de récupération du matériel de protection a été mis en place. Ce système était une manière d'assurer l'approvisionnement en matériel pour tous les partenaires du réseau de la santé et tous les organismes communautaires prêts à distribuer du matériel stérile d'injection.

En mars 2006, le matériel de protection distribué via le système central comprenait des condoms (lubrifiés et non-lubrifiés), des seringues de 0,5, 1 et 3 ml (Térumo et BD), des bacs de récupération de divers formats, des tampons alcoolisés, des ampoules d'eau stérile, des stéricups (incluant chacun un contenant métallique pour la dilution et le chauffage de la drogue, un filtre, un tampon post-injection et un manchon pour tenir le contenant lors du chauffage), des gants, des sachets de gelée lubrifiante, des bouteilles avec bouchon pour le transport de l'eau et des sacs de papier pour le transport « discret » du matériel.

Les organismes contactent la DSP, une fois par mois, pour commander le matériel dont ils ont besoin. La DSP commande l'ensemble du matériel requis auprès des fournisseurs et les articles commandés sont livrés directement à chaque organisme. Les coûts du matériel sont assumés par la DSP.

Un système similaire existe pour la récupération des seringues usagées. La compagnie de récupération passe dans les organismes communautaires participants pour récupérer les bacs remplis. Les factures sont envoyées par les organismes à la DSP qui assume également ces coûts.

2.2.2 Projet Stop sida UDI-pharmacies

Le projet Stop sida UDI-pharmacies, qui fait également partie du Programme régional de prévention auprès des UDI de Montréal, a débuté en 1996. Ce projet vise à promouvoir la vente de seringues sans prescription ainsi que la récupération de seringues dans l'ensemble des pharmacies de l'île de Montréal. Les objectifs sous-jacents sont les suivants :

- Augmenter l'accès à du matériel de protection dans un plus grand nombre de quartiers et selon des plages horaires différentes de celles des sites d'échange de seringues;
- Favoriser le contact des UDI avec les professionnels de la santé et leur réseau de référence.

Parmi les activités entreprises dans le cadre du projet Stop sida UDI-pharmacies, nous présenterons un résumé d'une enquête menée auprès des pharmacies de l'île de Montréal ainsi que des données sur les trousses de prévention du VIH chez les UDI vendues en pharmacie.

2.2.2.1 Enquête auprès des pharmaciens

Une enquête a été effectuée entre octobre 1996 et mai 1998 auprès des 416 pharmacies de l'île de Montréal. Le questionnaire recueillait principalement des informations sur la vente de seringues sans prescription, le nombre de seringues vendues, la récupération de seringues usagées, l'offre du service de méthadone et l'offre de conseils et de références aux UDI. Ce questionnaire a donc permis d'obtenir une approximation des seringues vendues et récupérées mensuellement par les différentes pharmacies.

À la fin du premier questionnaire, les pharmacies étaient invitées à participer au projet Stop sida UDI-pharmacies. Cette participation pouvait prendre plusieurs formes : inscription sur la liste officielle des sites d'accès aux seringues, vente de trousses produites par le projet, participation au programme de récupération du projet, etc. Un questionnaire de suivi était administré par la suite aux pharmacies interrogées lors de la première phase et ayant accepté de vendre des trousses. Ce questionnaire visait à connaître l'opinion des pharmaciens quant aux trousses produites par le projet.

Un rapport complet sur l'enquête auprès des pharmacies est disponible à la Direction de santé publique de Montréal.[13]

2.2.2.2 Vente de trousses de prévention du VIH chez les UDI

Une trousse de prévention du VIH chez les UDI a été élaborée dans le cadre du projet Stop sida UDI-Pharmacies. En mars 2006, cette trousse contenait 4 seringues (Térumo de 1 ml), 4 stéricups, 4 ampoules d'eau stérile, 4 tampons alcoolisés, 3 condoms ainsi que du matériel d'information imprimé. Les éléments de la trousse sont emballés dans un sac de plastique transparent scellé à la chaleur. Cette trousse est offerte en vente libre, sans prescription. Son prix de vente suggéré est de 1,00 $ ou moins. Depuis décembre 2000, elle est donnée gratuitement aux pharmaciens par la DSP.

Les trousses sont commandées par les pharmacies directement auprès de la compagnie qui les fabrique. Une facture ainsi qu'un sommaire des commandes sont envoyés à la DSP. Le sommaire permet de connaître le nombre de trousses, donc le nombre de seringues, achetées chaque mois par les pharmacies.

Deux enquêtes évaluant les trousses ont été effectuées. La première ciblait les UDI qui achètent des seringues en pharmacie et visait, entre autres, à évaluer l'adéquation entre les produits contenus dans

la trousse et les besoins des UDI. La seconde enquête ciblait les UDI qui fréquentent des organismes distribuant du matériel stérile d'injection et visait à obtenir leur appréciation des forces et des faiblesses de la trousse dans le but de pouvoir y apporter des modifications si nécessaire.

Un rapport complet concernant les trousses de prévention est disponible à la Direction de santé publique de Montréal.[14]

3. RÉSULTATS

3.1 CENTRES D'ACCÈS AU MATÉRIEL STÉRILE D'INJECTION QUI PARTICIPENT AU MONITORAGE DES ACTIVITÉS

Au 31 mars 2006, 24 centres d'accès au matériel stérile d'injection participaient au programme régional de monitorage des activités. Parmi ces centres, on retrouvait les 12 organismes communautaires suivants :

- CACTUS-Montréal
- Dopamine
- Geipsi
- Ketch Café
- L'Accès-Soir
- L'Anonyme
- Pact de rue
- Plein Milieu
- Relais Méthadone
- Spectre de rue
- STELLA
- TRAC

On retrouvait également 12 établissements du réseau de la santé (établissements RSSS) :

- Clinique communautaire Pointe St-Charles
- Clinique NAOMI
- CLSC Ahuntsic
- CLSC de Rosemont
- CLSC des Faubourgs
- CLSC Hochelaga-Maisonneuve
- CLSC Métro
- CLSC Petite Patrie
- CLSC Plateau Mont-Royal
- CLSC St-Louis-du-Parc
- CLSC Verdun/Côte St-Paul
- CLSC Villeray

Les prochaines sections de ce rapport présenteront les données recueillies dans ces différents centres entre avril 2003 et mars 2006. Certains centres n'ont pas contribué durant toute la période, soit parce qu'ils ont ouvert durant l'intervalle ou parce qu'ils ont adhéré au monitorage durant cette période.

Ajoutons que les données présentées décrivent uniquement les activités des sites fixes de distribution. Les données sur les activités des travailleurs de rue ne sont pas présentées.

3.2 DONNÉES RECUEILLIES DANS LE CADRE DU MONITORAGE DES ACTIVITÉS DES SITES FIXES

3.2.1 Caractéristiques de la clientèle des sites fixes

Le nombre de visites enregistrées dans les centres d'accès au matériel stérile d'injection de Montréal participant au monitorage régional est de 62 536 en 2003-2004, de 59 134 en 2004-2005 et de 63 716 en 2005-2006. Le nombre de visites enregistrées par type d'organisme et année est présenté au tableau 1. La grande majorité des visites sont enregistrées dans les centres d'accès communautaires, avec plus de 90 % des visites.

Tableau 1 : Répartition des visites selon le type de centre et l'année dans les centres d'accès au matériel stérile de Montréal participant au monitorage régional (avril 2003 à mars 2006)

	2003-2004		2004-2005		2005-2006	
	N	%	N	%	N	%
Centres d'accès communautaires	58 097	92,9	54 873	92,8	58 936	92,5
Établissements RSSS	4 439	7,1	4 261	7,2	4 780	7,5
Total	**62 536**		**59 134**		**63 716**	

Les usagers indiquent sur la fiche s'il s'agit de leur première visite au centre. Cette information était disponible pour 97,0 % des visites pour 2005-2006. Environ 10 % de ces visites ont été identifiées comme ayant été effectuées par des nouveaux usagers du programme. Des pourcentages similaires ont été observés en 2003-2004 et en 2004-2005.

3.2.1.1 Analyse des visites selon le sexe

Le tableau 2 présente la distribution des visites selon le sexe et l'année. Pour les trois années, la répartition des visites par sexe a été similaire, avec environ 65 % des visites effectuées par des hommes.

Tableau 2 : Distribution des visites selon le sexe et l'année dans les centres d'accès au matériel stérile de Montréal participant au monitorage régional (avril 2003 à mars 2006)

Sexe	2003-2004		2004-2005		2005-2006	
	N	%*	N	%*	N	%*
Homme	40 363	65,4	37 554	64,7	40 801	65,3
Femme	21 001	34,0	20 137	34,7	21 102	33,8
Travesti(e)/transsexuel(le)	311	0,6	385	0,7	572	0,9
Manquant	811		1058		1241	
Total	**62 536**		**59 134**		**63 716**	

* % calculé sur les données disponibles

3.2.1.2 Analyse des visites selon l'âge

Les données recueillies permettent de calculer l'âge des personnes qui fréquentent les centres d'accès. Lors de l'implantation du monitorage, tous les centres impliqués ont convenu qu'il était hautement improbable qu'une personne âgée de 12 ans ou moins ou âgée de 80 ans ou plus se présente dans l'un des programmes. Les fiches correspondant à ces âges sont donc exclues des analyses sur l'âge. Elles sont cependant conservées pour toutes les autres analyses.

Chaque année, des visiteurs de tous les âges se sont présentés dans les centres d'accès. Certains étaient aussi jeunes que 14 ans et d'autres avaient jusqu'à 79 ans. Le tableau 3 présente la répartition des visites selon le groupe d'âge et l'année. Chaque année, les 40 ans et plus représentaient la plus grande proportion des visites, soit environ 30 %. Le 2e groupe d'âge le plus représenté était celui de 20-24 ans pour 2003-2004, alors que pour 2004-2005 et 2005-2006, c'était celui des 25-29 ans.

Tableau 3 : Distribution des visites selon le groupe d'âge et l'année dans les centres d'accès au matériel stérile de Montréal participant au monitorage régional (avril 2003 à mars 2006)

Groupe d'âge	**2003-2004**		**2004-2005**		**2005-2006**	
	N	**%***	**N**	**%***	**N**	**%***
Moins de 15 ans	87	0,1	11	0,02	10	0,02
15 à 19 ans	3 012	5,0	2 229	3,9	2 271	3,7
20 à 24 ans	12 125	20,1	9 842	17,4	9 621	15,8
25 à 29 ans	10 549	17,5	11 389	20,2	12 953	21,3
30 à 34 ans	7 741	12,8	7 078	12,5	7 598	12,5
35 à 39 ans	9 674	16,0	8 782	15,5	9 377	15,4
40 ans et plus	17 213	28,5	17 181	30,4	18 887	31,1
Donnée manquante ou fiche exclue **	2135		2622		2 999	
Total	**62 536**		**59 134**		**63 716**	

* % calculé sur les données disponibles

** après consultation avec les différents centres, nous avons convenu qu'il serait hautement improbable qu'une personne âgée de 12 ans ou moins ou âgée de 80 ans ou plus se présente dans l'un des programmes. Les fiches correspondant à ces âges sont donc exclues des analyses sur l'âge. Elles sont cependant conservées pour toutes les autres analyses.

Le tableau 4 montre la répartition des visites par catégorie d'âge chez les hommes, les femmes et les travesti(e)s/transsexuel(le)s pour l'année 2005-2006. Il y a une différence significative entre ces trois répartitions par catégorie d'âge. Chez les hommes, la plus grande proportion des visites (39,8 %) se trouve chez les 40 ans et plus, alors que pour les femmes la plus grande proportion des visites (26 %) se trouve chez les 20 à 24 ans et les 25 à 29 ans et chez les travesti(e)s/transsexuel(le)s, la plus grande proportion (33,0 %) se trouve dans la catégorie des 20 à 24 ans. On note aussi une variation des proportions entre les années. Les changements dans les catégories d'âge observés globalement à travers les trois années se vérifient chez les hommes et chez les femmes (diminution de la proportion des visites chez les 20 à 24 ans et augmentation chez les 25 à 29 ans). Chez les travesti(e)s/transsexuel(le)s, la proportion des visites par groupe d'âge est très variable d'une année à l'autre.

Tableau 4 : Distribution des visites selon le groupe d'âge et sexe dans les centres d'accès au matériel stérile de Montréal participant au monitorage régional (avril 2005 à mars 2006)

	Hommes		Femmes		Travesti(e)/ Transsexuel(le)		Total	
Groupe d'âge	**N**	**%***	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Moins de 15 ans	8	0,02	2	0,01	0	0,0	10	0,02
15 à 19 ans	1 103	2,8	1 131	5,6	13	2,4	2 247	3,7
20 à 24 ans	4 005	10,2	5 365	26,4	176	33,0	9 546	15,9
25 à 29 ans	7 427	19,0	5 326	26,2	73	13,7	12 826	21,4
30 à 34 ans	4 294	11,0	3 150	15,5	94	17,6	7 538	12,6
35 à 39 ans	6 737	17,2	2 470	12,2	78	14,6	9 285	15,5
40 ans et plus	15 606	39,8	2 870	14,1	100	18,7	18 576	30,9
Donnée manquante pour l'âge ou fiche exclue	1 621		788		38		2 447	
Total	**40 801**		**17 058**		**589**		**62 475**	

* % calculé sur les données disponibles

Cette différence d'âge entre les sexes est également clairement illustrée par le calcul de l'âge moyen par sexe présenté dans le tableau 5. Chaque année, les hommes étaient nettement plus âgés que les femmes. Tant chez les femmes que chez les hommes, l'âge moyen a augmenté entre 2003-2004 et 2005-2006.

Tableau 5 : Âge moyen des visites enregistrées selon le sexe et l'année dans les centres d'accès au matériel stérile de Montréal participant au monitorage régional (avril 2003 à mars 2006)

Sexe	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-200**
Homme	35,8 ans	36,3 ans	36,4 ans
Femme	28,3 ans	29,0 ans	29,6 ans
Travesti(e)/transsexuel(le)	36,4 ans	37,1 ans	31,6 ans
Total	**33,2 ans**	**33,8 ans**	**34,1 ans**

La répartition par groupe d'âge des visites effectuées dans les établissements du réseau est similaire à celle des visites effectuées dans les organismes communautaires. Pour les deux types d'organismes, le groupe le plus représenté est celui des 40 ans. Ce groupe représentait toutefois 50 % des visites dans les établissements du réseau, contre 30 % dans les organismes communautaires pour les trois dernières années. Le calcul de l'âge moyen montre également que les visites dans les établissements du réseau sont effectuées par des gens plus âgés. En effet, en 2005-2006, l'âge moyen était de 39,2 ans dans les organismes du réseau comparativement à 33,7 ans dans les organismes communautaires.

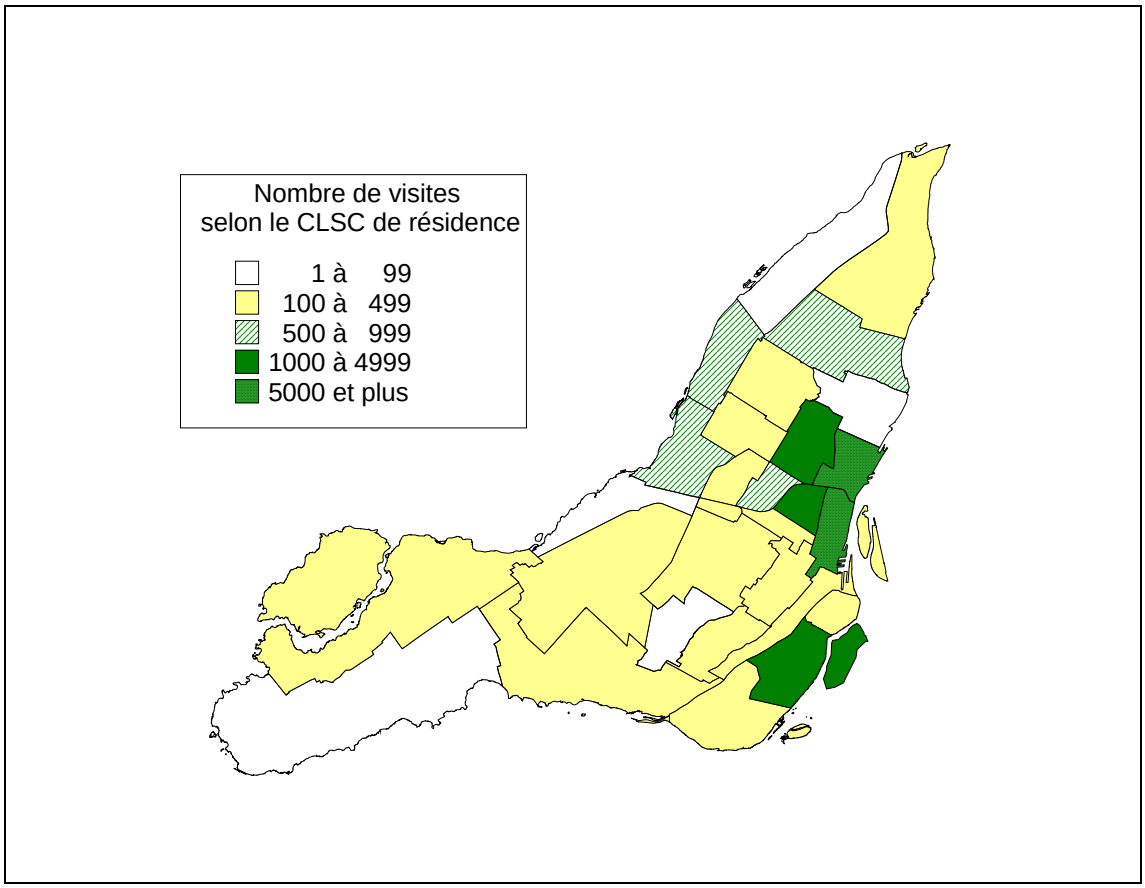
3.2.1.3 Analyse des visites selon le lieu de résidence

La fiche de monitorage permet de recueillir des informations sur le lieu de résidence des usagers. La première question demande à l'usager s'il réside dans le quartier où le service est offert. S'il répond non, une sous-question demande des précisions sur le quartier ou la ville de résidence. S'il répond oui, le quartier de résidence est déterminé d'après le quartier où se trouve l'organisme ou, s'il s'agit de l'unité mobile, d'après le quartier où a été effectué l'arrêt.

En 2005-2006, l'information complète sur le lieu de résidence était disponible pour 52 562 visites, soit 82,5 % des visites. Pour la vaste majorité de ces visites (87,2 %), l'usager résidait sur l'île de Montréal. Pour 11,1 % des visites (5 818), l'usager résidait ailleurs au Québec; parmi ces visites, 1 850 provenaient de la rive sud de Montréal et 1 000 de Laval et la rive nord. De plus, pour 116 visites (0,2 %), l'usager résidait ailleurs au Canada et pour 231 visites (0,4 %), il résidait à l'extérieur du Canada. Ajoutons que pour 1,0 % des visites, l'usager a indiqué qu'il était sans domicile fixe. Pour 2003-2004 et 2004-2005, la répartition des visites par région de résidence était semblable.

Nous avons séparé l'île de Montréal selon les territoires de ses 29 CLSC. En utilisant l'information sur le quartier de résidence, nous avons attribué chaque visite au territoire de CLSC où résidait l'usager. Cette information est disponible pour 45 846 visites effectuées par des résidents de l'île entre avril 2005 et mars 2006. La figure 1 illustre la répartition de ces visites à travers les différents territoires de CLSC. Les 25 917 visites provenant du territoire du CLSC des Faubourgs, qui couvre une bonne partie du centre-ville, représentaient 56,7 % de toutes les visites utilisées pour cette analyse. Les autres territoires de CLSC représentant les plus grandes proportions de visites sont Hochelaga-Maisonneuve (14,5 %, 6 607 visites), Plateau Mont-Royal (6,5 %, 2 974 visites), Rosemont (3,3 %, 1 497 visites) et Verdun/Côte St-Paul (2,9 %, 1 346). Soulignons que, bien que la très grande majorité des visites proviennent des territoires près du centre-ville, des visites proviennent de tous les CLSC de l'île. Une répartition similaire a été observée pour 2003-2004 et 2004-2005.

Figure 1 : Répartition des visites enregistrées dans les centres d'accès au matériel stérile de Montréal participant au monitorage régional selon le CLSC de résidence pour l'île de Montréal (avril 2005 à mars 2006)



Une réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux a amené un nouveau découpage du territoire de l'île de Montréal. Depuis juin 2004, l'île est découpée en douze territoires appelés centres de santé et de service sociaux (CSSS). Chaque CSSS regroupe plusieurs CLSC. À partir du CLSC de résidence, nous avons déterminé le CSSS de résidence. Le tableau 6 montre la répartition des visites selon le CSSS de résidence et l'année. Comme le CLSC des Faubourgs est rattaché au CSSS Jeanne-Mance, la majorité des visites provenaient de ce CSSS, avec environ 65 % des visites pour les trois années. Le deuxième CSSS le plus représenté est le CSSS Lucille Teasdale avec 18 % des visites pour 2005-2006.

Tableau 6 : Distribution des visites enregistrées dans les centres d'accès au matériel stérile de Montréal participant au monitorage régional selon le CSSS de résidence et l'année (avril 2003 à mars 2006)

CSSS de résidence	2003-2004		2004-2005		2005-2006	
	N	%	N	%	N	%
Jeanne-Mance	30 793	66,8	27 385	65,6	29 355	64,2
Lucille Teasdale	6 935	15,0	6 162	14,8	8 116	17,8
Sud-Ouest/Verdun	1 538	3,3	1 732	4,2	2 088	4,6
Ahuntsic/Montréal-Nord	1 508	3,3	1 304	3,1	1 242	2,7
Pointe de l'île	922	2,0	1 147	2,8	1 196	2,6
Cœur de l'Île	1 326	2,9	1 147	2,8	922	2,0
St-Léonard/St-Michel	701	1,5	536	1,3	711	1,6
De la Montagne	557	1,2	731	1,8	708	1,6
Cavendish	462	1,0	472	1,1	514	1,1
Lasalle/Vieux-Lachine/Dorval	705	1,5	589	1,4	373	0,8
Bordeaux-Cartierville/Saint-Laurent	408	0,9	373	0,9	362	0,8
Ouest de l'île	257	0,6	156	0,4	134	0,3
Donnée manquante ou n/d	493		531		125	
Total	**46 605**		**42 265**		**45 846**	

3.2.1.4 Heures des visites

L'information sur l'heure de la visite était disponible pour 95,7 % des visites enregistrées entre avril 2005 et mars 2006. La majorité de ces visites (54,9 %) ont eu lieu de soir, soit entre 16 h et minuit. Plus du quart des visites (26,6 %) ont été enregistrées de jour, soit entre 8 h et 16 h, et 18,4 % de nuit, soit entre minuit et 8 h. Une répartition presque identique a été observée pour les trois années.

La répartition des visites selon l'heure variait en fonction du type de centre d'accès. Dans les centres communautaires, la majorité des visites, soit 57,1 %, sont enregistrées en soirée alors que dans les établissements du réseau, la majorité, soit 77,5 %, le sont durant la journée.

3.2.2 Description du matériel distribué et récupéré dans les programmes participant au monitorage régional

3.2.2.1 La distribution de seringues

Le tableau 7 présente le nombre de seringues stériles distribuées selon le type de centre d'accès au matériel stérile et l'année. Le nombre annuel de seringues distribuées est resté stable au cours des trois dernières années à près de 800 000 seringues.

Soulignons que la proportion des seringues distribuées par les établissements du réseau a augmenté au cours de la période.

Tableau 7 : Répartition des seringues distribuées selon le type de centre et l'année dans les centres d'accès au matériel stérile de Montréal participant au monitorage régional (avril 2003 à mars 2006)

	2003-2004		2004-2005		2005-2006	
	N	%	N	%	N	%
Centres d'accès communautaires	736 463	93,1	720 884	90,5	692 644	88,6
Établissements RSSS	54 763	6,9	75 240	9,5	89 337	11,4
Total	**791 206**		**796 124**		**781 981**	

Le tableau 8 illustre la répartition des visites selon le nombre de seringues distribuées par visite pour 2005-2006. Il montre également le nombre total de seringues données lors de ces visites. Les 781 981 seringues ont été distribuées lors de 40 839 des visites, ce qui représente une moyenne de 19,1 seringues distribuées par visite avec distribution de seringues. Les visites sans seringue distribuée représentaient plus du tiers des visites. À l'autre extrême, celles au cours desquelles 100 seringues et plus étaient distribuées représentaient 4,1 % de toutes les visites. Cependant, 57,5 % de toutes les seringues ont été distribuées lors de ces visites (nombre maximal de seringues : 2 000).

Tableau 8 : Répartition des visites et des seringues selon le nombre de seringues distribuées par visite pour les centres d'accès au matériel stérile de Montréal participant au monitorage régional (avril 2005 à mars 2006)

Nombre de seringues données par visite	Visites		Seringues données	
	Nombre	%	Nombre	%
0	22 877	35,9	0	0,0
1-4	17 416	27,3	37 634	4,8
5-24	17 883	28,1	192 002	24,6
25-99	2 920	4,6	103 183	13,2
≥ 100	2 620	4,1	449 162	57,4
Total	**63 716**		**781 981**	

Le nombre moyen de seringues données par visite a peu varié au cours des trois années (12,7, 13,5 et 12,3). Cependant, si l'on restreint l'analyse aux visites avec seringues données, on observe une augmentation du nombre moyen de seringues données par visite : 15,9 en 2003-2004, 18,3 en 2004-2005 et 19,1 en 2005-2006. Quant à la proportion des visites sans seringue distribuée, elle n'a cessé d'augmenter au cours des trois dernières années; elle était de 20,6 % en 2003-2004, de 26,3 % en 2004-2005 pour passer à 35,9 % en 2005-2006.

3.2.2.2 La récupération de seringues

Le tableau 9 montre les données sur la récupération de seringues usagées dans les sites fixes des centres d'accès au matériel stérile de Montréal qui participent au monitorage régional. Seules les seringues rapportées dans les sites fixes par des usagers y sont comptabilisées. Comme le montre ce tableau, 551 274 seringues ont été récupérées entre avril 2005 et mars 2006. Ces seringues récupérées représentaient 70,5 % du nombre de seringues distribuées. Des seringues ont été rapportées lors de 11 175 visites, soit 17,7 % des visites. En moyenne, 49,3 seringues ont été rapportées lors de chaque visite avec retour de seringues.

Tableau 9 : Récupération de seringues par année pour les centres d'accès au matériel stérile de Montréal participant au monitorage régional (avril 2003 à mars 2006)

	2003-2004	**2004-2005**	**2005-2006**
Nombre de seringues distribuées	791 206	796 124	781 981
Nombre de seringues récupérées	595 639	598 511	551 274
Taux de récupération	75,3	75,2	70,5
Nombre de visites avec seringues récupérées	15 248	12 316	11 175
Nombre moyen de seringues récupérées par visite avec récupération	39,1	48,6	49,3

Le tableau 10 montre la répartition des 63 716 visites enregistrées entre avril 2005 et mars 2006 selon le nombre de seringues récupérées par visite ainsi que le nombre total de seringues récupérées lors de ces visites. On note qu'aucune seringue n'a été récupérée lors d'environ quatre visites sur cinq (82,5 %). On note également que presque 80 % des seringues ont été récupérées lors de visites où 100 seringues et plus ont été rapportées, alors que ces visites représentaient moins de 3 % de toutes celles effectuées.

Tableau 10 : Répartition des visites et des seringues selon le nombre de seringues récupérées par visite pour les centres d'accès au matériel stérile de Montréal participant au monitorage régional (avril 2005 à mars 2006)

Nombre de seringues récupérées par visite	**Visites**		**Seringues récupérées**	
	Nombre	**%**	**Nombre**	**%**
0	52 541	82,5	0	0,0
1-4	4 394	6,9	7 970	1,4
5-24	3 155	5,0	35 250	6,4
25-99	1 687	2,6	71 822	13,0
≥ 100	1 939	3,1	436 232	79,1
Total	**63 716**		**551 274**	

Le taux global de récupération pour la période d'avril 2005 à mars 2006 est de 70,5 %. Cependant, comme l'illustre le tableau 10, le taux de récupération varie fortement en fonction du nombre de seringues données par visite. Ainsi, le taux de récupération était de 23,3 % pour les visites au cours desquelles 1 à 4 seringues ont été données, alors qu'il dépassait 80 % pour celles au cours desquelles 100 seringues et plus ont été données.

Comme l'indique le tableau 11, 41 145 seringues ont été récupérées lors de visites sans seringue donnée. En fait, ces seringues ont été récupérées lors de 689 visites. Le nombre moyen de seringues récupérées lors de ces 689 visites est donc de 59,7.

Tableau 11 : Nombre de visites, de seringues données et récupérées et taux de récupération selon le nombre de seringues données par visite pour les centres d'accès au matériel stérile d'injection de Montréal participant au monitorage régional (avril 2005 à mars 2006)

Nombre de seringues données par visite	Nombre total de visites	Nombre total de seringues données	Nombre total de seringues récupérées	Taux de récupération
0	22 877	0	41 145	--
1-4	17 416	37 634	8 778	23,3 %
5-24	17 883	192 002	54 221	28,2 %
25-99	2 920	103 183	62 713	60,8 %
100-499	2 502	369 568	304 494	82,4 %
≥500	118	79 594	79 923	100,4 %
Total	**63 716**	**781 981**	**551 274**	**70,5 %**

3.2.2.3 La distribution de bacs de récupération

Le tableau 12 présente le nombre de bacs de récupération qui ont été distribués selon le type de centre d'accès au matériel stérile d'injection et l'année. Le nombre de bacs distribués augmente d'année en année. En 2005-2006, ce sont 8 897 bacs qui ont été distribués.

La proportion des visites avec bac de récupération donné a également augmenté d'année en année. En 2003-2004, un bac avait été distribué lors de 7,3 % des visites, alors qu'en 2004-2005 cette proportion avait augmenté à 9,1 % puis à 10,4 % en 2005-2006.

Tableau 12 : Répartition des bacs distribués selon le type de centre et l'année dans les centres d'accès au matériel stérile de Montréal participant au monitorage régional (avril 2003 à mars 2006)

	2003-2004		2004-2005		2005-2006	
	N	%	N	%	N	%
Centres d'accès communautaires	5 886	95,2	6 874	92,0	8 197	92,1
Établissements RSSS	300	4,8	598	8,0	700	7,9
Total	**6 186**		**7 472**		**8 897**	

Comme l'illustre le tableau 13, la distribution de bacs varie en fonction du nombre de seringues données lors de la visite. Ainsi, des bacs ont été distribués lors de moins de 10 % des visites au cours desquelles moins de 25 seringues ont été distribuées. Cette proportion dépasse 40 % pour les visites avec 25 à 99 seringues données et atteint 80 % pour celles avec 500 seringues données et plus. De

2003-2004 à 2005-2006, le principal changement dans la distribution des bacs est survenu pour les visites avec distribution de 25 à 99 seringues. En 2003-2004, des bacs ont été distribués lors de 5,1 % de ces visites. Cette proportion a augmenté à 9,3 % en 2004-2005 et à 15,9 % en 2005-2006.

Tableau 13 : Nombre et % des visites avec bacs distribués selon le nombre de seringues données par visite pour les centres d'accès au matériel stérile d'injection de Montréal participant au monitorage régional (avril 2005 à mars 2006)

Nombre de seringues données par visite	Nombre de visites avec bac donné	Nombre total de visites	% des visites avec bac donné
0	293	22 877	1,3
1-4	336	17 416	1,9
5-24	2 835	17 883	15,9
25-99	1 288	2 920	44,1
100-499	1 805	2 502	72,1
≥500	96	118	81,4
Total	**6 653**	**63 716**	**10,4**

Au cours des dernières années, malgré une diminution du taux de récupération, nous avons observé une augmentation de la distribution des bacs de récupération, tant en nombre de bacs qu'en proportion des visites avec distribution.

3.2.2.4 Le retour de bacs de récupération

Le tableau 14 présente le nombre de bacs de récupérés par type de centre d'accès au matériel stérile et par année. On note une augmentation d'environ 10 % du nombre de bacs récupérés entre 2003-2004 et 2005-2006. Les 5 538 bacs de récupération rapportés entre avril 2005 et mars 2006 par les usagers dans les programmes participants l'ont été lors de 3 336 visites, donc lors de 5,2 % des visites.

Tableau 14 : Répartition des bacs récupérés selon le type de centre et l'année dans les centres d'accès au matériel stérile de Montréal participant au monitorage régional (avril 2003 à mars 2006)

	2003-2004		2004-2005		2005-2006	
	N	%	N	%	N	%
Centres d'accès communautaires	4 797	94,5	4 951	91,2	4 928	89,0
Établissements RSSS	280	5,5	475	8,8	610	11,0
Total	**5 077**		**5 426**		**5 538**	

Notons que le nombre de bacs récupérés en 2005-2006 représentait 62 % du nombre de bacs distribués. Cette proportion a diminué aux cours des dernières années. Elle était de 73 % en 2004-2005 et 82 % en 2003-2004. On comptait environ 1 100 bacs non retournés en 2003-2004, 2 000 en 2004-2005 et 3 300 en 2005-2006.

Nous avons regardé la répartition des visites enregistrées entre avril 2005 et mars 2006 selon le fait qu'un bac ait été récupéré ou non lors de la visite et selon qu'un bac ait été distribué ou non lors de la visite. Cette analyse est présentée au tableau 15. Pour la très vaste majorité des visites (89 %), aucun bac n'a été donné et aucun bac n'a été récupéré. Il y a eu à la fois distribution et récupération de bacs lors de seulement 4,5 % de toutes les visites.

Tableau 15 : Répartition des visites selon la distribution et le retour de bacs de récupération lors de la visite pour les centres d'accès au matériel stérile d'injection de Montréal participant au monitorage régional (avril 2005 à mars 2006)

	Bacs donnés		
Bacs récupérés	**Oui**	**Non**	**Total**
Oui	2 890 (4,5 %)	436 (0,68 %)	3 326
Non	3 763 (5,9 %)	56 627 (88,9 %)	60 390
Total	**6 653**	**57 063**	**63 717**

Nous avons effectué une autre analyse portant sur la répartition des seringues distribuées selon les deux mêmes variables (bacs distribués versus bacs récupérés). Cette analyse, présentée au tableau 16, montre également des résultats intéressants. Ainsi, 298 617 seringues ont été distribuées lors des 2 890 visites au cours desquelles un bac a été donné et un bac a été récupéré. Ce sont donc près de 40 % des seringues qui ont été distribuées lors de 5 % des visites. Les visites avec bacs distribués et récupérés sont les visites au cours desquelles un grand nombre de seringues sont distribuées.

Tableau 16 : Répartition des seringues distribuées selon la distribution et le retour de bacs de récupération lors de la visite pour les centres d'accès au matériel stérile d'injection de Montréal participant au monitorage régional (avril 2005 à mars 2006)

	Bacs donnés		
Bacs récupérés	**Oui**	**Non**	**Total**
Oui	298 617 (38,2 %)	22 496 (2,9 %)	321 113
Non	122 075 (15,6 %)	338 793 (43,3 %)	460 868
Total	**420 692**	**361 289**	**781 981**

3.2.2.5 La distribution de condoms

Le tableau 17 présente le nombre de condoms distribués par type de centre entre avril 2003 et mars 2006. Le nombre total de condoms distribués dans les organismes participant au monitorage n'a cessé d'augmenté au cours des dernières années. Près de 580 000 condoms ont été distribués en 2005-2006.

Tableau 17 : Répartition des condoms distribués selon le type de centre et l'année dans les centres d'accès au matériel stérile de Montréal participant au monitorage régional (avril 2003 à mars 2006)

	2003-2004		2004-2005		2005-2006	
	N	%	N	%	N	%
Centres d'accès communautaires	439 515	97,8	483 701	96,8	530 996	91,7
Établissements RSSS	10 019	2,2	16 216	3,2	47 897	8,3
Total	**449 534**		**499 917**		**578 863**	

Le nombre total de visites avec distribution de condoms a diminué au cours des trois dernières années. Il était de 22 653 en 2003-2004, de 21 273 l'année suivante et de 20 719 en 2005-2006. Durant cette période, le nombre moyen de condoms distribués par visite avec distribution de condoms a augmenté, de 19,8 à 23,5 puis à 27,9. Pour l'année 2005-2006, le nombre maximal de condoms distribués lors d'une visite était de 1 872.

Le tableau 18 montre la répartition des 63 716 visites enregistrées entre avril 2005 et mars 2006 selon le nombre de condoms et de seringues donnés. Globalement, lors d'environ 60 % des visites avec distribution de condoms, aucune seringue n'a été donnée. Parmi l'ensemble des visites, les plus fréquentes étaient celles avec 1 à 4 seringues données mais aucun condom donné (14 242 visites, 22,4 %) et celles avec 5 à 24 seringues données mais aucun condom (14 238 visites, 22,3 %). Suivaient, les visites sans distribution de condom ni de seringue (10 652, 16,7 %), celles avec 25 à 99 condoms donnés mais aucune seringue donnée (6 415, 10,1 %) et celles avec 5 à 24 condoms donnés mais aucune seringue donnée (3 943 visites, 6,2 %).

Tableau 18 : Répartition des visites selon le nombre de seringues et de condoms distribués dans les centres d'accès au matériel stérile de Montréal participant au monitorage régional (avril 2005 à mars 2006)

	Nombre de condoms donnés par visite					
Nombre de seringues données par visite	**0**	**1 à 4**	**5 à 24**	**25 à 99**	**100 et +**	**Total**
0	10 652	1 262	3 943	6 415	605	22 877
1-4	14 242	2 159	863	143	9	17 416
5-24	14 238	865	2 307	453	20	17 883
25-99	2 180	53	355	321	11	2 920
100-499	1 617	9	257	412	197	2 502
≥500	68	1	0	6	43	118
Total	**42 997**	**4 349**	**7 725**	**7 750**	**895**	**63 716**

Nous avons également analysé la répartition des 578 863 condoms donnés selon le nombre de condoms et de seringues donnés par visite (Tableau 19). La plus grande proportion des condoms (231 033 condoms, 39,9 %) ont été distribués lors des visites avec 25 à 99 condoms donnés mais aucune seringue donnée. Rappelons que ces visites représentaient 10,1 % de toutes les visites. La

majorité des autres condoms ont été distribués lors de visites avec 100 condoms et plus mais aucune seringue (129 948 condoms, 22,4 %), de visites avec 5 à 24 condoms donnés mais aucune seringue donnée (49 748, 8,6 %), suivi des visites avec 100 condoms donnés et plus et 100 à 499 seringues données (46 223, 8,0 %).

Tableau 19 : Répartition des condoms selon le nombre de seringues et de condoms distribués par visite dans les centres d'accès au matériel stérile de Montréal participant au monitorage régional (avril 2005 à mars 2006)

	Nombre de condoms donnés par visite					
Nombre de seringues données par visite	**0**	**1 à 4**	**5 à 24**	**25 à 99**	**100 et +**	**Total**
0	0	4 074	49 748	231 033	129 948	414 803
1-4	0	4 158	8 061	4 974	1 096	18 289
5-24	0	2 529	25 015	14 817	3 427	45 788
25-99	0	165	4 583	10 736	1 696	17 180
100-499	0	25	3 763	17 645	46 223	67 656
≥500	0	4	0	222	14 921	15 147
Total	**0**	**10 955**	**91 170**	**279 427**	**197 311**	**578 863**

3.2.2.6 La distribution des bouteilles pour le transport de l'eau

Entre avril 2005 et mars 2006, 13 282 bouteilles pour le transport de l'eau ont été distribuées lors de 5 695 visites. En moyenne, ceci représente donc 2,3 bouteilles données par visite avec distribution de bouteilles.

La distribution des bouteilles pour le transport de l'eau a diminué dans les dernières années. En effet, 24 166 bouteilles ont été distribuées en 2003-2004, 14 598 en 2004-2005 et 13 282 en 2005-2006.

3.2.2.7 La distribution des ampoules d'eau

En août 2003, un nouveau matériel a commencé à être distribué dans les centres d'accès au matériel stérile d'injection, l'ampoule d'eau stérile. Chaque ampoule contient 3 ml d'eau qui est utilisée pour la dissolution de certaines drogues avant l'injection. Le nombre d'ampoules d'eau distribuées en 2003-2004 était de 140 212, en 2004-2005, de 242 649 et, en 2005-2006, de 267 904.

Comme l'illustre le tableau 20, le nombre d'ampoules d'eau données varie en fonction du nombre de seringues données lors de la visite. Si on exclut les visites sans seringue donnée, le nombre moyen d'ampoules données lors des visites avec distribution d'ampoules augmente en fonction du nombre de seringues distribuées. Entre avril 2005 et mars 2006, des ampoules d'eau ont été distribuées lors de 23 870 visites, ce qui représente 37,5 % de toutes les visites.

Tableau 20 : Nombre des visites avec ampoules d'eau distribuées et nombre total et nombre moyen d'ampoules d'eau distribuées selon le nombre de seringues données par les centres d'accès au matériel stérile d'injection de Montréal participant au monitorage régional (avril 2005 à mars 2006)

Nombre de seringues données par visite	Nombre de visites avec ampoules d'eau données	Nombre total d'ampoules d'eau données	Nombre moyen d'ampoules données lors de visites avec ampoules d'eau données
0	562	7 263	12,9
1-4	8 615	19 227	2,2
5-24	11 503	90 753	7,9
25-99	1 846	35 040	19,0
100-499	1 280	101 839	79,6
≥500	64	13 782	215,3
Total	**23 870**	**267 904**	**11,2**

3.2.2.8 La distribution des stéricups

La distribution du stéricup a débuté presqu'en même temps que celle de l'ampoule d'eau, soit en septembre 2003. Il contient un contenant en métal pour mélanger et chauffer la drogue, un filtre, un tampon post-injection et un manchon pour tenir le contenant métallique lorsqu'il est chauffé. Le nombre de stéricups distribués en 2003-2004 était de 42 570, en 2004-2005 de 84 577 et, en 2005-2006, de 98 486.

Comme l'illustre le tableau 21, le nombre de stéricups donnés varie en fonction du nombre de seringues données lors de la visite. Si on exclut les visites sans seringue donnée, le nombre moyen de stéricups donnés lors des visites avec distribution de stéricups augmente avec le nombre de seringues distribuées. Entre avril 2005 et mars 2006, des stéricups ont été distribués lors de 12 444 visites, ce qui représente près de 20 % de toutes les visites et le nombre maximal de stéricups distribués par visite était de 500.

Tableau 21 : Nombre des visites avec stéricups distribués et nombre total et nombre moyen de stéricups distribués selon le nombre de seringues données par visite pour les centres d'accès au matériel stérile d'injection de Montréal participant au monitorage régional (avril 2005 à mars 2006)

Nombre de seringues données par visite	Nombre de visites avec stéricup donné	Nombre total de stéricups donnés	Nombre moyen de stéricups donnés lors de visites
0	326	2 799	8,6
1-4	4 106	7 941	1,9
5-24	6 218	37 954	6,1
25-99	1 030	14 453	14,0
100-499	732	32 780	44,8
≥500	32	2 559	102,4
Total	**12 444**	**98 486**	**7,9**

3.2.2.9 Visites et distribution de matériel selon le destinataire du matériel (seringues et condoms)

Les usagers peuvent indiquer sur la fiche de monitorage à qui est destiné le matériel qu'ils viennent chercher. Ainsi, ils peuvent indiquer s'ils viennent chercher des seringues ou des condoms uniquement pour leurs besoins personnels, uniquement pour les besoins d'autres personnes ou s'ils viennent en chercher à la fois pour eux et pour d'autres.

Pour l'année 2005-2006, l'information sur le destinataire du matériel était disponible pour 88,4 % des visites avec seringues données, soit 36 085 visites. Pour 79 % de ces visites, les seringues étaient uniquement pour les besoins personnels des usagers. Pour 6 % des visites, ces seringues étaient pour les besoins d'autres personnes uniquement et pour 14 % des visites, elles étaient à la fois pour les usagers eux-mêmes et pour d'autres personnes. Pour 2003-2004 et 2004-2005, des proportions similaires ont été observées.

En 2005-2006, lors des visites où les seringues étaient pour l'usager lui-même, le nombre moyen de seringues distribuées par visite était de 13,8. Ce nombre était de 44,3 pour les visites où les seringues étaient pour l'usager et pour d'autres personnes. Finalement, il était de 45,5 pour les visites où les seringues étaient uniquement pour d'autres personnes.

Au cours des trois dernières années, le nombre moyen de seringues données par visite quand les seringues sont pour d'autres uniquement a légèrement augmenté. En 2003-2004, il était de 33,4, en 2004-2005, de 43,9 et de 45,5 en 2005-2006. Ce nombre moyen est toutefois plus bas que celui observé pour 2000-2002 qui était de 61,2.

Pour l'année 2005-2006, l'information sur le destinataire des condoms était disponible pour 75 % des visites avec condoms distribués, soit 15 473 visites. Pour 77 % de ces visites, les condoms étaient uniquement pour les besoins personnels des usagers, pour 9 % des visites, les condoms étaient pour les besoins d'autres personnes uniquement et, finalement, pour 13 % des visites, les condoms étaient à la fois pour les usagers et pour d'autres personnes. Les proportions étaient identiques pour 2003-2004 et 2004-2005.

Lors des visites où les condoms étaient pour l'usager lui-même, le nombre moyen de condoms distribués par visite était de 24,2. Ce nombre était de 44,0 pour les visites où les condoms étaient l'usager et pour d'autres personnes. Finalement, ce nombre était de 83,6 pour celles où les condoms étaient pour d'autres personnes. Au cours des trois dernières années, on observe une augmentation importante du nombre moyen de condoms donnés par visite lorsque les condoms sont pour d'autres seulement. En effet, ce nombre était de 44,7 en 2003-2004, il augmentait à 61,9 en 2004-2005 et il atteignait 83,6 en 2005-2006.

3.2.2.10 Visites avec distribution de pipes (utilisateurs de crack)

Depuis quelques années, les organismes communautaires, en réponse à une demande de leurs usagers, ont commencé à vendre des pipes de pyrex pour la consommation du crack ou à montrer la technique pour en fabriquer à partir d'une bouteille pour le transport de l'eau et d'une seringue. Jusqu'en mars 2006, les fiches de monitorage ne comportaient pas d'endroit spécifique où noter la distribution de pipes en pyrex. Toutefois, les intervenants l'indiquaient dans la section commentaire de la fiche. À partir des informations inscrites dans cette section, nous avons analysé les tendances dans la distribution de pipes. Ces analyses étaient basées sur la sélection des fiches comportant l'un des mots suivants : pipe, tube ou pyrex.

En 2003-2004, le mot « pipe » (ou un des deux synonymes) figurait dans le commentaire de près de 3 000 fiches. Ce nombre avait augmenté à 4 775 fiches en 2004-2005 et à 11 731 fiches en 2005-2006. Ces visites représentaient une proportion croissante des visites de mois en mois depuis 2003, passant de 4,0 % en avril 2003 à 20,5 % en mars 2006. Quant à la proportion des visites avec distribution de seringues, elle a diminué de mois en mois durant cette période, passant de 80,0 % à 60,3 %.

Nous avons cherché à savoir si, en 2005-2006, les visites avec distribution de pipes étaient associées avec certaines caractéristiques des visites. Nous avons sélectionné les visites des organismes pour lesquelles la fréquentation des consommateurs de crack était plus élevée, soit Cactus et Spectre de rue. Les variables analysées étaient les suivantes : le groupe d'âge, le sexe, le quartier de résidence (Centre-Sud ou ailleurs), le fait d'avoir reçu ou non des seringues lors de la même visite et le fait d'avoir reçu ou non des condoms lors de la même visite. Les analyses de régression logistique multivariées ont permis d'identifier les variables suivantes comme étant associées de façon indépendante avec les visites avec distribution de pipes à crack : être un homme, être âgé entre 26 et 30 ans (comparativement à 25 ans et moins), ne pas avoir pris de seringue lors de la visite et ne pas avoir pris de condom. Pour l'âge, précisons que les visites des 40 ans et moins sont nettement moins associées aux pipes que celles de 25 ans et moins. Finalement, soulignons que le facteur le plus fortement associé est le fait de ne pas prendre de seringues.

3.2.3 Description des interventions effectuées dans les centres participant au monitorage régional

Des données sur les interventions sont recueillies au verso de la fiche de monitorage, sous six grands thèmes, couvrant 26 sous-thèmes, et selon quatre niveaux d'intensité. Ces niveaux d'intensité sont : 1) information ou éducation; 2) support ou accompagnement dans une démarche; 3) orientation vers une ou des ressources; 4) référence formelle vers une ou des ressources. Pour les orientations et les références, interventions de niveaux 3 et 4, la fiche comporte de l'espace pour indiquer deux lieux vers lesquels les usagers sont dirigés.

Le tableau 22 présente le nombre de visites au cours desquelles au moins une intervention a été notée pour les différents centres participants entre avril 2003 et mars 2006. La proportion de visites avec intervention a augmenté au cours de ces années. Dans les centres d'accès communautaires, la proportion des visites avec intervention est passée de 39,1 % à 66,8 % alors que dans les établissements du réseau, elle a diminué de 52,9 % à 40,0 %.

Tableau 22 : Répartition des visites au cours desquelles au moins une intervention a été effectuée selon le type de centre et l'année dans les centres d'accès au matériel stérile de Montréal participant au monitorage régional (avril 2003 à mars 2006)

	2003-2004		**2004-2005**		**2005-2006**	
	N	**% de toutes les visites***	**N**	**% de toutes les visites***	**N**	**% de toutes les visites***
Centres d'accès communautaires	22 710	39,1	28 127	51,3	39 364	66,8
Établissements RSSS	2 350	52,9	2 176	51,1	19 12	40,0
Total	**25 060**	**40,1**	30 303	**51,2**	41 276	**64,8**

* % de toutes les visites enregistrées dans ce type de centre pour cette année

Entre avril 2005 et mars 2006, au total, 71 263 interventions ont été notées sur les fiches de monitorage des programmes participants. Le tableau 20 présente la répartition de ces interventions par thème et par niveau. Près de 90 % (88,8 %) des interventions sont de niveau 1 (information/éducation), alors que 10,2 % sont de niveau 2 (support/accompagnement), 0,6 % sont de niveau 3 (orientation vers une ou des ressource(s)) et 0,4 % de niveau 4 (référence formelle vers une ou des ressource(s)).

Comme le montre le tableau 23, l'ensemble des thèmes et sous-thèmes qui figurent sur la fiche de monitorage ont été abordés. Au cours de l'année, 13 521 interventions portaient sur le grand thème « Réduction des risques pour la santé » ainsi que 12 500 interventions sur le grand thème « Conditions de vie et environnement », 2 390 sur le grand thème « Santé physique » et, finalement, 1 296 sur le grand thème « Santé mentale ». De plus, le thème « Écoute et prise et maintien de contact » a été coché pour 39 653 visites. Ce thème est utilisé pour une intervention d'ordre général, ne touchant pas un thème en particulier, visant à établir et entretenir une relation de confiance avec l'usager.

Dans le thème « Réduction des risques pour la santé », le sous-thème d'intervention le plus fréquent est « récupération », noté 3 258 fois. Ce sous-thème traite de l'importance de la récupération ainsi que des trucs pour aider à la récupération. La prévention de l'initiation à l'injection a également été abordée souvent, soit lors de 3 173 visites. Ce thème propose des alternatives à l'injection et essaie de la retarder. Soulignons, finalement, que la majorité des interventions de niveau 4 dans ce thème portaient sur « gestion de consommation et toxicomanie ».

Dans le thème « Santé physique », le nombre total d'interventions est relativement faible. Toutefois, les interventions de niveau 4 dans ce thème représentent environ 48,2 % de toutes celles effectuées.

Dans le thème « Santé mentale », la majorité des interventions, soit 1 197, visent à réduire l'isolement des usagers.

Dans le thème « Conditions de vie et environnement », le sous-thème « vie et communauté » a été noté 6 290 fois. Ce sous-thème désigne une intervention visant le soutien dans les relations interpersonnelles, incluant les relations avec les voisins et la police. De plus, un bon nombre d'interventions touchaient le sous-thème « besoins de base », c'est à dire le logement, la nourriture et les vêtements, ainsi que « habitudes de vie, hygiène, argent ».

Finalement, dans le thème « autre intervention », plus de 40 % des fiches ne comportent aucun détail sur les sujets abordés. Parmi celles où le sujet est précisé, la consommation de crack est le plus fréquent.

Tableau 23 : Répartition, par thème et par niveau, des interventions enregistrées dans les centres participant au monitorage régional entre avril 2005 et mars 2006

	Niveaux*				
	1	**2**	**3**	**4**	**Total**
Réduction des risques pour la santé					
Mode de transmission VIH, MTS, hépatites A,B,C	1 214	63	11	2	1 290
Consommation à risques réduits					
Prévention de l'initiation à l'injection	3 094	76	2	1	3 173
Gestion de consommation-toxico	1 857	519	68	21	2 465
Techniques d'injection	1 557	191	3	1	1 752
Récupération	3 077	173	8	0	3 258
Sécurisexe	1 432	141	7	3	1 583
Santé physique					
Vaccination hépatites A et B	312	40	31	58	441
Dépistage et traitement MTS	68	29	30	14	141
Dépistage et traitement VIH/hépatite C	123	51	32	17	223
Contraception/grossesse/avortement	59	20	14	2	95
Gestion des médicaments prescrits	224	62	3	4	293
Conditions médicales	862	242	57	36	1 197
Santé mentale					
Suicide/homicide	58	30	7	1	96
Introspection, problèmes émotifs, problèmes psychiatriques	512	172	13	3	700
Réduire l'isolement	1 903	216	7	2	2 128
Conditions de vie/environnement					
Habitudes de vie/hygiène/argent	1 088	282	5	1	1 296
Besoins de base	1 860	205	50	31	2 146
Emploi	677	144	8	2	831
Études	90	38	2	1	131
Soutien familial	382	126	4	0	512
Sexualité	275	58	2	2	337
Papiers d'identité/cartes	38	14	4	2	58
Droits sociaux	162	41	7	2	212
Aspects légaux	295	92	11	5	403
Vie et communauté	6 011	257	17	5	6 290
Violence	226	53	2	3	284
Écoute/maintien de contact	35 780	3 873	0	0	39 653
Autre type d'intervention	149	56	17	53	275
Total	**63 305**	**7 264**	**422**	**272**	**71 263**

***Niveau 1 : information et éducation. Niveau 2 : support et accompagnement dans une démarche. Niveau 3 : orientation vers une ressource. Niveau 4 : référence vers une ressource**

Les intervenants des centres participant au monitorage ont orienté ou référé des usagers vers d'autres ressources lors de certaines des interventions. Nous avons examiné plus attentivement ces lieux d'orientation et de référence pour les visites effectuées en 2005-2006.

Pour les visites effectuées dans les établissements du réseau, 62 interventions ont mené à des orientations vers d'autres ressources. Les usagers ont principalement été orientés vers un autre service du même CLSC (40 interventions) ainsi que vers un centre de désintoxication, une clinique médicale et un hôpital (3 interventions pour chaque lieu). Seulement 3 interventions ont mené à des références vers d'autres ressources : une vers un centre de désintoxication, une vers l'intervenant qui fait l'échange au CLSC et une vers un lieu non précisé.

Pour les visites effectuées dans les organismes communautaires, 360 interventions ont mené à 379 orientations. Près du quart de ces interventions (75) étaient sur le thème « gestion de consommation et toxicomanie ». Les trois principaux lieux vers lesquels les usagers ont été orientés sont les centres de désintoxication (16), les services de méthadone (12) et les autres centres d'accès au matériel stérile d'injection (11). Le thème « conditions médicales » a également mené à plusieurs orientations (49), le plus souvent vers un CLSC (19), une clinique médicale (9), les services de 1re ligne offerts sur place (8) et un hôpital (7). Le thème « besoin de base » a mené également à 49 orientations; les deux principaux lieux d'orientation étaient des services de dépannage alimentaire (19) et des centres d'hébergement (14). Si l'on ne tient pas compte du thème abordé, les trois lieux vers lesquels le plus d'orientations ont été faites sont les services de 1ère ligne offerts sur place (61), les CLSC (46) et les cliniques médicales (33).

Quant aux interventions effectuées dans un organisme communautaire et ayant mené à une référence, elles sont 296. Les thèmes pour lesquels ces références ont été faites sont principalement la vaccination contre les hépatites A et B (74), la gestion des médicaments prescrits (35), les besoins de base (33) et la gestion de la consommation et la toxicomanie (22). Plus des trois quarts des références pour la vaccination ont été faites vers les services de 1ère ligne offerts sur place. Les autres lieux de référence mentionnés le plus souvent sont les cliniques médicales ex æquo avec les hôpitaux (pour le thème « conditions de santé ») suivis par les centres d'hébergement (pour le thème « besoins de base »). Si on ne tient pas compte du thème abordé, les deux lieux vers lesquels les références ont été les plus fréquentes sont les services de 1re ligne offerts sur place et les cliniques médicales.

3.2.4 Autres fiches de monitorage complétées par les organismes

Certaines fiches de monitorage sont exclues des analyses de base décrites dans les sections précédentes. Ces fiches sont exclues pour cinq raisons :

- Elles sont complétées par un intervenant de l'organisme qui prend du matériel pour distribution (par exemple, par un travailleur de rue);
- Elles sont complétées pour un autre organisme qui vient chercher du matériel pour distribution ou qui rapporte des seringues qu'il a récupérées;
- Elles sont complétées pour une intervention effectuée au téléphone par un intervenant de l'organisme;
- Elles sont complétées pour un citoyen non UDI qui rapporte des seringues qu'il a trouvées dans la rue, dans un parc, etc;
- Elles sont complétées en fin de soirée pour l'ensemble des condoms distribués au cours de la soirée; un organisme procède de cette façon.

Nous avons choisi d'exclure ces fiches car elles ne représentent pas des interactions entre des usagers de l'organisme et les intervenants. Toutefois, il est important de rendre compte de ces activités. En 2003-2004, 285 fiches de monitorage ont ainsi été exclues, en 2004-2005, 350 fiches l'ont été et en 2005-2006, 449 fiches. Pour l'année 2005-2006, les types de fiches étaient : 191 fiches complétées par des intervenants de l'organisme, 31 fiches complétées pour d'autres organismes, 139 interventions téléphoniques, 1 fiche complétée pour des seringues rapportées par un citoyen non UDI et 87 fiches sommaires pour les condoms distribués en fin de soirée.

Les 191 fiches complétées par des intervenants représentaient 1 346 seringues distribuées, 310 seringues rapportées, 18 526 condoms distribués ainsi que 581 ampoules et 169 stéricups. Les 31 fiches complétées pour d'autres organismes représentaient 1 037 seringues données, 4 623 seringues récupérées, 1 138 condoms donnés, 2 051 ampoules d'eau et 51 stéricups distribués. La fiche complétée pour un citoyen non UDI représentait 30 seringues récupérées. Et, finalement, les 87 fiches sommaires complétées en fin de soirée représentaient 24 052 condoms et 67 seringues donnés.

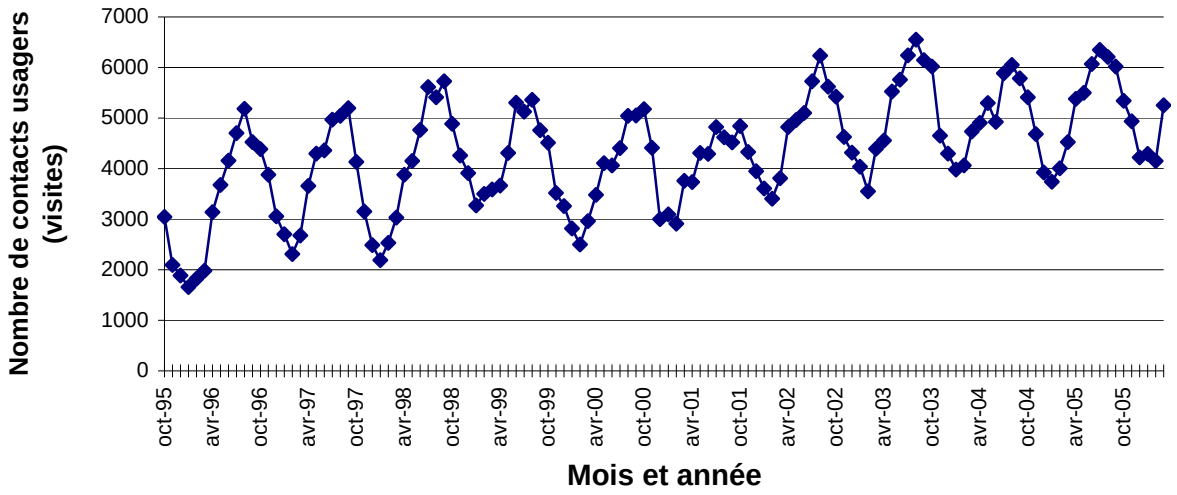
3.3 TENDANCES TEMPORELLES DANS LES VISITES ET LA DISTRIBUTION ET LA RÉCUPÉRATION DE SERINGUES

Dans les sections précédentes, nous avons regardé les données recueillies grâce au monitorage régional entre avril 2003 et mars 2006. La combinaison de ces données avec celles recueillies au cours des années précédentes permet de suivre les tendances temporelles de certains indicateurs, soit le nombre de visites, le nombre de seringues distribuées et le nombre de seringues récupérées. En effet, ces informations sont recueillies dans les centres d'accès aux seringues depuis octobre 1995, d'abord dans le contexte du monitorage provincial puis du monitorage régional.

Le nombre d'organismes fournissant des données a augmenté d'année en année. Au départ, les organismes participants de Montréal étaient : Pic-Atouts et Pré-Fix (devenus ensemble Dopamine par la suite), l'Anonyme, CACTUS-Montréal et le CLSC Hochelaga-Maisonneuve. Spectre de rue s'est ajouté en avril 1996 et Pact de rue en avril 1997. En avril 2000, Geipsi et Relais Méthadone ainsi que les CLSC des Faubourgs, Plateau Mont-Royal, Métro et Villeray se sont ajoutés. Le CLSC Petite Patrie et l'Accès-Soir se sont ajoutés en avril et juin 2002. En 2003-2004, les CLSC St-Louis-du-Parc et Ahuntsic et la Clinique communautaire Pointe St-Charles se sont ajoutés. En 2004-2005, ce fut au tour du CLSC Rosemont, de TRAC, de STELLA et du Ketch Café de débuter le monitorage. Et, finalement, en 2005-2006, le CLSC Verdun/Côte St-Paul et la Clinique Naomi se sont aussi joints au monitorage régional. L'ajout de ces organismes a bien sûr eu un impact sur le nombre de visites enregistrées et sur le nombre de seringues distribuées et récupérées.

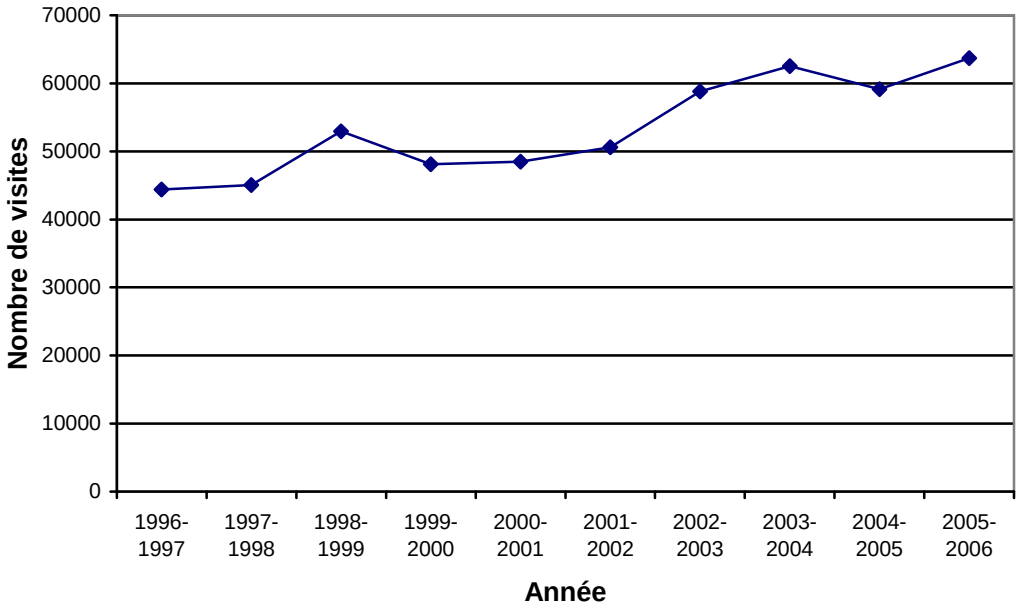
La figure 2 montre le nombre de visites enregistrées chaque mois dans les différents organismes d'octobre 1995 à mars 2006. La courbe montre clairement des variations saisonnières dans le nombre de visites enregistrées dans les organismes. La courbe semble se répéter de façon très similaire d'année en année avec, chaque fois, un pic de fréquentation en été et au début de l'automne et un creux autour des mois de janvier et février.

Figure 2 : Nombre de visites enregistrées par mois dans les centres d'accès au matériel stérile d'injection de Montréal participant au monitorage (octobre 1995 à mars 2006)



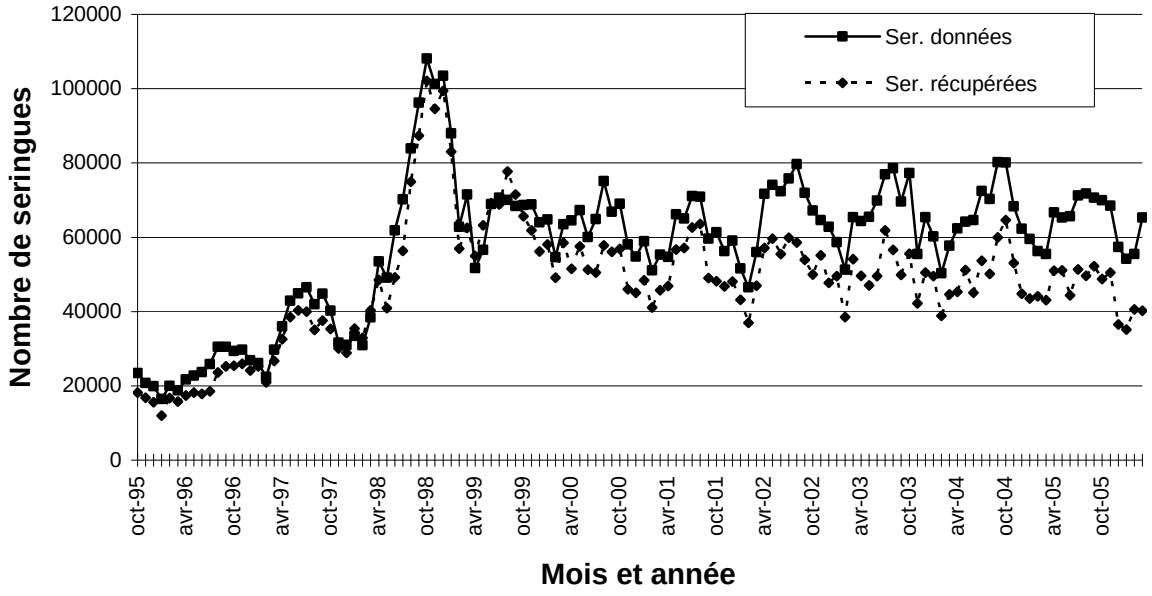
À la figure 3, les mêmes données sont présentées, mais regroupées par année. Cette courbe illustre bien l'augmentation dans le nombre annuel de visites survenue entre 1996 et 2006.

Figure 3 : Nombre de visites enregistrées par année dans les centres d'accès aux seringues de Montréal participant au monitorage (avril 1996 à mars 2006)



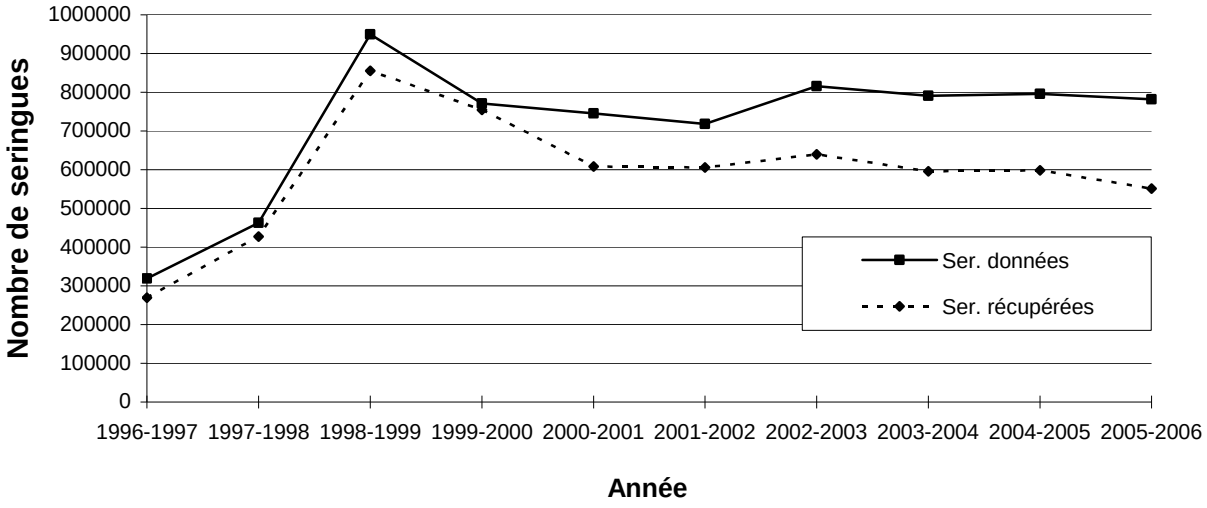
La figure 4 montre le nombre total de seringues distribuées et récupérées chaque mois entre octobre 1995 et mars 2006. Soulignons trois points principaux. Tout d'abord, les deux courbes de seringues distribuées et récupérées se suivent sur toute la période. Toutefois, l'écart entre les deux semble s'accroître dans les dernières années. Deuxièmement, comme pour le nombre de visites, on note des variations saisonnières dans le nombre de seringues distribuées et récupérées. Cependant, les cycles sont moins marqués pour les seringues que pour les visites. Finalement, on note également sur ce graphique une augmentation générale entre 1995 et 1998-1999, suivie d'une diminution en 1999-2000 et une stabilisation au cours des années suivantes.

Figure 4 : Nombre de seringues distribuées et récupérées par mois dans les centres d'accès au matériel stérile d'injection de Montréal participant au monitorage (octobre 1995 à mars 2006)



Afin de faciliter l'analyse des tendances temporelles, la figure 5 présente les données sur les seringues distribuées et récupérées sur une base annuelle. Comme le suggérait la figure 4, le nombre de seringues distribuées par année a augmenté de 1996-1997 à 1998-1999 pour diminuer l'année suivante et se maintenir par la suite. De même, l'écart croissant entre seringues distribuées et récupérées est bien visible.

Figure 5 : Nombre annuel de seringues distribuées et récupérées dans les centres d'accès au matériel stérile d'injection de Montréal participant au monitorage (avril 1996 à mars 2006)



3.4 AUTRES SOURCES D'INFORMATION SUR LE MATÉRIEL DISTRIBUÉ ET RÉCUPÉRÉ

3.4.1 Données du système central de distribution du matériel de protection et de récupération de seringues usagées

Entre avril 2005 et mars 2006, le système central a distribué du matériel à 63 organismes et projets. En plus des 24 organismes qui collaborent au monitorage régional, le système central a distribué du matériel aux 39 organismes suivants :

- À deux mains inc.
- ACCM
- Action Séro-Zéro
- Auberge Madeleine
- Centre d'amitié autochtone de Montréal (CAAM)
- Centre de services Sida Secours du Québec
- Centre Dollard-Cormier
- Centre Inter-Bande des Jeunes de Mtl
- Centres jeunesse et de la famille Batshaw
- Cohorte St-Luc (CHUM)
- CPAVIH
- CRAN
- CRISS
- En marge 12-17
- Foyer pour femmes Autochtones de Montréal
- GAP VIES
- GRIP Montréal
- Hôpital général de Montréal
- Hôpital général Juif
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont, soins ambulatoires
- Institut Thoracique de Montréal
- Ketch Café
- Le Bon Dieu dans la rue
- Le centre Concordia contre l'oppression des genres
- Le Refuge des jeunes de Montréal
- Les Centres Jeunesse de Montréal
- Les Hébergements de l'envol
- L'Itinéraire
- Maison Amaryllis
- Maison Tanguay
- Méta d'Âme
- Passages
- Projet 10
- Projet Dialogue-YMCA
- Ressources Jeunesse de St-Laurent
- Rue Action Prévention (RAP) Jeunesse
- UHRESS-CHUM Hôpital Notre-Dame
- UHRESS-CHUM Hôpital St-Luc
- UHRESS-CHUM Hôtel-Dieu

Le tableau 24 présente le détail du matériel qui a été commandé par les 63 organismes par l'intermédiaire du système central entre avril 2005 et mars 2006.

Tableau 24 : Données sur le matériel commandé par l'intermédiaire du système central entre avril 2005 et mars 2006

Catégorie de matériel	Nombre d'items
Seringues	940 500
Condoms lubrifiés	1 348 704
Condoms non lubrifiés	144 144
Ampoules d'eau stérile	361 300
Stéricups	116 200
Contenants individuels de récupération	12 017
Autres contenants de récupération	1 169
Tampons alcoolisés	657 800
Sachets de lubrifiant	664 648
Bouteilles avec bouchon pour le transport de l'eau	20 750

À partir du nombre de contenants de récupération commandés et du nombre estimé de seringues pouvant entrer dans chaque type de contenant lorsque rempli selon les directives, nous avons estimé le nombre total de seringues qui auraient pu être récupérées dans les contenants commandés. D'après nos estimations, les 13 030 contenants commandés en 2005-2006 (excluant les 156 contenants de 54 litres) auraient pu contenir environ 710 000 seringues.[b]

Les données du système central de distribution permettent de connaître la répartition des seringues distribuées selon la marque (BD ou Térumo) et la grosseur (0,5, 1,0 ou 3,0 ml). Le tableau 25 présente cette répartition pour les seringues commandées entre avril 2005 et mars 2006. Comme le montre le tableau, les seringues de marque Térumo étaient les seringues les plus largement commandées; les Térumo de 0,5 ml représentaient près de 60 % du nombre total et celles de 1,0 ml, 36 %.

[b] Nous n'avons pas tenu compte dans ces analyses des contenants de 54 litres. Ces contenants servent à la récupération de seringues rapportées dans des contenants non sécuritaires. Dans ces cas, le contenant rapporté avec les seringues qu'il contient est déposé directement dans le bac de 54 litres. Il est donc impossible de faire une évaluation globale du nombre de seringues que ces bacs peuvent contenir.

Tableau 25 : Données sur les types de seringues commandées par l'intermédiaire du système central entre avril 2005 à mars 2006

Marque et grosseur	N	%
Térumo 0,5 ml	561 700	59,7
Térumo 1,0 ml	340 200	36,2
Térumo 3,0 ml	900	0,1
BD 0,5 ml	8 200	0,9
BD 1,0 ml	28 300	3,0
BD 3,0 ml	1 200	0,1
Total	**940 500**	**100**

3.4.2 Données du projet Stop sida UDI-Pharmacies

Entre avril 2005 et mars 2006, 64 pharmacies ont acheté des trousses dans le cadre du projet Stop sida UDI-Pharmacies. Au total, ces pharmacies ont commandé 33 820 trousses, représentant 135 280 seringues et autant d'ampoules d'eau et de stéricups. Certaines pharmacies ont également commandé des contenants (76) pour la récupération de seringues.

3.4.3 Boîtes extérieures de récupération de seringues et carte « Ressources santé pour les personnes qui s'injectent des drogues »

La présence de seringues à la traîne dans des lieux publics préoccupe la DSP, tous les programmes d'accès au matériel stérile d'injection ainsi que plusieurs autres partenaires dont la Ville de Montréal. Pour contrer ce problème, une première stratégie d'installation de boîtes extérieures pour la récupération de seringues a été initiée il y a quelques années par Spectre de rue et l'UQAM. Face aux résultats prometteurs de cette initiative, le Comité intersectoriel sur la réduction des seringues à la traîne a choisi de la privilégier pour répondre aux problèmes dans des lieux plus problématiques dans certains quartiers.

Un sous-comité a été formé avec la responsabilité de développer un prototype de boîte en collaboration avec une compagnie qui la fabriquerait et de l'expérimenter dans les lieux ciblés. Des essais ont été faits à l'été 2002.

Par la suite, 27 boîtes ont été installées au centre-ville et dans les quartiers Ahuntsic, Hochelaga-Maisonneuve, Plateau Mont-Royal et St-Louis-du-Parc. Elles ont été placées de façon à être accessibles de jour comme de nuit, dans des parcs, sur les murs extérieurs de CLSC, d'organismes communautaires, de pharmacies ou d'organismes publics et sous le pont Jacques-Cartier.

En juin 2003, une carte, de format de poche, indiquant l'emplacement de ces boîtes a été produite par la DSP. En plus de présenter les détails sur l'emplacement des boîtes, cette carte présente l'adresse et les heures d'ouverture de plusieurs ressources pour les personnes qui s'injectent des drogues : centres d'accès au matériel stérile d'injection, services d'aide et de traitement pour toxicomanes,

centres de jour ou de soir et CLSC qui offrent du matériel d'injection et font de la récupération. Une mise à jour de la carte a été faite en décembre 2005.

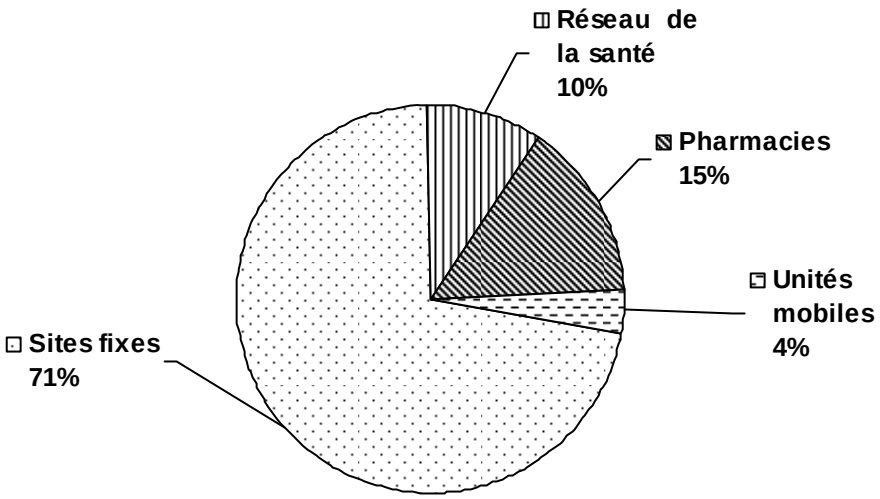
(Les seringues récupérées dans les boîtes extérieures ne sont pas comptabilisées dans le monitorage régional actuel.)

3.5 RÉPARTITION DES SERINGUES DISTRIBUÉES SELON LA MODALITÉ DE DISTRIBUTION

En combinant les données de monitorage et celles sur la vente de trousses de prévention en pharmacie, nous obtenons un total d'environ 917 000 seringues distribuées à Montréal en 2005-2006. Comme l'illustre la figure 6, près des trois quarts de ces seringues ont été distribuées au site fixe d'un organisme.[c] Les établissements du réseau de la santé ont distribué environ 10 % des seringues, les pharmacies en ont vendu près de 15 % et les unités mobiles en ont distribué 4 %.

Pour avoir un portrait plus complet, il faudrait ajouter à ce graphique les seringues distribuées par les travailleurs de rue. Ces données ne sont cependant pas disponibles.

Figure 6 : Répartition des seringues distribuées à Montréal en 2005-2006 selon la modalité de distribution[c]



[c] Pour les besoins de cette analyse, les données des unités mobiles ont été séparées de celles des autres sites fixes. Dans tout le reste du rapport, ces données sont ensemble.

4. DISCUSSION

Hausse du nombre de visites dans les centres d'accès

En 1998, la Direction de santé publique et les cinq principaux organismes communautaires oeuvrant en prévention du VIH auprès des UDI de Montréal ont travaillé à l'élaboration d'un système régional de monitorage des activités des centres d'accès au matériel stérile d'injection. Ce système est implanté depuis l'année 2000-2001. Entre avril 2005 et mars 2006, douze organismes communautaires et douze établissements du réseau de la santé y participaient.

Au cours de la dernière année couverte par ce rapport, près de 64 000 visites ont été enregistrées dans le cadre du système régional de monitorage. Plus de 90 % d'entre elles ont eu lieu dans un centre d'accès communautaire. Ces organismes représentent clairement le cœur de l'intervention auprès des UDI à Montréal. Toutefois, l'apport des établissements du réseau de la santé à la disponibilité du matériel d'injection, bien qu'une proportion limitée de l'ensemble des visites y soit faite, ne saurait être négligé. En effet, leurs heures d'ouverture, souvent complémentaires à celles des organismes communautaires, et leur localisation à travers le territoire favorisent une plus grande accessibilité. Cette avenue apparaît d'autant plus importante à développer que l'on retrouve des CLSC sur l'ensemble de l'île de Montréal. Ces services pourraient être utilisés par des UDI résidant à l'extérieur du centre-ville et qui n'y viennent pas ou encore par des UDI qui n'ont pas le même profil que ceux qui fréquentent les organismes communautaires.

Globalement, depuis le milieu des années 1990, le nombre annuel de visites enregistrées dans les centres d'accès au matériel stérile d'injection a augmenté de près de 40 %. Cette tendance à la hausse doit être maintenue. Cependant, il faut s'assurer que les UDI continuent de représenter la principale clientèle rejointe. L'arrivée massive d'autres types d'usagers pourrait se faire au détriment de l'accessibilité aux services pour les UDI. Bien que les autres types d'usagers aient eu aussi des besoins à combler, la population la plus vulnérable pour la transmission du VIH et du VHC demeure celle des UDI.

Caractéristiques de ceux qui fréquentent les centres d'accès

Les informations recueillies grâce au monitorage permettent de décrire la clientèle des sites fixes de distribution de matériel stérile d'injection. Les descriptions sont basées sur les visites et non sur les personnes. Un travail important doit être fait pour réussir à associer les différentes visites effectuées par une même personne. Ceci permettra de connaître le nombre de personnes rejointes par les différents services et de mieux comprendre leur profil d'utilisation de ces services. Pour l'instant, cependant, seules des analyses par visite sont possibles.

Environ les deux tiers des visites ont été effectuées par des hommes. Le tiers des visites ont été faites par des personnes âgées de 40 ans et plus. L'âge moyen pour les visites de 2005-2006 était de 34,1 ans. Cette moyenne semble augmenter d'année en année; elle était de 33,2 ans en 2003-2004. Cette augmentation signifie-t-elle que la majorité de la population demeure la même d'une année à l'autre ce qui cause l'augmentation de l'âge moyen? Ou signifie-t-elle plutôt une stabilité chez les plus vieux et un roulement plus important chez les plus jeunes? Il sera important d'essayer de comprendre ces changements lorsque nous pourrons faire des analyses par personne.

Il est intéressant de noter la différence marquée d'âge entre les visites effectuées par des hommes et celles effectuées par des femmes. La clientèle féminine qui fréquente les centres d'accès est nettement plus jeune que la clientèle masculine. En 2005-2006, près de 40 % des hommes avaient 40 ans et

plus comparativement à moins de 15 % des femmes et l'âge moyen des hommes était de 36,4 ans comparativement à 29,6 ans pour les femmes.

Près de 90 % des visites ont été effectuées par des personnes qui résidaient sur l'île de Montréal. Les centres d'accès au matériel stérile d'injection de Montréal desservent donc principalement des résidents de l'île. Des visites provenant des 29 territoires de CLSC de l'île de Montréal ont été enregistrées, ce qui signifie que l'injection est une réalité sur l'ensemble du territoire montréalais. On note toutefois une concentration dans le secteur centre-ville et centre-sud; environ 65 % des visites effectuées par des Montréalais provenaient du territoire du CSSS Jeanne-Mance.

Plafonnement de la distribution de seringues dans les centres d'accès

Le nombre de seringues distribuées en 2005-2006 dans les sites fixes des différents organismes participant au monitorage s'élevait à 780 000. Un peu plus de 10 % de ces seringues, soit près de 90 000, ont été distribuées par les établissements du réseau de la santé. La proportion de seringues distribuées par ces centres est passée de 7 à 11 % au cours des trois dernières années.

Le nombre de seringues distribuées par visite mérite réflexion. Tout d'abord, il faudrait mieux comprendre les visites sans distribution de seringue. En effet, au cours des trois années couvertes par ce rapport, ces visites sont passées de 21 à 35 % de toutes les visites. Ces visites sont-elles uniquement pour venir chercher des condoms? Sont-elles uniquement pour des pipes à crack? Sont-elles faites par des personnes qui viennent à d'autres moments chercher du matériel d'injection? Tous ces aspects devront être explorés. Par ailleurs, en 2005-2006, lors de près d'une visite sur deux, le nombre de seringues distribuées variait entre 1 et 24. Bien qu'il n'y ait plus de limite quant au nombre de seringues pouvant être distribuées lors d'une visite, les usagers semblent prendre peu de seringues à la fois. Il serait important de comprendre pourquoi. Est-ce que les UDI eux-mêmes restreignent le nombre de seringues qu'il prennent à chaque visite? Plusieurs facteurs pourraient expliquer ceci comme la crainte de se faire arrêter alors qu'ils ont plusieurs seringues en leur possession, la peur que leur entourage découvre leur consommation ou l'utilisation de cette limite comme moyen pour contrôler leur consommation. Il se peut également que le nombre de seringues données soit limité par les intervenants des centres d'accès pour différentes raisons. Ils peuvent craindre que les UDI adoptent des comportements moins sécuritaires s'ils reçoivent moins souvent des messages de prévention. De même, en donnant à un UDI des seringues pour d'autres UDI, peut-être considèrent-ils que des possibilités d'intervention auprès de ces partenaires sont perdues. Peut-être une limite est-elle imposée pour tenter d'éviter les problèmes associés aux seringues à la traîne? Mieux comprendre les points de vue des UDI et des intervenants sur la quantité idéale de matériel contribuera à la réflexion.

Depuis sept ans, le nombre annuel de seringues distribuées par ces centres oscille autour de 800 000, sans augmenter. Et ce, malgré une augmentation de 30 % dans les visites enregistrées durant cette période. Si on ajoute à ces 800 000 seringues celles vendues en pharmacies, soit 135 000 sous forme de trousse et peut-être 100 000 à l'unité, on obtient un peu plus d'un million de seringues distribuées par année à Montréal. Une analyse récente nous a permis d'estimer que 15 millions de seringues seraient nécessaires annuellement pour répondre que les UDI puissent utiliser une seringue neuve pour chaque injection. Les seringues distribuées représenteraient donc environ 7 % des besoins estimés.[12]

Il est difficile de savoir pourquoi la distribution de seringues n'a pas augmenté au cours des sept dernières années, surtout dans le contexte de l'augmentation des visites dans les centres d'accès au matériel. Comment expliquer que seulement 1 million de seringues soient mises en circulation alors que près de 15 millions seraient nécessaires? Dans les conditions actuelles, est-ce que tous les UDI ont

accès aux seringues dont ils ont besoin? Il est difficile d'en être convaincu. Il semble évident que des mesures doivent être prises pour accroître la distribution de seringues, et des autres items nécessaires à la préparation de l'injection.

Plusieurs pistes de solution peuvent être envisagées pour augmenter la distribution du matériel stérile d'injection. Elles sont exposées dans le rapport sur l'accessibilité au matériel d'injection.[12] En résumé, les actions à mettre en place sont les suivantes :

- Application des « meilleures pratiques » de distribution de matériel d'injection[15]
- Diversification des lieux et des modes d'accès
- Campagnes de promotion des lieux d'accès (nouveaux et déjà existants)
- Absence complète de limite sur le nombre de seringues distribuées par personne par visite
- Efforts pour une évaluation conjointe réaliste des besoins des injecteurs
- Renforcement du rôle des échangeurs collectifs
- Démarches pour mieux connaître l'avis des UDI sur l'accès au matériel et pour comprendre leurs besoins.

Dans la réflexion autour de l'accessibilité au matériel d'injection, il faut tenir compte du fait que la situation peut varier d'un quartier à l'autre sur l'île de Montréal. En effet, comme le montre l'analyse des données de monitorage par territoire de CLSC, de nombreux UDI habitent à l'extérieur du centre-ville. Les données sur la distribution géographique des patients sous traitement à la méthadone le montrent également. Les UDI de plusieurs secteurs de l'île, qui ne sont pas desservis par des sites fixes, pourraient certainement bénéficier d'une augmentation du nombre de points de service. Des organismes communautaires pourraient ouvrir de nouveaux sites fixes, d'autres CLSC pourraient développer un volet de services adaptés aux UDI et plus de pharmacies pourraient offrir la trousse de prévention.

La récupération de seringues dans les centres d'accès

Les centres d'accès au matériel stérile d'injection et la Direction de santé publique partagent une préoccupation importante : la récupération des seringues. En 2005-2006, les données de monitorage permettent d'estimer que 70 % des seringues distribuées par les centres d'accès y reviennent. Ce taux a diminué de près de 15 % depuis 2001-2002, alors qu'il était de 84 %.

Une partie de la baisse observée s'explique par l'installation, depuis 2002, de 27 boîtes extérieures de récupération de seringues. Ces boîtes sont vidées par les employés de la Ville de Montréal; les seringues qui y sont récupérées ne sont pas comptabilisées dans le monitorage. Si l'on émet l'hypothèse que 25 seringues seraient déposées dans chaque boîte chaque semaine, ceci représenterait 35 000 seringues par année. Ajouter ces seringues à celles retournées dans les centres d'accès donnerait un taux de récupération de 75 %. Il serait utile d'obtenir des informations sur le volume de seringues récupérées dans ces bacs.

De plus, il faut tenir compte du nombre élevé, et croissant, de bacs distribués qui ne reviennent pas dans les centres d'accès. Ainsi, les 3 300 bacs non retournés en 2005-2006 peuvent contenir des milliers de seringues. Ces seringues, non retournées dans les programmes, ne sont pas comptées dans le taux de récupération. Toutefois, contenues dans les bacs, elles ne présentent pas nécessairement un danger direct pour les UDI et les autres membres de la communauté. Il faudrait mieux comprendre où sont ces bacs, sont-il entreposés dans des appartements ou d'autres lieux d'injection ou ont-ils été jetés dans les ordures ménagères, et pourquoi ils ne sont pas rapportés.

La baisse du taux de récupération a sans doute d'autres causes que celles mentionnées jusqu'à présent. En plus des facteurs individuels, il est également probable que des facteurs environnementaux, comme une hausse de la répression, y aient contribués. Du travail devra être fait pour améliorer la récupération, sans toutefois nuire au but premier des centres d'accès qui est la distribution du matériel. Rappelons que ce matériel est essentiel à la prévention de la transmission du VIH et du VHC chez les injecteurs.

La distribution des autres items nécessaires à l'injection

Depuis 2003, les ampoules d'eau stérile et les stéricups ont été ajoutés au matériel distribué gratuitement par les centres d'accès au matériel stérile d'injection. Ces items devaient répondre à un besoin des injecteurs puisque leur distribution a augmenté de façon importante depuis leur introduction. En 2005-2006, près de 270 000 ampoules et 100 000 stéricups ont été distribués. Le ratio était donc d'une ampoule pour trois seringues et d'un stéricup pour huit seringues.

Entre avril 2004 et janvier 2005, 321 injecteurs ont été interrogés afin d'évaluer l'utilisation de ces nouveaux items. Au cours du mois précédant leur entrevue, 24 % de ces UDI avaient utilisé le contenant du stéricup, 24 % avaient utilisé le filtre du stéricup et 73 % avaient utilisé l'eau d'une ampoule. Une grande proportion d'entre eux se disaient satisfaits de ces articles. En effet, la proportion d'utilisateurs « satisfaits » ou « très satisfaits » était de 67 % pour le filtre, 73 % pour le contenant et 92 % pour l'eau. Ces données montrent l'acceptabilité du stéricup et de l'ampoule d'eau par les UDI montréalais.[16]

Le partage des items nécessaires à l'injection présente un risque de transmission du VIH et du VHC. Des efforts supplémentaires devront donc être faits pour augmenter la distribution de ces items. De plus, l'ajout d'autres items devrait être envisagé, par exemple l'acidifiant permettant de dissoudre l'héroïne beige ou brune.

Les interventions effectuées dans les centres d'accès

Avant l'implantation du système régional de monitorage, les interventions effectuées dans les sites fixes des centres d'accès au matériel stérile d'injection étaient très peu documentées. La fiche développée permet la collecte d'informations tant sur le thème de l'intervention que sur son intensité. Depuis la mise en place du système régional, l'inscription par les intervenants des interventions sur les fiches semble se faire de manière de plus en plus systématique. En 2005-2006, 65 % des visites ont donné lieu à une intervention. Ceci représente une augmentation marquée comparativement aux 12 % observés en 2000-2001. En 2005-2006, la vaste majorité des interventions (89 %) étaient de niveau 1, c'est à dire que l'intervenant a donné de l'information ou a fait de l'éducation sur un thème. Les grands thèmes d'intervention notés le plus souvent sont 1) « réduction des risques pour la santé » et 2) « conditions de vie et environnement ».

Notons que plus de 3 000 interventions visaient à prévenir l'initiation à l'injection. La transmission du VIH et du VHC est fortement liée à l'injection; prévenir son initiation représente donc un moyen important de contrer ces infections.

Retour sur les objectifs du monitorage

Le monitorage régional vise plusieurs objectifs différents. Le premier est de permettre à chacun des centres d'accès au matériel stérile d'injection de décrire quantitativement son travail, et ce, le plus fidèlement possible. Connaissant mieux les caractéristiques de sa clientèle et de son utilisation des services, chaque organisme pourra ajuster ses interventions et ses pratiques afin de mieux répondre à ses besoins.

Le monitorage permettra aussi d'établir un portrait régional du travail qui se fait dans les différents centres d'accès de l'île. L'offre de services aux UDI pourra être adaptée dans les différents secteurs en fonction de ce portrait. De plus, le monitorage fournira bientôt des données sur le nombre de personnes différentes qui utilisent les centres d'accès. Ces informations faciliteront également l'évaluation des besoins de services des différentes clientèles UDI à travers l'île de Montréal.

Des seringues sont distribuées aux UDI afin de prévenir la transmission du VIH et du VHC. Toutefois, la distribution ne se limite pas aux seringues, bien qu'elles soient l'item le plus susceptible de transmettre l'un ou l'autre de ces deux virus. Parmi les autres items distribués, on retrouve notamment les condoms, les ampoules d'eau et les stéricups. Le monitorage a fourni des données précieuses sur l'évolution de la distribution de ces différents items, particulièrement lors de l'introduction de l'ampoule d'eau et du stéricup.

Le monitorage a aussi permis de suivre la progression de la distribution de pipes depuis leur introduction dans certains centres d'accès. Il a mis en lumière une augmentation importante des visites avec vente de pipes dans les deux centres d'accès principaux qui ont implanté des interventions pour répondre aux besoins des consommateurs de crack. Le monitorage fournira des données pour continuer à suivre l'évolution de la situation. Ces données, jumelées à d'autres, permettront d'évaluer l'impact de la mixité des clientèles sur l'utilisation des services par les UDI. En effet, la fréquentation des services par les consommateurs de crack pourrait nuire à leur utilisation par les UDI. Cette possibilité ne doit pas être négligée.

RÉFÉRENCES

1 Parent R, Alary M, Morissette C, et al. Surveillance des maladies infectieuses parmi les utilisateurs de drogue par injection. Le réseau SurvUDI/I-Track. Données au 30 juin 2006. Institut national de santé publique. (Version préliminaire)

2 Leclerc P, Morissette C, Roy É, Tremblay C, Parent R, Alary M. Awareness of HIV and HCV status among infected IDUs in Montreal. 16e congrès annuel sur la recherche contre le VIH et le sida. Toronto. Avril 2007. (Présentation orale)

3 Roy É, Haley N, Godin G, Boivin J-F, Claessens C, Vincelette J, Leclerc P, Boudreau J-F. L'hépatite C et les facteurs psychosociaux associés au passage à l'injection chez les jeunes de la rue. Rapport d'étape numéro 4. Direction de santé publique. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Octobre 2005. ISBN : 2-89494-467-5.

4 Alary M, Godin G, Lambert G, et al. Étude de prévalence du VIH et de l'hépatite C chez les personnes incarcérées au Québec et pistes pour l'intervention. Février 2005.
Rapport complet et résumé disponibles aux adresses suivantes :
http://www.uresp.ulaval.ca/telechargements/Prison_fevrier_2005.pdf
http://www.uresp.ulaval.ca/telechargements/Resume_prison_fin.pdf

5 Diabaté S, Alary M, Fauvel M, Parent R. Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec. Cas cumulatifs 2002-2005. Institut national de santé publique. 2006.

6 Consultation pour l'élaboration de la phase 4 de la stratégie québécoise de lutte contre le sida. Outil de collecte de données auprès des régies régionales de la santé et des services sociaux. Régie régionale de Montréal-Centre. 7 mars 1996.

7 Centre Québécois de Coordination sur le Sida. L'usage de drogues et l'épidémie du VIH-Cadre de référence pour la prévention. Centre Québécois de Coordination sur le Sida. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Juin 1994.

8 Centre Québécois de Coordination sur le Sida. Stratégie québécoise de lutte contre le sida phase 4, orientation 1997-2002. Centre Québécois de Coordination sur le Sida. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997.

9 Gouvernement du Québec. Priorités nationales de santé publique 1997-2002. Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux. 1997.

10 Comité permanent de lutte à la toxicomanie. La toxicomanie au Québec : des inquiétudes à l'action. Rapport au ministre de la Santé et des Services Sociaux. Décembre 1996.

11 Remis RS, Bruneau J, Hankins CA. Enough sterile syringes to prevent HIV transmission among injection drug users in Montreal? *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1998;18 (Suppl 1): S57-S59.

12 Leclerc P, Morissette C, Tremblay C. Le matériel stérile d'injection : combien faut-il en distribuer pour répondre aux besoins des UDI de Montréal? Direction de santé publique de Montréal. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. ISBN: 2-89494-498-5 (version imprimée) ISBN: 2-89494-499-3 (version PDF). Juillet 2006.

13 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–juin 1998. Direction de la santé publique de Montréal-Centre. Septembre 2000.

14 Lambert G, Gagnon C, Morissette C, Durand L, Delisle L, Desmarais D. Évaluation d'une trousse de matériel stérile d'injection distribuée en pharmacie aux usagers de drogues par injection. Direction de la santé publique de Montréal-Centre. Mars 1999.

15 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)

16 Morissette C, Cox J, De P, et al. Correlates of sterile equipment use among injection drug users. 17e conférence internationale sur la réduction des risques liés à la consommation de drogues. Vancouver. Avril 2006. (Affiche)

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Québec
Santé publique

BON DE COMMANDE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	Monitorage des centres d'accès au matériel stérile d'injection : Rapport régional avril 2003 à mars 2006 Pascale Leclerc, M.Sc. Claude Tremblay, M.Sc. Carole Morissette, M.D.	**5,00 $**	

NUMÉRO D'ISBN OU D'ISSN

ISBN 978-2-89494-579-7 (version imprimée)

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

Veuillez 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.

LA PRÉVENTION EN ACTIONS

Garder notre monde en santé

1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : (514) 528-2400
www.santepub-mtl.qc.ca