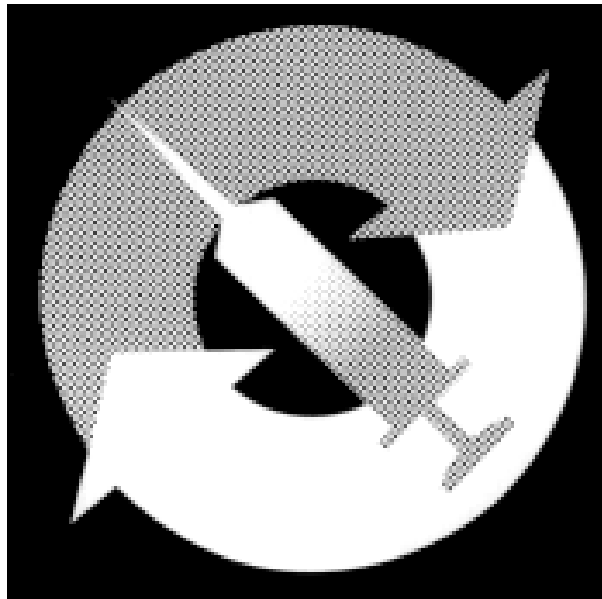


**Recommandations pour une
gestion nationale de l'accès au
matériel stérile d'injection
destiné aux utilisateurs de
drogues par injection et
de la récupération
des seringues usagées**



*Santé
et Services sociaux*
Québec 

**Centre québécois de
coordination sur le sida**

Février 2002

Édition produite par

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Centre québécois de coordination sur le sida

Il est possible d'obtenir des copies de ce document par télécopieur : (514) 873-9997

ou par la poste : Centre québécois de coordination sur le sida
201, boul. Crémazie Est, RC 03
Montréal (Québec) H2M 1L2

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Tous droits réservés pour tous pays.

Reproduction par quelque procédé que ce soit et traduction, mêmes partielles, interdites sans l'autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

© Gouvernement du Québec

RÉDACTION

Janine Matte, B. Sc. Pharm., M. Sc. Pharm., FASCP

Janine Matte & Louise Petit, pharmaciennes, Québec

SOUS LA DIRECTION DE

Richard Cloutier, M. Sc. Inf.

Centre québécois de coordination sur le sida (CQCS)

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)

Carole Morissette, M.D., FRCPC

Direction de la santé publique de Montréal-Centre

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

REMERCIEMENTS

Ce projet a été financé par le Programme québécois d'intervention auprès des personnes infectées par le virus de l'hépatite C (VHC) de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Qu'il nous soit permis de remercier toutes les personnes qui ont apporté leur concours à l'une ou l'autre des étapes de ce rapport, soit en ce qui concerne la définition de la problématique rattachée au matériel utilisé par les personnes qui s'injectent des drogues par rapport aux opinions et aux suggestions émises quant à l'approvisionnement et à l'accessibilité du matériel sur le plan national.

Plus spécifiquement, nous désirons souligner la participation de Monsieur Gilles Lambert, médecin à la Direction de la santé publique (DSP) de Montréal-Centre, qui a accepté de mettre à contribution son expertise lors des rencontres de réflexion et de préparation à la rédaction de ce document.

Aussi, lors des discussions, la collaboration de Madame Marie-Claude René fut très appréciée, principalement quant à sa connaissance de la réalité québécoise à la suite des enquêtes qu'elle a réalisées dans le cadre de l'élaboration de deux documents sur le sujet.

Nous sommes également reconnaissants à Madame Hélène Michaud, de la Direction de la protection de la santé publique du MSSS, pour l'ouverture et l'aide apportées dans le cheminement de notre analyse ainsi qu'à Madame Danielle Auger, du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), pour le suivi administratif de ce dossier pour l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

AVANT-PROPOS

Ce document s'adresse aux directions de la santé publique (DSP), principalement aux responsables régionaux des programmes d'échange de seringues et au personnel œuvrant dans les différents centres d'accès et de récupération du matériel d'injection. Il présente une analyse des différentes composantes à distribuer dans le cadre des programmes régionaux d'accès au matériel d'injection et des recommandations quant aux caractéristiques et à la sélection des produits qui devraient être distribués. Des avis accompagnent le document concernant spécifiquement l'accessibilité, l'approvisionnement, la distribution du matériel d'injection aux personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI) et la récupération du matériel usagé.

La prévention de la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des hépatites virales chez les UDI constitue une préoccupation pour le MSSS qui est exprimée dans le cadre de référence pour la prévention intitulé *L'usage de drogues et l'épidémie du VIH*¹, dans les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*², et dans la *Stratégie québécoise de lutte contre le sida, phase 4*³ et le *Programme d'intervention auprès des personnes infectées par le virus de l'hépatite C*⁴. Cette préoccupation se reflète aussi dans le document fédéral-provincial *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*⁵ auquel le MSSS a contribué. En terme d'intervention directe, le MSSS invite donc les régies régionales de la santé et des services sociaux à mobiliser les organismes communautaires, les CLSC, les centres hospitaliers de courte durée, les centres

¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *L'usage de drogues et l'épidémie du VIH, cadre de référence pour la prévention*, Québec, Centre québécois de coordination sur le sida, ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 1994, 43 p.

² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 103 p.

³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Stratégie québécoise de lutte contre le sida, phase 4, orientations 1997-2002*, Québec, Centre québécois de coordination sur le sida, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 31 p.

⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme d'intervention auprès des personnes infectées par le virus de l'hépatite C*, 2000.

⁵ Comité fédéral/provincial/territorial sur la santé de la population, *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*, Ottawa, Ontario, septembre 2001.

de réadaptation et les pharmacies privées à mettre sur pied des programmes de prévention de la transmission du VIH et des hépatites pour les UDI.

Outre les mesures préconisées concernant l'éducation relative à l'injection à risques réduits, l'accès à des services médicaux et psychosociaux, le traitement par la méthadone, la mise en place de programmes de distribution, de vente et de récupération de matériel d'injection stérile pour les personnes toxicomanes représentent tous un moyen appréciable de lutter contre la transmission du VIH et aussi contre la transmission des virus de l'hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC).

L'hépatite C est davantage reconnue comme une problématique en émergence chez les UDI. Elle nécessite, de la part des gouvernements, des actions directes auprès des gens qui sont à risque de la contracter ou encore auprès des personnes qui sont infectées par le VHC. Considérant la prévalence élevée de l'infection au VHC parmi les UDI, le MSSS a prévu compléter l'éventail du matériel d'injection stérile offert dans les programmes régionaux d'accès et favoriser la récupération de seringues usagées. Cette décision se situe dans le prolongement du programme d'intervention auprès des UDI dans le cadre de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida et à travers le Programme hépatite C. En effet, les programmes de prévention de la transmission du VHC doivent promouvoir l'utilisation appropriée non seulement des seringues, mais de tout le matériel nécessaire à la préparation de la drogue et à l'injection.

Dans le cadre de la mise en œuvre de cette politique gouvernementale, une révision du matériel offert aux UDI s'imposait. S'ajoutait à cette analyse un questionnaire sur l'approvisionnement et l'accessibilité du matériel.

Le MSSS a voulu procéder à l'évaluation de l'ensemble de la fourniture distribuée à cette clientèle et les services qui s'y rattachent. Pour ce faire, il a commandé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) deux documents :

1. Une enquête qui dresse le portrait actuel de l'ensemble des activités québécoises reliées à l'accessibilité, à l'approvisionnement et à la récupération du matériel d'injection⁶.
2. Une revue des types de services offerts dans les autres provinces canadiennes, aux États-Unis et en Europe⁷.

Ces rapports fournissent des renseignements utiles à l'analyse de la problématique reliée à la fourniture de matériel d'injection. Ils permettent d'avoir une bonne connaissance des services de distribution et de récupération. Ils ont été réalisés préalablement à ce rapport et ont servi de documents de référence.

De plus, dans le cadre du Programme régional de prévention auprès des UDI, la Direction de la santé publique de Montréal-Centre a entrepris plusieurs travaux qui ont permis de mieux cerner la pertinence de procéder à la révision du matériel, mais également d'éclairer tout le processus.

En effet, l'évaluation auprès des UDI de Montréal de la trousse offerte dans le cadre du projet *STOP sida UDI pharmacies*, a mené à la recommandation d'accorder la priorité à l'ajout d'une ampoule d'eau stérile⁸. Les caractéristiques de ce produit, propice à la prévention des infections et sa recherche sur les marchés nord-américain et européen, ont conduit au choix de l'ampoule d'eau incluse dans le *Stéribox* français. Le processus d'importation a été initié et est en voie d'être confirmé. De plus, en novembre 2000, une démarche⁹ a été menée dans le but premièrement de mieux connaître les caractéristiques des matériels d'injection à considérer en prévention du VHC et deuxièmement, documenter les

⁶ Marie-Claude, RENÉ, Rapport d'enquête, *Portrait national de la gestion de l'accès au matériel d'injection et de la récupération des seringues*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, janvier 2001.

⁷ Marie-Claude, RENÉ, Revue de littérature, « Gestion de l'accès d'injection et de la récupération des seringues sur les plans canadien et international », Québec, Institut national de santé publique du Québec, janvier 2001.

⁸ RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE, *Évaluation d'une trousse de matériel stérile d'injection distribuée en pharmacie aux usagers de drogues par injection*, Montréal, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-centre, mars 1999.

⁹ M. ST-AMOUR, ET C. MORISSETTE, *Pratiques d'utilisation du matériel d'injection par les usagers de drogues par injection (UDI) montréalais*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, janvier 2001.

pratiques actuelles d'utilisation des UDI lors de la préparation de la drogue. Cette étude a permis de prendre contact avec les experts internationaux, de porter un regard critique sur le choix des matériels disponibles, de prendre connaissance des évaluations en cours quant à leur utilisation par les UDI et de réaliser des entrevues auprès d'UDI. L'étude qualitative a été menée auprès d'usagers montréalais des programmes d'échange de seringues (PES) et de prescription de méthadone. Les résultats font l'objet d'un rapport.

Une analyse des pratiques dans les PES a conduit à la révision des contenants de récupération et à leur utilisation par les UDI et par les intervenants¹⁰. Ceci a mené au retrait de contenants jugés inadéquats et à l'ajout de nouveaux contenants parmi ceux disponibles sur le continent nord-américain. De plus, des analyses sur la récupération des seringues, dans le cadre du monitoring montréalais des PES, illustrent la pertinence d'explorer la distribution de petits contenants de récupération¹¹.

¹⁰ DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL-CENTRE, juin 2000, version révisée.

¹¹ DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL-CENTRE, *Données de monitoring*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, juin 2000.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	10
PREMIÈRE PARTIE.....	15
Perspective de la problématique de l'hépatite C.....	16
<i>Transmissibilité.....</i>	<i>17</i>
<i>Chronicité.....</i>	<i>18</i>
Hépatite C dans le contexte de l'usage de drogues par injection.....	20
Les programmes de prévention du VIH et des hépatites auprès des UDI au Québec.....	22
Modèles étrangers : les programmes de distribution de trousse d'injection.....	25
DEUXIÈME PARTIE	27
Caractéristiques du matériel de préparation et d'injection des drogues à inclure dans la liste du matériel offert aux UDI québécois.....	28
1. <i>Le tampon d'alcool.....</i>	<i>29</i>
2. <i>L'eau pour dilution.....</i>	<i>31</i>
3. <i>Le filtre.....</i>	<i>35</i>
4. <i>Le contenant de dilution et de chauffage.....</i>	<i>41</i>
5. <i>Le tampon sec.....</i>	<i>45</i>
6. <i>Le garrot.....</i>	<i>47</i>
Modalités de distribution du tampon sec, du contenant de chauffage et du filtre.....	55
TROISIÈME PARTIE	57
Gestion de l'approvisionnement et de l'accessibilité.....	58
<i>Situation actuelle.....</i>	<i>58</i>
Accessibilité au matériel d'injection pour les UDI.....	72
Distribution du matériel sur le territoire.....	74
Distribution gratuite à l'unité du matériel d'injection.....	75
Distribution gratuite du matériel sous forme de trousse.....	75
Considérations particulières concernant les pharmacies.....	79
QUATRIÈME PARTIE	83
Budget.....	84
CONCLUSION	87
ANNEXE 1	89
ANNEXE 2	90
ANNEXE 3	93

INTRODUCTION

Au cours de l'année financière 2000-2001, dans le cadre du Programme québécois d'intervention auprès des personnes infectées par le virus de l'hépatite C (VHC), le MSSS a prévu de compléter la liste du matériel stérile pour l'injection et d'en augmenter la disponibilité auprès des programmes régionaux d'accès au matériel d'injection et de récupération des seringues. Le MSSS suggère qu'en plus des seringues, divers éléments soient accessibles aux utilisateurs de drogues par injection (UDI), en vue de prévenir la transmission de l'hépatite B, de l'hépatite C et du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). En effet, dans le cadre de la prévention du VIH, les efforts se sont surtout concentrés sur l'accès aux seringues neuves. Dans la prévention de l'infection par le VHC, l'emphase doit aussi être mise sur les matériels utilisés pour la préparation de la drogue à injecter. Dans une lettre adressée aux directeurs de la santé publique (DSP) le 5 juillet 2000, le MSSS annonçait l'allocation de montants afin d'accroître l'accès à du matériel d'injection stérile, dont plus spécifiquement de l'eau stérile, des filtres, des contenants de dissolution et de chauffage de la drogue ainsi que des contenants individualisés de récupération. Le MSSS précisait aussi aux directions de la santé publique que des indications leur seraient envoyées quant aux caractéristiques et au choix du matériel, à l'accessibilité des différents modes possibles de distribution ainsi qu'aux sources d'approvisionnement.

L'objectif poursuivi par le MSSS est de garantir, partout au Québec, une protection la plus complète possible aux UDI, en leur fournissant un matériel conforme aux objectifs de prévention. En ce sens, ce document s'attarde plus particulièrement aux différentes caractéristiques du matériel essentiel à une injection stérile capable de réduire les risques de transmission ou de contracter des infections bactériennes et virales. Dans le cadre de la protection de la santé publique, la récupération du matériel usagé est indissociable de la démarche et fait ainsi l'objet de recommandations. En effet, la récupération est une mesure préventive très importante parce qu'elle diminue les risques d'exposition de la population à des composantes d'un matériel usagé et souillé, laissé à la traîne dans les rues et sur les terrains. Bien que les taux de récupération des seringues distribuées par les Programmes d'échange de seringues (PES) se situent autour de 80 %, il n'en demeure pas moins que des

seringues se retrouvent dans l'environnement. De plus, cette situation peut amener des réactions du public allant jusqu'à mettre en péril l'existence même des programmes d'échange.

Ce rapport fait état des mesures qui devraient être prises pour favoriser l'accessibilité et l'approvisionnement régional de ce matériel d'injection. Un système national d'approvisionnement, avec ses avantages et ses inconvénients, est proposé. En résumé, ce document veut non seulement offrir des pistes de solution, mais aussi permettre au MSSS et aux DSP d'identifier et de connaître les motifs sur lesquels reposent le choix du matériel ainsi que le modèle de la structure organisationnelle d'approvisionnement.

Le but de ce document consiste essentiellement à :

- Identifier les caractéristiques des produits recommandés pour la distribution de matériel d'injection auprès des UDI québécois.
- Déterminer les sources d'approvisionnement afin de proposer un système national d'approvisionnement.

Ce rapport comprend donc quatre parties :

1. La première partie présente un sommaire de la problématique et de la perspective du VHC en fonction de son incidence, reliée plus spécifiquement à l'usage de drogues par injection. Un tour d'horizon de la situation québécoise et des expériences étrangères complète ce chapitre.
2. La seconde partie porte entièrement sur l'élaboration des critères de sélection des éléments du matériel que le MSSS doit prendre en considération dans le choix des fournitures à ajouter à celles actuellement offertes dans les centres d'accès. Des recommandations sont formulées quant aux produits à privilégier.

3. La troisième partie concerne l'accessibilité, l'approvisionnement et les modalités de distribution du matériel d'injection au Québec.
4. La quatrième partie regroupe tout ce qui touche la récupération individuelle du matériel usagé. Des solutions sont proposées pour une intervention à plus ou moins long terme. Cette partie ne comprend pas les aspects entourant l'élaboration d'une politique nationale de récupération dont le processus a été annoncé par le directeur de la protection de la santé publique¹².

L'action du MSSS s'inscrit dans sa politique de santé publique qui vise à diminuer la propagation des infections virales telles que le virus de l'hépatite B (VHB), le virus de l'hépatite C (VHC) et le VIH. Les risques de contracter des infections virales à la suite de comportements à risque sont grands. C'est donc à ce niveau qu'il faut intervenir.

Methodologie

Un plan de travail a été produit afin d'actualiser le mandat. D'abord, une revue de littérature et une lecture des rapports rédigés par les instances décisionnelles ont permis de cerner la problématique et d'identifier les experts à consulter. Ensuite, deux sessions de travail, dirigées par M. Richard Cloutier et auxquelles participaient M^{me} Carole Morissette et M. Gilles Lambert, ont été tenues. Finalement, des rencontres de consultation avec les responsables des Programmes régionaux d'accès au matériel d'injection et de récupération des seringues (PRAMIRS) ont été réalisées à l'hiver et au printemps 2001.

La recherche documentaire a reposé essentiellement sur les rapports produits à ce jour par l'INSPQ et la DSP de Montréal-Centre. Une revue des principaux articles et de sites Internet ont également permis de compléter l'information et de préciser les experts à consulter.

¹² Lettre aux directeurs de la santé publique, le 24 mai 2001, « Matériel de communication pour le public concernant les mesures à prendre pour les seringues retrouvées dans l'environnement ».

L'INSPQ demandait également à M^{me} Marie-Claude René de produire une revue de littérature ainsi qu'un portrait national sur le sujet. Ces démarches ont aidé à découvrir les instances gouvernementales faisant figure de proue dans ce domaine. Des rencontres individuelles avec les acteurs responsables de la mise en route des programmes hors Québec, principalement en France et en Suisse, ont été réalisées et d'autres experts ont été consultés (voir annexe 1).

L'objectif de ces entretiens était non seulement de discuter de l'analyse critique faite de la situation dans leur pays respectif, mais surtout de connaître les changements ou les ajouts qu'ils proposaient afin d'actualiser une distribution de matériel stérile et sécuritaire. Les modalités de distribution du matériel ont été aussi discutées. Une adéquation entre la proposition québécoise et l'analyse de ces experts étant constatée, les critères techniques pour les cinq produits suggérés par le MSSS ont été déterminés. Une recherche sur les possibilités d'approvisionnement auprès des marchés québécois et canadien a été entreprise.

Préalablement à la rédaction de ce rapport, des discussions ont été tenues avec des UDI participant à un programme de maintien à la méthadone. Ils nous ont parlé de leurs expériences antérieures et ont déclaré qu'ils leur étaient fréquent d'utiliser une eau impropre à la consommation (par exemple, l'eau de pluie dans la rue), de partager les cuillères et les filtres à cigarette ou les tampons d'ouate et les garrots. Les motifs qui soutenaient ces actions, dont la difficulté de se procurer ces fournitures, de l'instantanéité du geste et les problématiques entourant la possession de celles-ci, expliquaient leurs gestes¹³.

¹³ Programme de réadaptation avec traitement à la méthadone, Centre de réadaptation Ubald Villeneuve, 2001.

PREMIÈRE PARTIE

**Perspective de la problématique de
l'hépatite C**

**Hépatite C dans le contexte de l'usage de
drogues par injection**

**Les programmes de prévention du VIH et des
hépatites auprès des UDI du Québec**

**Modèles étrangers : Les programmes de
distribution de trousse d'injection**

PERSPECTIVE DE LA PROBLÉMATIQUE DE L'HÉPATITE C

Au cours des dix dernières années, le virus de l'hépatite C est passé d'une infection rare et traitée uniquement par quelques experts à une maladie fortement répandue et connue du grand public. Ce virus est maintenant reconnu comme étant la principale cause de maladies hépatiques graves conduisant à une transplantation du foie.

On évalue qu'entre 210 000 et 275 000 Canadiens sont porteurs du VHC et que 63 % d'entre eux sont des utilisateurs ou d'anciens utilisateurs de drogues par injection¹⁴. Les estimations démontrent également qu'il peut y avoir 4 500 nouvelles infections par l'hépatite C annuellement au Canada, dont 70 % au moins sont reliées à l'usage de drogues par injection¹⁵ alors que le tiers des nouvelles infections causant l'hépatite B sont reliées à l'usage de drogues par injection¹⁶. Pour ce qui est des hépatites au Québec, la prévalence observée dans la cohorte d'UDI de l'Hôpital Saint-Luc du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) indiquait en 1997, que 47,9 % des UDI étaient infectés par le VHB alors que 70,2 % l'étaient par le VHC.

Comme pour le VIH, des études témoignent de l'existence de variations des prévalences du VHC d'une région à une autre ou encore dans certains groupes de population à risque. Une étude faite auprès de jeunes sans abri de Montréal a révélé une prévalence de 12,6 %¹⁷ alors qu'une autre étude, concernant des jeunes sans-abri d'Ottawa, a révélé une prévalence moins élevée de 4 %¹⁸. Dans les faits, les statistiques sont plus élevées dans les régions à forte consommation de drogues par injection¹⁹.

On note que les prévalences spécifiques varient, entre autres si l'on compare l'âge des UDI et leur nombre d'années d'injection. D'autres études ont démontré que près de 90 % des

¹⁴ R. SHABAS, *Report of the Meeting of the Expert Panel on Hepatitis C Epidemiology*, 17-18 juin 1998.

¹⁵ S. ZOU *et al*, *Enhanced Surveillance of Acute Hepatitis B and Acute Hepatitis C in Four Health Regions in Canada, 1998-1999*, Ottawa, Ontario, Santé Canada, 2000.

¹⁶ R. SHABAS, *op. cit.*

¹⁷ ROY *et al*, *Hepatitis B and C among street youth in Montreal*, rapport final, 1997.

¹⁸ R. SLINGER *et al*, *Seroprevalence of and Risk Factors for Hepatitis C and Hepatitis B in Street Youth in Ottawa, Canada*, *Paediatric Child health* 1999;4 (suppl B) : 48B.

UDI, qui ont un profil continu de cinq années d'injection, sont infectés par le VHC, alors que l'on peut constater un taux de 60 % de prévalence chez les UDI qui ont un historique de 6 à 12 mois comme période continue d'injection.²⁰ En guise de conclusion, nous pouvons donc affirmer que ce sont les UDI moins expérimentés (ayant commencé à s'injecter dans l'année en cours) et ceux qui ont tendance à partager qui sont hautement à risque de contracter le VHC.

Une étude belge a comparé un groupe d'UDI à un groupe d'utilisateurs de drogues par voie non intraveineuse. Elle avait pour objectif de déterminer s'il existait une similarité dans la prévalence de l'infection au VHC entre les deux groupes. La prévalence du VHC était de l'ordre de 78,5 % chez les UDI versus 2,4 % chez les non-utilisateurs de drogues par voie intraveineuse²¹. Les facteurs de risque qui se plaçaient en tête de liste étaient le partage de seringues et de cotons utilisés en guise de filtre.

TRANSMISSIBILITÉ

On évalue que le VHC peut demeurer viable et conserver son pouvoir infectieux aussi longtemps, sinon plus, que le VIH. Dans une seringue par exemple, le VHC demeure viable et conserve son pouvoir infectieux de 3 à 5 semaines hors de l'organisme. Le risque de devenir infecté à la suite d'une seule injection à l'aide d'une aiguille contaminée est de 30 % pour le VHC, alors que celui pour la même injection est de 0,67 % pour le VIH²². Ainsi, le VHC se transmet plus facilement par voie sanguine que le VIH. La situation est critique en raison du haut taux de prévalence de l'infection par l'hépatite C au sein des populations qui s'injectent des drogues, à un point tel que même le partage occasionnel de seringues ou

¹⁹ Organisation mondiale de la santé, Hepatitis Sheet n° 164, version révisée, octobre 2000.

²⁰ Faculté de Médecine, Université de Montréal, « Programme de formation sur l'hépatite C et sur le Programme d'intervention auprès des personnes infectées par le VHC », *Cahier du participant*, Montréal, Université de Montréal, octobre 1999, p. 14.

²¹ B. DENIS *et al.*, « High Prevalence of Hepatitis C Virus Infection in Belgian Intravenous Drug Users and Potential Role of the "cotton Filter in transmission : The GEMT STUDY" », *Acta Gastroenterol Belg*; avril-juin 2000, vol. 63, N° 2, 147-53 p.

²² Brigit KANE, « Controlling Disease Transmission in Injection Drug Users », *Ann Intern Med*, 1999, vol. 130, n° 6, p. 541.

d'autres accessoires de préparation de drogues comporte un risque d'infection. Un questionnement persiste quant à savoir si le seul mode d'injection parentérale de drogues est en cause. Les données recueillies ne permettent pas de retenir de lien de cause direct entre l'utilisation intra nasale de cocaïne et la transmission du VHC²³. Le partage de pailles lors de l'utilisation intra nasale de cocaïne se situe tout de même au sixième rang des facteurs de risque. Il semble que le risque serait plus grand chez les individus dont la muqueuse nasale est ulcérée et qui inhalent suite à un partage du matériel ou de la drogue²⁴. Le septième facteur de risque est représenté par le tatouage et le perçage corporel²⁵. Un autre mode de transmission du VHC peut s'expliquer par un contact percutané direct et répété avec du sang contaminé par piqûre, par exemple, ou sur une peau non intacte. Il semble que ce mode pourrait constituer une voie de transmission non négligeable du VHC.

CHRONICITÉ

L'hépatite C a une propension plus grande à la chronicité. Ce qui complique considérablement la situation. La majorité des experts sont d'accord sur le fait que de 75 % à 80 % des cas d'hépatite C aiguë iront inévitablement vers une hépatite C chronique. La chronicité se développe lentement, c'est à dire dans les 10 à 20 ans après un épisode aigu²⁶.

Parmi les nouveaux cas d'hépatite C, 80 % deviennent des porteurs chroniques asymptomatiques alors que le même phénomène est de l'ordre de 10 % pour les personnes qui contractent l'hépatite B. L'Organisation mondiale de la santé (OMS)²⁷ évalue que 90 % des porteurs chroniques d'hépatite C sont d'anciens ou d'actuels utilisateurs de drogue par injection. La situation est d'autant plus préoccupante qu'il n'y a pas de vaccin pour la

²³ M.J. ALTER, *Epidemiology of Hepatitis C*, *Hepatology*, 26: 62-65S, 1997.

²⁴ S.A. SATTAR, J. TETRO *et al*, *Preventing the spread of hepatitis B and C viruses: Where are germicides relevant?* *American Control Infection Control*, Juin 2001, p. 187-197.

²⁵ S.A. TAILOR, *Hepatitis C: A Review. Pharmacy Practice*, Pharmacy Practice National Continuing Education Program, octobre 2000, p. 1-7.

²⁶ Association canadienne de santé publique, *Revue canadienne de santé publique*, juillet-août 2000, vol. 91, n° 6.

²⁷ Organisation mondiale de la santé, *Hepatitis Sheet*, no 164, version révisée, octobre 2000.

contrer. La recherche d'un vaccin se poursuit, mais elle est extrêmement compliquée étant donné le haut degré de mutabilité du génome.

HÉPATITE C DANS LE CONTEXTE DE L'USAGE DE DROGUES PAR INJECTION

Comme il a été dit précédemment, le pouvoir de transmission du VHC est beaucoup plus important que le VIH. Ceci justifie le besoin d'informer les UDI sur l'usage unique de matériel stérile à chacune des étapes de l'injection et sur la nécessité de distribuer non seulement des seringues stériles, mais aussi l'ensemble du matériel requis.

Les efforts déployés jusqu'à maintenant ont surtout visé à réduire la transmission du VIH alors que les risques de contracter une hépatite B ou une hépatite C sont aussi ou sinon plus élevés. Le partage d'aiguilles, de seringues et d'autres éléments du matériel d'injection demeure fréquent (environ 45 % au cours des derniers 6 mois chez les UDI au Québec²⁸). Les programmes d'échange de seringues (PES) ont démontré leur efficacité pour circonscrire l'épidémie de VIH. Des études récentes²⁹ mettent en évidence l'efficacité des programmes d'échange de seringues dans leur capacité à réduire les comportements à risque et à prévenir la séroconversion au VIH chez les UDI. Le Programme conjoint des Nations Unies sur le sida (UNAIDS 2000) indique par ailleurs que des programmes globaux de réduction des méfaits comprenant un ensemble d'actions pour lutter contre la transmission du VIH chez les UDI — incluant l'éducation, la promotion de l'usage du condom, l'accessibilité à du traitement des toxicomanies et les programmes d'échange de seringues — peuvent permettre de garder les taux d'infection à un bas niveau. Une étude américaine estime qu'une diminution pourrait être au plus de 30 % de séroconversion du VIH chez les

²⁸ R. PARENT, M. ALARY, C. HANKINS *et al*, *Surveillance épidémiologique de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine chez les utilisateurs de drogues par injection*, 1995-1999, Québec, Centre de santé publique de Québec, rapport de recherche, 1999, 24 p. + annexes.

²⁹ D.R. GIBSON *et al*, *Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injection drug users*, AIDS, 2001, 15, p. 1329-1341.

M. ALARY *et al*, « Faint light on the horizon ? Trends in HIV prevalence, incidence and needle borrowing among injection drug users participating in the surVUDI study », 10th Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research, Toronto, Canada, 31 mai– 3 juin 3 2001, *Canadian Journal of Infectious Disease*, (suppl. B), résumé 55B.

J. BRUNEAU, *et al*, *High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal : result of a cohort study*; American Journal of Public Health, 146, p. 994-1002.

J. EMMANUELLI, *Caractéristiques et efficacité des programmes d'échanges de seringues à travers le monde : état des lieux et mise en perspective*, Institut de veille sanitaire, 22 p.
UNAIDS, *Report of the Global HIV/AIDS Epidemic*, juin 2000.

participants des PES³⁰. Une autre étude, effectuée à Seattle, révèle que la transmission du VIH semble surtout se faire par le partage de seringues plutôt que par le biais du partage de doses ou d'équipements comme c'est le cas pour le VHB et le VHC. On explique en grande partie ce phénomène par le fait que, même si les UDI peuvent se procurer facilement des aiguilles et des seringues propres, il n'en est pas ainsi pour les autres composantes nécessaires à la préparation de la drogue pour l'injection. Elles sont plus difficilement accessibles. Ceci entraîne ainsi un partage ou une utilisation de matériel déjà souillé. En effet, il est démontré que la participation active d'UDI à un programme d'échange de seringues n'assurait pas ces personnes de ne pas contracter l'hépatite B et l'hépatite C³¹.

³⁰ B. HEIMER, K.E. KAPLAN *et al*, « Needle Exchange decreases the prevalence of HIV-1 proviral DNA in returned syringes in New Haven, Connecticut », *Am J Med*, 1993, 95: p. 214-20.

³¹ H. HAGAN *et al*, « Syringe Exchange and Risk of Infection with Hepatitis B and C viruses », *American Journal of Epidemiology*, vol.149, n°3, 1999, p. 202-213.

***LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH ET DES HÉPATITES AUPRÈS DES
UDI AU QUÉBEC***

La problématique de l'injection intraveineuse de drogues est reconnue mondialement comme étant l'un des sujets les plus sensibles à cerner puisqu'elle met à nu la situation critique de santé dans laquelle se trouvent ces utilisateurs. Elle amène aussi les gouvernements à se compromettre sur le développement de programmes d'aide pour lesquels la population générale ne comprend pas toujours les enjeux tant d'un point de vue de santé publique que sociétal.

Depuis 1990, le Québec a favorisé la mise en place de projets de prévention du VIH par un accès régional pour les UDI à des seringues stériles. Outre celles-ci, le matériel offert comprend des condoms, des tampons d'alcool, des sachets de gelée lubrifiante et du matériel imprimé de prévention³².

Le monitoring des programmes d'échange de seringues du Québec indique que plus de 1,2 million de seringues sont distribuées chaque année³³. Des pharmacies communautaires distribuent aussi des seringues aux UDI. L'enquête réalisée en 1996 – 1998 dans le cadre du Projet Stop Sida/UDI-Pharmacies, évalue le nombre de seringues vendues à environ 200 000 par année dans la grande région de Montréal. Il a été estimé que l'ensemble des pharmacies participantes de la région de Montréal-Centre reçoit 50 % de plus de visites d'UDI pour l'achat de seringues que l'ensemble des programmes d'échange de seringues du même territoire³⁴. Les modalités ainsi que leur prix de vente varient d'une pharmacie à l'autre.

³² Marie-Claude, RENÉ, Rapport d'enquête, op. cit.

³³ L. NOËL, R. CLOUTIER, R. PARENT, *Monitoring des clientèles et des services des programmes de prévention du VIH chez les utilisateurs de drogues par injection du Québec*, Centre de santé publique de Québec et CQCS, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, p.31.

³⁴ DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. *Maladies Infectieuses - Programme de prévention du VIH chez les usagers de drogues par injection de Montréal-Centre. Services offerts aux UDI dans les pharmacies de Montréal et participation des pharmaciens au projet Stop Sida/UDI-Pharmacies*, septembre 1996 - juin 1998, septembre 2000.

À la suite des demandes des UDI, certains PES fournissent d'autres produits complémentaires. Ce sont, par ordre alphabétique : bouteilles vides, condoms, eau de Javel, filtres à cigarette, garrots, sachets de gelée lubrifiante et tampons d'alcool. Dans la région de Montréal, pour l'année financière 2000-2001, il y a eu 31 410 bouteilles distribuées, 887 400 condoms, 321 700 sachets de gelée lubrifiante et 871 800 tampons d'alcool³⁵. Au cours de la même période, environ 1 000 filtres à cigarette avaient été distribués³⁶. Aucune donnée n'était disponible quant à la quantité et à la fréquence de distribution.

Considérant que Santé Canada n'a pas émis de politique relativement au matériel d'injection à distribuer auprès des UDI, le Québec, la Colombie-Britannique et l'Ontario, font preuve de leadership en décidant de bonifier et de compléter l'accès à un éventail plus grand du matériel d'injection. Cette démarche est nécessaire d'autant plus que les fournitures complémentaires présentement offertes dans certains centres d'accès ne peuvent être un gage de sécurité pour l'UDI en ce qui regarde la protection contre le VHC. Par exemple, des petites bouteilles vides munies d'un bouchon qui visse et des filtres à cigarette sont offerts aux UDI. Ces produits peuvent être utilisés à des fins qui contrecarrent les bénéfices que pourrait procurer un matériel adéquat, soit en terme de qualité ou de sécurité. Les bouteilles vides peuvent servir à transporter de l'eau impropre à une injection intraveineuse (eau de la rue, eau du cabinet de toilette), ou encore de recevoir un volume d'eau trop grand pour une injection, ce qui pourrait favoriser le partage de l'eau lors de la dilution de drogues et ainsi favoriser la transmission du VHC.

Aussi, le fait que seuls des tampons d'alcool soient offerts fait en sorte que, trop souvent, ces derniers sont utilisés, en l'absence d'autres options, pour faire une compression sur le site de l'injection une fois celle-ci terminée. Puisque le tampon d'alcool ne possède pas de pouvoir absorbant, le sang mis à son contact demeurera sur la surface du tampon et sera prêt à se déposer sur tout article avec lequel il entrera directement en contact. Le tampon d'alcool peut devenir ainsi une source potentielle de propagation.

³⁵ Source : Système de gestion du matériel de prévention, Direction de santé publique de Montréal-Centre.

³⁶ Source: Cactus-Montréal.

L'eau de Javel, pour sa part, est mise à la disposition des UDI à plusieurs endroits afin de prévenir la transmission du VIH, notamment dans les prisons mais, étant donné la complexité de son utilisation, elle n'est recommandée que comme une solution de dernier recours. En ce qui concerne son utilisation pour la prévention du VHC, son efficacité est beaucoup moins reconnue³⁷. Ainsi, une période de trempage aussi longue que 10 minutes serait essentielle alors qu'il est recommandé de le faire 2 fois pendant 30 secondes dans le cas du VIH. Elle procure à l'UDI une fausse impression de sécurité, ne permettant pas une désinfection complète. C'est embêtant car la désinfection à l'eau de Javel peut cautionner l'usage multiple d'une même seringue.

Des entrevues auprès des UDI menées par la DSP de Montréal-Centre, confirment le fait que l'utilisation de certains éléments distribués (particulièrement la bouteille vide pour le transport de l'eau) pourrait contribuer à la transmission d'infections bactériennes ou virales. En effet, les UDI fréquentant les PES de Montréal ont rapporté, lors de ces entrevues, avoir prêté l'eau de leur bouteille à d'autres. Ils affirment aussi avoir conservé cette eau pour des périodes variant entre quelques heures à plusieurs jours, ce qui altère considérablement la qualité de l'eau et favorise les risques d'infection de toute nature³⁸.

³⁷ S.A. SATTAR, J. TETRO, et al, *Preventing the spread of hepatitis B and C viruses: Where are germicides relevant?* American Control Infection Control, juin 2001, p.187-197.

³⁸ M. ST-AMOUR, M. C. MORISSETTE, op. cit.

MODÈLES ÉTRANGERS : LES PROGRAMMES DE DISTRIBUTION DE TROUSSES D'INJECTION

La revue de littérature publiée par l'INSPQ³⁹ trace les différents programmes mis en place à l'étranger. Le modèle de la France pour la distribution de matériel est intéressant et est indicateur d'une tendance. En plus du développement d'une campagne de sensibilisation et d'information, la disponibilité d'un matériel connexe sécuritaire a fait son entrée sur le marché avec le support des instances sanitaires françaises et s'est traduite préalablement par une réglementation en 1996⁴⁰. Dès 1997, on y retrouve, outre les seringues et les aiguilles stériles, un ensemble d'éléments stériles dont l'eau stérile pour la dilution et l'injection, le filtre stérile, le récipient de dilution et de chauffage stérile ainsi que le tampon sec stérile. L'objectif principal poursuivi est d'éliminer tout vecteur du VHC, du VHB et du VIH, en diminuant les risques de partage de matériel lors de la préparation d'une drogue à injection intraveineuse ou d'une injection impliquant plusieurs personnes.

D'autres pays européens ont décidé d'aller de l'avant dans la distribution de matériel d'injection connexe aux seringues parce qu'ils ont conclu à l'inefficacité de fournir uniquement des seringues, contrairement à ce qui est admis pour le VIH⁴¹. La Suisse, dans le cadre de sa politique des quatre piliers⁴², tente de préserver la santé des UDI malgré qu'ils soient dans une phase active de toxicomanie en tentant de limiter la propagation du VHC, du VHB et du VIH. Tout comme la France, la Suisse fait la promotion de l'utilisation de diluant stérile. En ce qui regarde le filtre à usage unique, elle a choisi un filtre adaptable directement à la seringue. La Suisse a rendu disponible dans les pharmacies une trousse qui porte la dénomination commerciale *FLASH +*. Elle est vendue en pharmacie (appelée *kit officinal*) à un prix équivalent à 3,30 \$ canadiens et est subventionnée par l'Office fédéral de la santé publique. Les pharmaciens se procurent ces trousse par l'intermédiaire des différents grossistes en pharmacie à un prix minime. Tout comme la France, des messages de

³⁹ Marie-Claude, RENÉ, Revue de littérature, op. cit. novembre 2000.

⁴⁰ Circulaire DGSOH no 9G259 du 5 avril 1996 dans le cadre de la prise en charge des toxicomanes.

⁴¹ J. EMMANUELLI, *Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques*, Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et de substitution (SIAMOIS), Institut de santé publique, France 1999.

⁴² OFFICE FÉDÉRAL DE SANTÉ PUBLIQUE, Suisse, *La Politique des 4 piliers*, Section VI, avril 1999.

prévention sont inscrits sur les boîtes de distribution ainsi que les numéros de téléphone à contacter en cas d'urgence.

DEUXIÈME PARTIE

**Caractéristiques du matériel de préparation et
d'injection des drogues à inclure dans la liste
du matériel offert aux UDI québécois**

**Modalités de distribution du tampon sec, du
contenant de chauffage et du filtre**

***CARACTÉRISTIQUES DU MATÉRIEL DE PRÉPARATION ET D'INJECTION DES
DROGUES À INCLURE DANS LA LISTE DU MATÉRIEL OFFERT AUX UDI
QUÉBÉCOIS***

Bien qu'il faille à tout prix éviter la médicalisation de l'injection de drogues, le principe directeur à la base de nos choix repose sur l'offre d'un ensemble de produits qui permettrait aux UDI une injection à risques réduits. Entre d'autres mots, chacun des éléments serait complémentaire et l'ensemble de ces éléments constituerait un tout qui assurerait à l'UDI une injection la plus stérile possible et comportant le moins de risques pour la santé. En terme de santé publique, la stérilité de tous les éléments du matériel est importante puisqu'elle permet une injection intraveineuse exempte de contamination bactérienne qui pourrait entraîner des abcès, des endocardites ainsi que le risque de transmission du VHC et du VIH. La stérilité serait pour l'UDI une démonstration tangible du sérieux des recommandations à suivre lors de l'injection et des dangers inhérents à celle-ci. Aucun gouvernement ne peut se permettre, dans le cadre de ses programmes de santé publique, de fournir du matériel non stérile. Cette problématique suscite des questions légales et éthiques. Des pays européens, tels que la France et la Suisse, ont statué sur la question en décrétant par exemple, par une législation de la stérilité de l'eau à distribuer aux usagers de drogues par voie intraveineuse.

Les caractéristiques qui doivent guider la sélection reposent sur la fourniture d'un matériel stérile et sécuritaire, à usage unique, nécessitant une manipulation minimale. Un autre élément essentiel en vue d'atteindre les objectifs consiste à sélectionner du matériel pouvant s'intégrer parfaitement aux pratiques des UDI québécois. Ce matériel doit minimiser les risques d'induire des conséquences néfastes sur la santé, répondre aux besoins de l'UDI tout en faisant la promotion de l'utilisation unique de matériel stérile à chaque fois. Il s'agit donc de matériel jetable après un premier usage⁴³.

⁴³ U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, *Recommendations for Prevention and Control of Hepatitis C Virus (HCV) Infection and HCV-Related Chronic Disease*, n° RR-19, vol. 47, 17 octobre 1998.

Le matériel connexe proposé par le MSSS comprend, outre les seringues, les six éléments suivants : des tampons d'alcool, de l'eau stérile, un filtre, un contenant de dilution et de chauffage, des tampons secs ainsi qu'un contenant individualisé de récupération. Il s'agit donc maintenant de déterminer les caractéristiques nécessaires à chacun de ces produits. Cette élaboration de critères a pris en compte l'expérience québécoise et étrangère.

Pour chacune des composantes du nouveau matériel, des spécificités propres doivent être déterminées afin d'en faciliter la sélection et d'en permettre l'acquisition. Ainsi, une énumération des différents critères en fonction de chacun des produits est proposée. Les expériences d'ici et d'ailleurs sont décrites, suivies par une discussion et une énumération des caractéristiques à retenir dans le choix des matériels.

1. LE TAMPON D'ALCOOL

Le tampon d'alcool est composé d'une fine gaze de tissu imbibé d'alcool isopropylique à 70 %. Il est placé dans une petite enveloppe de papier en aluminium, fermée hermétiquement, et est stérilisé. Il est à usage unique. L'alcool possède un pouvoir bactéricide, si son application est de longue durée. Lorsque utilisé avant une injection, on considère qu'il a plutôt une action de nettoyage de la peau.

Expérience étrangère

Tous les programmes d'échange de seringues, qu'ils soient canadiens ou européens, offrent aux UDI le tampon d'alcool. Il fait partie des éléments essentiels à une injection propre. Le tampon d'alcool étant offert depuis le tout début des programmes québécois d'échange de seringues, nous n'avons pas jugé nécessaire d'en élaborer les critères de sélection.

Discussion

Le tampon d'alcool pré-injection sert à désinfecter la peau avant l'injection. Bien utilisé, il prévient les infections comme les abcès cutanés, les cellulites, les ostéomyélites, les endocardites et les staphylococcies. Il peut servir aussi à désinfecter la surface de la table ou du bureau sur lesquelles sont déposées les fournitures servant à la préparation de l'injection. Il doit être conservé dans la liste du matériel et son utilisation doit être davantage expliquée et renforcée. Lorsqu'on analyse les données montréalaises des dernières années, on constate que le nombre de tampons d'alcool distribués est similaire au nombre de seringues. Ce qui nous laisse supposer que les UDI y ont recours. L'analyse des pratiques d'utilisation du matériel d'injection⁴⁴ par les UDI montréalais démontre tout de même une méconnaissance de la bonne utilisation du tampon d'alcool. En effet, bien que certains UDI disent y avoir recours pour désinfecter la peau avant l'injection, d'autres affirment l'utiliser après l'injection en l'appliquant sur le site pour faire pression et arrêter le saignement. Ceci contrecarre les effets bénéfiques de l'usage du tampon d'alcool puisque son indication première est la désinfection pré-injection. Son application sur le site post-injection n'apporte aucun pouvoir de protection contre l'infection. Puisque le tampon est humide, il ne peut absorber correctement le sang. De plus, l'alcool a un pouvoir anticoagulant et prolonge le temps de saignement. Ce qui pourrait, dans le cas de sang contaminé par le VHC, permettre sa transmission.

Recommandation

Le tampon d'alcool doit être maintenu dans la liste du matériel à fournir aux usagers de drogues par injection. Un renforcement de l'importance d'une utilisation appropriée du tampon d'alcool doit être développé principalement en ce qui regarde son usage pré-injection.

⁴⁴ M. ST-AMOUR, C. MORISSETTE, op. cit.

2. L'EAU POUR DILUTION

Les drogues utilisées pour injection sont disponibles, dans la majorité des cas, sous forme solide. Elles doivent être mises en solution pour être injectées. L'eau est le diluant utilisé. Étant donné l'absence d'accès à de l'eau stérile, les UDI peuvent aller jusqu'à prendre de l'eau de pluie, de l'eau de toilette ou de la neige.

Actuellement, certains programmes d'échange de seringues distribuent une bouteille d'eau vide et non stérile afin de permettre aux UDI de transporter de l'eau du robinet propre pour la dilution de leur drogue. En 2000-2001, plus de 30 000 bouteilles vides ont été distribuées dans la région de Montréal-Centre. La bouteille sans eau stérile, munie d'un bouchon qui visse, ne permet pas l'assurance d'avoir une eau sécuritaire pour l'injection. De plus, cette bouteille vide peut servir de contenant d'une eau à partager ou pour transvider la drogue déjà mise en solution, ce qui la rend susceptible de contamination.

Plusieurs experts, qui œuvrent auprès des UDI, reconnaissent que le volume souhaitable et sécuritaire de la bouteille serait celui de 2 ml. L'ampoule d'eau en plastique, plutôt qu'en verre, est préférable pour le transport car il y aurait des risques de se couper ou simplement de perdre l'eau et ses qualités. Un volume de 1 ml pourrait suffire pour diluer la concentration de drogue nécessaire pour une dose mais, compte tenu des pertes dues à des problèmes de manipulation, un volume plus grand serait adéquat.

Les marchés québécois et canadien n'offrent pas la disponibilité commerciale d'un produit qui respecte toutes les spécificités exigées. Ces données, ainsi que l'initiation des démarches pour obtenir une telle ampoule au Québec, résultent de travaux de l'équipe de prévention des MTS/sida de la DSP de Montréal-Centre. L'ampoule d'eau actuellement distribuée en France dans les trousseaux de pharmacies porte la dénomination commerciale *Eau stérile pour préparations injectables*. Cette ampoule contient 5 ml d'eau stérile. Selon l'expérience française, l'utilisation de l'ampoule se fait de façon sécuritaire. La démarche de la DSP de Montréal-Centre a permis d'identifier le fabricant qui commercialise cette eau stérile pure pour injection dans une ampoule de polyéthylène de 5 ml. Le laboratoire Aguettant fabrique

depuis longtemps ce produit. Les autorités françaises de la santé publique le recommandent et, d'ailleurs, le dispensent dans leur trousse de matériel stérile. Ce fabricant exporte déjà en Australie, en Espagne, etc. Des Démarches ont été entreprises afin de pouvoir importer ce produit au Canada. Un distributeur québécois s'est montré intéressé et, à la demande de la DSP de Montréal-Centre, a entrepris les démarches d'importation.

Nous anticipons de voir apparaître sur le marché québécois ce produit une fois que le processus d'approbation par le Bureau des médicaments de Santé Canada sera complété. Des démarches ont été entreprises auprès de Santé Canada pour demander à ce que le processus d'homologation soit accentué^{45, 46}.

La date de péremption ainsi que le numéro de lot du produit doivent apparaître sur le contenant de chaque ampoule distribuée. Ce sont des facteurs de qualité et de sécurité indispensables qui permettront les rappels des produits et le suivi post-marketing. Ainsi, au moment de la distribution, le distributeur devra tenir compte de ces dates de péremption et respecter les recommandations qui s'y rapporteront.

Expérience étrangère

Vancouver/ Toronto/Chicago

Les services de santé publique de Toronto et de Chicago fournissent aux UDI de l'eau stérile d'un volume de 30 ml, mise en bouteille de polyéthylène avec un bouchon qui visse⁴⁷. Nous sommes d'avis qu'il est contraire aux objectifs visés de fournir une eau dans de tels contenants puisque, après la première ouverture, l'eau risque d'être contaminée. Un volume d'eau aussi grand que 30 ml encourage la réutilisation. Le volume d'eau contenu par ampoule doit être suffisant pour ne préparer qu'une seule injection, et ce, afin d'éviter toute

⁴⁵ Lettre de la DSP Montréal-Centre à Santé Canada statuant sur la problématique canadienne quant à la disponibilité de l'eau stérile pour injection en volume de 2ml, mai 1999.

⁴⁶ Lettre du sous-ministre de la DGSP\MSSS, Richard Massé, à Santé Canada, « Invitation à accélérer le processus d'homologation d'une ampoule d'eau stérile », 13 juin 2001.

⁴⁷ The Works (Needle Exchange), 277 Victoria Street, Toronto.

tentative de partage et les risques de contamination. Par conséquent, l'ampoule doit être fabriquée de telle façon que, une fois décapsulée, son contenu ne puisse être réutilisé ou partagé.

Les programmes d'échange de seringues de Vancouver (2001) mettent à la disposition des UDI des ampoules de plastique contenant une eau non stérile pour un usage en aérosol thérapeutique. Cette eau n'est pas recommandée pour une injection intraveineuse comme indiqué sur son emballage.

La France, tel que mentionné auparavant, fournit une ampoule d'eau stérile d'un volume de 5 ml. La description de l'eau et sa caractéristique de stérilité sont inscrites dans la législation. La Suisse fournit du chlorure de sodium 0,9 % stérile comme diluant dans des ampoules de plastique de 2 ml. Ces ampoules sont distribuées à l'unité ou sont incluses dans une boîte de distribution en vente dans les pharmacies sous la dénomination commerciale *Flash*⁴⁸.

Discussion

Les principes qui sous-tendent les critères de choix de l'eau pour la dilution de la drogue sont ceux qui soutiennent principalement la stérilité, permettant de s'injecter avec un niveau minimum de risque d'infection. La majorité des pays qui offrent des programmes d'accès fournissent une eau stérile ne contenant aucun conservatif. La Suisse dispense du chlorure de sodium (NaCl) à la place de l'eau pure. Chicago fournit l'eau stérile et le NaCl 0,9 %. Les explications fournies consistent à maintenir l'isotonicité de la solution à injecter. Mais l'indication de recourir à un diluant de chlorure de sodium à une concentration de 9 pour 1000 convient lorsque la solution à administrer est d'un volume plus grand ou qu'il y a des dangers à injecter un grand volume d'une solution hypotonique. Ces deux conditions, qui pourraient justifier le recours au sérum physiologique, sont inexistantes dans le contexte de l'injection de drogues par les UDI. Notre choix de retenir l'eau stérile pour la dilution de la

⁴⁸ Marie-Claude, RENÉ, Revue de littérature, op. cit. p.38.

drogue repose sur les considérations suivantes, à savoir que les UDI québécois ne sont pas familiers avec l'utilisation du chlorure de sodium à des fins de dilution des drogues. Ils ont recours, à tort, à l'eau salée seulement dans les auto-traitements de surdoses. La disponibilité du NaCl pourrait produire des effets indésirables.

L'absence d'agent préservatif dans l'eau permet, d'une part, d'éviter les risques d'apparition de réaction allergique chez les usagers qui pourraient être sensibles à ces substances et d'éviter, d'autre part, toute interaction qui pourrait avoir lieu entre les composantes de la drogue et l'agent préservatif utilisé. Ainsi, nous prévenons la formation possible de cristaux ou de molécules insolubles.

Seules des ampoules d'eau stérile fabriquées en verre sont disponibles sur le marché québécois. Or, elles risquent de se briser facilement et causer des blessures importantes ainsi que des dangers de contamination. L'ampoule de plastique est à privilégier puisqu'elle permet d'éviter des accidents au moment de l'injection ou lors des déplacements.

Critères de sélection de l'eau stérile

Il est important de spécifier que l'eau doit avoir les caractéristiques suivantes :

- être stérile ;
- être pure, c'est-à-dire sans agent préservatif ;
- être indiquée pour l'injection intraveineuse ;
- être conditionnée dans des ampoules de plastique à usage unique contenant un volume suffisant pour permettre la dilution et ainsi l'administration d'une injection des différentes drogues utilisées ;
- être contenue dans des ampoules munies d'une étiquette mentionnant la date de péremption, le numéro de lot de fabrication ainsi que l'indication du fabricant ;
- être contenue dans des ampoules emballées en un format qui permet la distribution à l'unité.

Recommandation

L'eau doit être stérile et avoir pour indication l'injection intraveineuse. L'eau ne doit contenir aucun agent de préservation. Elle doit être distribuée dans un récipient résistant aux chocs et de préférence en plastique. Le contenant doit permettre une utilisation unidose, c'est-à-dire à usage unique, évitant ainsi toute contamination possible par des usages ultérieurs multiples ou de partage, entraînant par conséquent la transmission de bactéries et de virus. Le volume d'eau idéal est de l'ordre de 2 à 5 ml. Un volume de 5 ml est recommandé car il est plus facilement accessible sur le marché pour l'instant.

3. LE FILTRE

Dans le domaine médical, les filtres utilisés pour purifier les solutions sont composés d'une membrane de cellulose dont les pores sont de 0,22 µm. Cette membrane possède la capacité de filtrer n'importe quelle particule de cette dimension ou de plus grande dimension. Elle ne retiendra pas alors les virus du VIH, du VHC et du VHB puisque ceux-ci sont de dimension plus petite. Le filtre a pour fonction d'empêcher l'injection de cristaux ou d'impuretés pouvant endommager les veines ou les différents organes internes. Il fait obstacle aux impuretés afin qu'elles ne soient pas injectées en même temps que la drogue. Il peut permettre de filtrer autant des « grumeaux » qu'éventuellement des bactéries. Le filtre est toujours relié au rituel de l'utilisation d'un contenant de dilution ou d'une cuillère.

Expérience québécoise

Actuellement, il n'y a que des filtres à cigarette qui sont distribués par certains centres d'accès aux seringues. Leur nombre est estimé à environ 1 000 par année.

Les filtres servent à filtrer la drogue, une fois mise en solution, avec de l'eau dans un contenant de dilution et de chauffage, afin d'y enlever les « grumeaux » et autres résidus qui ne doivent pas être injectés tels que les produits de coupe, de la craie, etc. Le filtre est placé

dans la solution et l'UDI y insère l'aiguille de la seringue afin d'y prélever le volume de solution à injecter.

En général, le filtre à cigarette est rapporté être privilégié par certains UDI québécois parce qu'il leur est accessible facilement, risque moins de laisser des particules dans la solution à prélever et permet de protéger l'aiguille⁴⁹. Il est aussi d'un coût d'acquisition très abordable pour l'UDI. Cependant, ce filtre contient des substances polluantes, comme la colle, et est constitué de matériaux qui risquent d'endommager l'aiguille au moment de soutirer la solution. Il contient aussi des substances chimiques, de la silicone et d'autres substances toxiques qui sont ajoutées au moment de sa fabrication. Il ne convient donc pas de le recommander. Le filtre à cigarette est vendu recouvert d'une fine particule. Les filtres obligent l'UDI à le manipuler avec les doigts afin de retirer la pellicule qui recouvre et à le briser avec ses doigts afin de le fragmenter. En effet, l'enveloppe qui le recouvre doit être retirée car elle pourrait empêcher le passage de la solution et diminuer le pouvoir filtrant. De plus, sa composition lui procure une capacité d'absorption de la drogue faisant en sorte qu'il est maintes fois conservé pour des usages ultérieurs. Si les doigts qui manipulent le filtre ont été antérieurement en contact direct avec du sang contaminé, ou que le filtre ait été déposé sur une table contaminée, les risques sont alors élevés de transmettre le VHC, le VHB et le VIH.

Le coton absorbant, placé aux deux extrémités des cotons tiges ou « Q-Tips », est aussi utilisé comme filtre. Par exemple, les UDI de la région de Québec y ont recours fréquemment. Une fois détaché de la tige de bois, il est manipulé de façon à en faire des petites boules. Au moment de la préparation de la drogue, la boule de coton absorbant est trempée dans la solution et, lorsqu'elle est imprégnée de celle-ci, l'UDI introduit l'aiguille et soutire la solution. Le passage de la solution dans le coton absorbant permet une filtration. Le coton absorbant ne peut retenir que les particules les plus grosses telles que les cristaux et les particules insolubles. Malheureusement, les fibres du coton (ouate) se détachent facilement les unes des autres. Elles peuvent ainsi être aspirées, passer par l'orifice de

⁴⁹ M. ST-AMOUR, C. MORISSETTE, *op. cit.*

l'aiguille et se retrouver dans la solution à injecter. C'est ce qui explique les complications qui surviennent chez les UDI comme les abcès, les thromboses et les autres infections ; conséquences qui entraînent des risques sérieux pour l'état de santé des UDI, associées à des dépenses élevées dans notre système de santé.

Expérience étrangère

Tel que décrit dans le document de l'INSPQ⁵⁰, la Suisse fait la promotion de l'utilisation d'un filtre qui s'adapte au barillet de la seringue appelée « seringue à filtre ». Le filtre est directement placé sur la seringue. Cette dernière est distribuée séparément de l'aiguille ; le tout est placé dans une gaine de plastique unidose stérile. Ce filtre, similaire à celui utilisé à des fins médicales, permet l'obtention d'une solution exempte de grosses particules endommagées. Dans ce contexte, l'aiguille est distribuée séparément de la seringue, elle est donc amovible et peut être jetée plus facilement dans l'environnement. Il y a aussi un risque de partage de seringue, l'UDI jugeant que seule l'aiguille peut être responsable de la transmission du VHC⁵¹.

Une étude⁵² anglaise a permis à des chercheurs d'analyser les méthodes utilisées par les UDI pour préparer de l'héroïne brune de rue à des fins d'injection. Les différents filtres fréquemment utilisés par les UDI (filtre à cigarette, boule de coton absorbant, filtre à cigarette pour rouler Rizla d'acétate de cellulose) ont été comparés à un filtre commercial placé sur les barillets des seringues comme utilisé en médecine. Le filtre *Acrodisk* de 5 microns fut choisi. C'est le filtre à usage médical qui a été le plus performant. L'étude portait, entre autres choses, sur la détermination du pourcentage de particules retenues par la filtration, c'est-à-dire capable de laisser le plus faible nombre de particules dangereuses dans la solution après la filtration. Le filtre à cigarette, qui est le plus largement utilisé par les UDI, fut celui qui filtrait le plus faible nombre de particules. Il fut donc jugé le moins performant. Le filtre à cigarette avait démontré un pouvoir de filtration de l'ordre de 79,4 %, la boule de coton absorbant (ouate) 89,4 %, le filtre Rizla 90,4 %, alors que le filtre utilisé en médecine avait un pouvoir de filtration de l'ordre de 95,1 %. Les résultats indiquent que

⁵⁰ Marie-Claude, RENÉ, Revue de littérature, op. cit.

⁵¹ C. CAFLISCH, J. WANG, R. ZBINDEN, « The Role of Syringe Filters in Harm Reduction among Injection Drug Users », *American Journal of Public Health*, Washington, État-Unis, août 1999.

⁵² J. SCOTT, E.J. KENNEDY, C. BOND, *Investigation into the Effectiveness of Filters for use by Intravenous Drug Users: Results from work with heroin. Department of General Practice and Primary Care*, University of Aberdeen, UK, 1999.

le filtre Rizla et le coton sont à peu près équivalents. Le premier est préférable étant donné qu'il nécessite moins de manipulation et que les fibres risquent moins de se détacher pour être injectées dans la solution⁵³.

Lorsque les auteurs comparent les différents filtres disponibles sur le marché en fonction de leur pouvoir de filtration, le filtre de 0,22 micron se montre le plus performant. En effet, 75 % des seringues étaient non contaminées⁵⁴. Le filtre à 0,22 micron est celui qui est recommandé lorsque l'on désire injecter une solution intraveineuse contenant le moins de particules possibles (que celles-ci soient des cristaux, des bactéries, etc.). C'est d'ailleurs celui qui est utilisé lors de la préparation de solutions parentérales en milieux hospitalier et ambulatoire.

Les boulettes dentaires sont une autre forme de filtre. Elles sont actuellement fournies comme matériel connexe à l'injection à Toronto⁵⁵, à Chicago et à New York⁵⁶. Toronto offre des boulettes dentaires de deux dimensions différentes, soit Cotton pellets n° 5 et Cotton Pellets n° 4. Des petits sacs de 40 boulettes sont offerts peu importe leur diamètre. Les boulettes de coton (100 % coton) utilisées en dentisterie sont recommandées en tant que filtres pour l'usage de drogues par injection. Les fibres du coton de ces boulettes dentaires sont très longues, flexibles et propres. Le diamètre des boulettes dentaires utilisées varie de 2,4 à 5,0 um. Elles sont préformées et évitent ainsi d'être manipulées par l'utilisateur. Elles se brisent difficilement et ainsi diminuent les risques d'abcès, d'infection et d'obstruction veineuse causés par des particules insolubles. Les boulettes de coton sont déjà formées et elles possèdent un petit orifice central qui permet d'y insérer l'aiguille sans l'endommager. Les boulettes dentaires sont offertes aux UDI en petits sacs de plastique (type Ziploc) et favorisent ainsi un transport simple et hygiénique. Ceci est toutefois l'inconvénient majeur à leur utilisation, car elles doivent être manipulées au centre d'accès et mises en sacs pour la distribution. Elles ne sont donc pas stériles.

⁵³ M. ST-AMOUR, M. C. MORISSETTE, op. cit.

⁵⁴ C. CAFLISH, J. WANG, *et al*, « The Role of Syringe Filters in Harm Reduction Among Injection D », *American Journal of Public Health*, Washington, Etats-Unis, vol. 89, no 8, p. 1252-4.

⁵⁵ Toronto, Community and Neighbourhood Services, Public Health, The Works, 277 Victoria Street, Main Floor.

⁵⁶ Needle Exchange program in New York State, Safeworks Organization, 3 octobre 2000.

De son côté, la France avait initié l'utilisation d'un filtre fabriqué d'acétate de cellulose et qui avait l'apparence d'un filtre à cigarette. Les analyses subséquentes à la mise en marché ont démontré que les UDI devaient manipuler avec leurs doigts le filtre afin de retirer la gaine qui servait d'enveloppe. Cette manipulation serait un facteur favorisant la transmission des infections. Le filtre composé de cellulose fut retiré du marché et remplacé par un filtre composé entièrement de coton, celui-ci n'exigeant aucune manipulation avec les doigts.

Discussion

Idéalement, le filtre devrait être très petit et n'absorber qu'une faible quantité de drogue. Ceci permettrait à l'UDI d'avoir confiance au filtre et l'assurance que le filtre n'altérerait pas la concentration de la drogue. On éviterait ainsi que l'UDI s'injecte une dose de drogue trop élevée ou qu'il serait tenté de conserver les filtres ayant déjà servi afin d'y récupérer la drogue lorsqu'il est en état de manque.

Selon différentes sources, dont l'étude menée auprès des UDI de Montréal⁵⁷, il semble que ces derniers conservent des filtres usagés et qu'il leur arrive de les vendre ou de les prêter. Nous devons donc fournir un matériel qui découragerait ce genre de transaction. C'est pourquoi le filtre doit être à fonction uniservice. Il y a lieu d'émettre l'hypothèse que l'utilisation d'un filtre stérile, dont la forme et le format sont désignés pour une utilisation sans manipulation par les doigts au moment de s'injecter, permettrait d'obtenir une diminution des risques du VHC.

Critères de sélection du filtre

La qualité du filtre est primordiale. Les caractéristiques générales que l'on doit retrouver sont les suivantes :

- être de petit format : son diamètre devrait être de l'ordre de 2,4 um à 5 um ;

⁵⁷ M. ST-AMOUR, C. MORISSETTE, op. cit.

- être composé de coton à 100 % ;
- être stérile ;
- avoir des pores dont le diamètre est de l'ordre de 0,22 micron ;
- être composé de tissu filtrant qui retient le moins possible la substance psychoactive dissoute dans la solution à filtrer ;
- être à usage unitaire ;
- être facilement utilisable dans l'obscurité ;
- être fait de fibres pures et non enduites de substances polluantes ou de colle et de silicone ;
- être composé de fibres longues et flexibles ;
- demander un minimum de manipulation dans le cadre de son utilisation ;
- être fait de façon à y insérer l'aiguille sans l'endommager ;
- être facilement transportable ;
- être contenu au moment de sa distribution dans une enveloppe ou un contenant qui associe l'ensemble du matériel connexe à l'injection ;
- avoir une utilisation compatible avec les seringues communément utilisées par les UDI québécois. C'est pour cette raison que le filtre suisse nous semble moins approprié. Avec la seringue avec filtre, l'aiguille s'enlève et on peut la jeter plus facilement dans l'environnement, ce qui n'est pas désirable en plus de favoriser potentiellement le partage de seringues.

Recommandation

Favoriser l'utilisation d'un filtre stérile entièrement composé de coton pur et ne contenant aucune substance chimique. Il doit convenir à la filtration des produits utilisés au Québec. Le diamètre du filtre doit varier entre 2,4 um et 5 um. Le filtre recommandé serait équivalent à celui fabriqué par le laboratoire français Cat Labo (par exemple, celui contenu dans le *Stéricup*).

À court terme, les boulettes dentaires appelées communément *Dental Pellets* ou *Dental Cottons*, sont suggérées. Composées de coton à 100 %, leurs fibres sont longues et tissées suffisamment serrées pour permettre une utilisation sécuritaire et leur diamètre est de 2,4 um. Par contre, la non-stérilité du produit le place au deuxième rang parmi les choix. Le troisième choix serait le papier à cigarette.

4. LE CONTENANT DE DILUTION ET DE CHAUFFAGE

Le contenant de dilution sert à diluer la drogue afin d'en extraire les substances psychoactives. Le chauffage aide à dissoudre la quantité de drogue qui est déposée dans le contenant résistant à la chaleur. Le fait de chauffer la solution ne stérilise aucunement le mélange, mais réduit les risques de propagation des infections tout en favorisant la dilution de la drogue.

On a découvert que plus longtemps les drogues étaient chauffées, plus on réduisait les risques de transmission du VIH. Toutefois, la promotion du chauffage comme une étape préparatoire à l'injection, quel que soit le type de drogue consommée, constitue un sujet de discussion. Il faut donc continuer à encourager les UDI à les chauffer. Les drogues devraient être chauffées au moins 15 secondes, ou jusqu'à l'apparition des premières bulles produites par le chauffage, puis refroidies avant l'injection.

Expérience québécoise

Aucun contenant de dilution ou de chauffage n'est distribué au Québec. C'est pourquoi certains UDI utilisent, pour diluer les drogues, des petites bouteilles d'eau vides distribuées par des centres d'accès. Ces contenants ne permettent aucun chauffage. D'autres UDI ont recours à des cuillères de table, principalement des cuillères à dessert ou encore se servent tout simplement des sacs de plastique ou en papier dans lesquels les drogues sont distribuées. L'exemple le plus fréquent est celui du sac de cocaïne dans lequel la drogue est diluée directement. Cela pourrait être un défi de recommander aux cocaïnomanes de

chauffer leur drogue alors qu'ils utilisent déjà ce sachet de plastique. De plus, il faudrait s'assurer qu'ils soient en mesure d'attendre que la solution refroidisse avant de s'injecter.

Expérience étrangère

Certains centres d'échange de seringues de la région d'Ottawa fabriquent eux-mêmes des contenants de dilution et de chauffage. Ces contenants sont préparés par le personnel à partir de bouchons de bouteille en aluminium de forme cylindrique auxquels est attaché un petit manche. Ce dernier est fabriqué à partir d'un trombone métallique normalement utilisé pour retenir des feuilles de papier. Ces centres offrent gratuitement ces contenants de dilution. Il est à noter que ces derniers ne peuvent être chauffés adéquatement car la poignée devient très chaude rapidement et l'UDI est incapable de la tenir ou risque de se brûler les doigts. Une blessure à ce niveau est dangereuse puisqu'elle offre une porte d'entrée privilégiée pour les bactéries ou les virus.

La région de Toronto offre des cuillères de plastique qui servent pour la dilution de la cocaïne. Le grand désavantage réside dans le fait qu'elles ne peuvent jamais être chauffées. La France a innové en fournissant à l'unité, dans les centres d'accès, un contenant d'aluminium stérile, le *Stéricup*, inclus dans une trousse appelée *Stéribox*, exclusivement distribuée en pharmacie. Le *Stéribox* permet aux pharmaciens d'effectuer une action préventive. Au cours de 1997, les pharmacies françaises en ont distribué 227 000 unités.

La Suisse a initié la distribution aux UDI d'un contenant de chauffage en aluminium, dont la forme est voisine de celle d'une cuillère à long manche. Le désavantage réside dans le fait que, au moment du chauffage, le manche devient très chaud et est donc peu utilisé pour chauffer la drogue mais plutôt comme contenant de dilution. Là aussi, le contenant de chauffage est distribué à l'unité dans les centres d'accès. Il fait partie du matériel distribué dans une trousse spécialisée pour les pharmacies, le *Flashbox*. Un support en carton est

fourni dans la boîte *Flashbox* afin de permettre une manipulation plus facile et fournir un support pour exécuter les manipulations de dilution⁵⁸.

Discussion

La stratégie qui consiste à développer l'usage du contenant de chauffage est très importante en terme de santé publique et la promotion de son utilisation doit être intensifiée. Les centres d'échange de Toronto recommandent de chauffer les drogues, quelle que soit la forme de la drogue consommée, et ce, jusqu'au point d'ébullition confirmé par la formation de bulles⁵⁹.

Les UDI peuvent conserver leur cuiseur et il n'est pas nécessaire qu'ils le changent à chaque fois. Cependant, considérant qu'ils le réutilisent très souvent pour d'autres injections ou encore le partagent avec d'autres partenaires, il y a lieu de promouvoir l'usage unique du cuiseur ou du contenant de chauffage afin d'éviter la transmission d'infections bactériennes et virales.

Différents modèles de contenant de chauffage existent. La plupart ne sont pas stériles et peuvent être réutilisés après un nettoyage et une désinfection. Par ailleurs, l'utilisation de l'eau de Javel dans les conditions habituelles permet la réduction de la transmission du VIH mais pas du VHC. Pour réduire les risques de transmission du VHC, le temps de trempage devrait être au moins de 10 minutes. Le *Stéricup* français à usage unique fait l'unanimité auprès des différents experts rencontrés. Il se manipule facilement, peut recevoir un volume suffisant de drogue et d'eau, permettant ainsi une mise en solution des différentes drogues utilisées, et surtout, peut être chauffé pendant au moins 15 secondes sans problème. Grâce à son manchon de caoutchouc, il permet d'être manipulé sans risque de brûlure aux doigts. L'aluminium, une fois chauffée, noircit. Ce phénomène d'oxydation est un atout en terme de prévention. Cela peut servir d'indice à l'UDI du danger de contamination puisque le contenant perd son éclat, présage d'une utilisation antérieure. Il serait essentiel de fournir du

⁵⁸ M. C. RENÉ, Revue de littérature, op. cit, p. 39.

⁵⁹ M. CLATTS, « Chauffer les drogues permet de réduire les méfaits », *Junkmail*, Toronto Needle Exchange Program, Toronto, Ontario, janvier 2000.

matériel explicatif concernant l'utilisation du contenant de chauffage. Cette information devrait spécifier le temps de chauffage ainsi que les motifs qui sous-tendent son utilisation. La durée de chauffage recommandée est de 15 secondes ou jusqu'à l'apparition de bulles. Cette durée n'est pas suffisante pour permettre l'évaporation de la solution et justifie ainsi une augmentation de la concentration de la drogue à s'injecter. Aussi, le *Stéricup*, par rapport à la cuillère de métal, possède une forme qui permet de déposer le contenant sur une table et que les dilutions soient faites sans perte de drogue ou de diluant. Son format est petit et peut très bien être mis en poche ou dans une petite bourse. Il est discret et à usage strictement dédié aux UDI. Il est offert sous emballage stérile, associé à un tampon sec et à un filtre, ce qui permet une injection propre et sécuritaire.

L'avantage du *Stéricup* réside dans le fait qu'il est conçu spécialement pour les UDI et qu'il est inclus dans un emballage stérile dans lequel on y retrouve les autres éléments essentiels à une injection la plus sécuritaire possible.

Critères de sélection du contenant de chauffage

Les caractéristiques générales qui doivent être considérées dans le choix du contenant de dilution ou de chauffage sont les suivantes :

- avoir une forme qui s'apparente à celle d'une cuillère, car le contenant sert à diluer la drogue avant de la chauffer ;
- être constitué d'un matériel pouvant être chauffé ;
- le récipient doit être métallique ;
- être fabriqué en aluminium ;
- être à usage unique de préférence ;
- être facilement transportable ;
- être de petite dimension ;
- avoir une forme qui doit permettre de soutirer facilement la solution à l'aide de l'aiguille ;

- avoir une forme qui doit assurer une stabilité lors de la manipulation ;
- être stérile ;
- posséder un manchon qui résiste à la chaleur secondaire due au chauffage.

Recommandation

Fournir un contenant de chauffage stérile fabriqué en aluminium et muni d'un manchon protecteur qui s'adapte au manche. Il peut être chauffé pendant 15 secondes sans aucun problème et sa forme doit lui permettre d'être stable lors des manipulations.

5. LE TAMPON SEC

Le tampon sec est constitué de coton et ressemble à un petit carré absorbant. Il est semblable à une petite gaze que l'infirmière applique pour faire pression sur un point d'injection afin d'arrêter l'écoulement du sang, par exemple, après un prélèvement sanguin ou tout autre type d'injection. Son pouvoir absorbant réside principalement dans le fait qu'il soit sec et en coton, permettant d'absorber complètement le sang qui perle après une injection.

Expérience québécoise

L'absence de tampon sec fait dévier l'utilisation du tampon d'alcool pré-injection. Les UDI ont recours très souvent à du papier-mouchoir ou à un morceau de tissu pour faire pression sur le site d'injection après avoir retiré l'aiguille. Il arrive qu'ils utilisent leurs doigts comme moyen de pression. Ceci se produit lorsque les UDI n'ont pas de tampon d'alcool post-injection sous la main⁶⁰. Deux motifs sont en défaveur de l'utilisation du tampon d'alcool, à savoir : l'absence de pouvoir absorbant du tampon d'alcool et l'action vasodilatatrice de l'alcool. Cet effet vasodilatateur ne permet pas d'arrêter rapidement le saignement. Ces deux facteurs font que le sang déposé sur le tampon alcoolisé pourrait contaminer tout objet ou la

peau avec lesquels il entrerait en contact. De plus, la réutilisation et même le partage du tampon d'alcool, dans ce contexte, peut être une source de contamination. Il faut encourager le recours à un tampon sec post-injection. Le tampon sec doit être considéré comme un élément faisant partie du matériel, permettant à l'UDI d'avoir directement sous la main le matériel nécessaire pour compléter l'injection et de tenir le meilleur niveau de qualité possible de l'intervention hors du contexte médical. Le marché québécois ne dispose pas de tampon sec stérile de la dimension adaptée à l'usage recherché. La composante la plus familière, identifiée et utilisée dans le contexte d'injection, est la gaze de coton de dimension 2 x 2 po et qui est pliée pour assurer la pression au point d'injection.

Expérience étrangère

La France a rendu disponible un tampon sec à l'intérieur du contenant *Stéricup*. Ceci permet donc à l'UDI d'avoir sous la main, au moment de s'injecter, l'ensemble des fournitures nécessaires à une injection la plus stérile possible, le tout contenu dans une trousse. Il y a donc moins de risques d'oublier des éléments du matériel lorsque l'UDI s'injecte à l'improviste ou dans des lieux inappropriés à une injection sécuritaire.

Discussion

Le tampon sec est reconnu comme étant une composante du matériel tout aussi importante que les autres éléments. Il sert à faire une pression sur le site d'injection afin d'arrêter l'écoulement de sang. Son action principale repose sur le fait qu'il est sec et qu'il a un pouvoir absorbant. Il ne faut surtout pas se servir des doigts pour presser sur le point d'injection parce que ce contact direct avec le sang favorise la transmission du VHC. Ce dernier, étant contenu dans la goutte de sang, peut se coller sur le bout des doigts et contaminer le prochain objet touché. C'est l'exemple le plus concret de la contamination indirecte. À défaut de bien se laver les mains, on risque de contaminer quelqu'un.

⁶⁰ Concertation en toxicomanie Hochelaga-Maisonneuve, « Faire sa veine », mars 1999.

Critères de sélection du tampon sec

Les caractéristiques du tampon sec sont :

- avoir un bon pouvoir absorbant ;
- être de petit format afin de permettre une utilisation adéquate ;
- avoir une double paroi afin de ne pas contaminer la peau au moment de son utilisation ;
- être inclus dans l'ensemble du matériel connexe à la seringue ;
- être constitué de fibre de coton ou de matériau ayant un faible pouvoir allergène.

Recommandation

Fournir un tampon sec stérile fait entièrement de coton et d'une grandeur de 2,2 x 2,2 cm. À défaut de pouvoir fournir ce type de tampon, nous recommandons de rendre disponibles gratuitement des gazes sèches d'une dimension de 2,54 cm x 2,54 cm. Si nous retenons ce type de gaze, il faudra être imaginatif et trouver un mode de distribution qui conduit à une manipulation minimale et propre.

6. LE GARROT

Le garrot est très utile pour faciliter le choix des veines. Il permet d'éviter qu'elles soient davantage brisées et ainsi d'empêcher l'apparition d'abcès. Il faut envisager sa distribution afin qu'il soit utilisé de façon individuelle. L'usage individuel est recommandé car, sinon, le garrot risque d'être contaminé par des gouttelettes de sang au moment de son usage et ainsi infecter une autre personne qui le manipulerait par la suite. Chacun doit garder son garrot et ne pas le prêter dans le but de prévenir toute transmission d'infection.

Expérience québécoise

Quelques centres d'accès distribuent le garrot. À défaut d'avoir sous la main un garrot, des UDI ont recours à un condom non-lubrifié en guise de garrot⁶¹. Une promotion est faite dans des centres d'accès concernant l'usage personnel du garrot et de l'importance de le conserver pour soi.

Expérience étrangère

Toronto Needle Exchanges fournit gratuitement des garrots aux UDI et recommande son usage individuel. Des programmes américains d'échange de seringues font la promotion de l'utilisation du garrot et présentent, sur leur site Internet, les modalités de son utilisation⁶².

Recommandation

Encourager les centres d'accès à faire la promotion de l'utilisation individuelle du garrot. Des messages de prévention à cet effet doivent être véhiculés. Un suivi doit être instauré afin de mesurer l'impact en terme de modification du comportement des UDI quant à l'acquisition d'un garrot qu'il conserverait sur eux pour un usage personnel.

7. LE CONTENANT DE RÉCUPÉRATION INDIVIDUALISÉ

Expérience québécoise

Certains UDI semblent craindre d'avoir en leur possession un contenant de récupération. Ils préfèrent conserver leur matériel souillé à la maison dans un contenant non identifié, comme

⁶¹ Concertation en toxicomanie Hochelaga-Maisonneuve, « Faire sa veine », mars 1999.

⁶² Safe Works Aids Project, Inc. Safe Injection and Vein Care, 1996.

la bouteille vide d'eau javellisante, plutôt que de posséder une boîte de récupération d'allure médicale et qui est identifiée par la majorité des gens comme faisant partie intégrante des services de soins de santé. Certains UDI disent toujours conserver des seringues stériles avec eux. Ils peuvent, par exemple, transporter leurs seringues dans un étui rigide destiné à transporter des lunettes. C'est ainsi qu'ils disent avoir trouvé un moyen anonyme de toujours porter sur eux leurs seringues. Il faut donc respecter ce désir de maintenir privée leur consommation. Nous avons à relever le défi de leur trouver du matériel adapté à leurs besoins spécifiques. Les raisons qui rendent les UDI hésitant à posséder des contenants de récupération sont la peur d'avoir des seringues en leur possession, d'être identifiés comme usagers de drogue par injection et d'en subir les préjudices lors de perquisitions, d'arrestations ou d'enquêtes judiciaires.

À Montréal, dans le cadre du programme de prévention, la Direction de santé publique a mis à la disposition des organismes communautaires des contenants individualisés qui sont distribués aux UDI. Le nombre de contenants de récupération offerts est de l'ordre de 3 000 unités par année⁶³. Ceci permet une récupération représentant environ le quart des seringues récupérées par les PES de la région de Montréal. Pour l'année financière 2000-2001, environ 3 200 bacs de récupération ont été distribués aux UDI⁶⁴. La remise de ces contenants individuels a permis, selon les estimations, la récupération de plus de 235 000 seringues.

Le personnel des organismes communautaires et les travailleurs de rue sont parmi les principaux intervenants qui distribuent des contenants individualisés. Le rapport d'enquête⁶⁵ de l'INSPQ conclut que peu de régions disposent de contenants de récupération de format individuel. Seulement 20 centres sur l'ensemble des centres d'accès ont déclaré remettre des contenants de récupération individuels aux UDI qui en font la demande. Sur ce plan, la région de Montréal a réussi à promouvoir l'utilisation du bac à récupération et nous devons souligner la concertation et les efforts qui y sont consacrés.

⁶³ Données obtenues de la DSP de la région de Montréal-Centre, juin 2001.

⁶⁴ Système de gestion du matériel de prévention de la DSP de Montréal-Centre. 1^{er} avril 2000 - 31 mars 2001.

⁶⁵ Marie-Claude, RENÉ, Rapport d'enquête, op. cit.

Par contre, la récupération des seringues usagées est faible dans les pharmacies. Environ 30 % de ces dernières offrent le service de récupération. De plus, les barrières principales, énumérées par les UDI pour la récupération en pharmacie, sont le peu de discrétion dans la façon de remettre le matériel souillé et le peu de visibilité accordée aux bacs de récupération qui sont souvent placés dans des endroits peu accessibles.

Depuis le début du programme d'échange de seringues, la récupération des seringues souillées a été l'objet d'une préoccupation constante avec une atteinte de résultats variables selon que le PES est un centre spécialisé ou un établissement du réseau de la santé⁶⁶. À cet effet, il convient de se référer aux recommandations contenues dans le rapport d'enquête de l'INSQ qui comporte à la fois des pistes d'exploration, des mesures strictes de récupération et, finalement, de la formation et de l'information à transmettre aux UDI et au personnel des centres d'accès⁶⁷.

Expérience étrangère

Les organismes de prévention australiens font la promotion d'un contenant individualisé de récupération disponible en divers formats. L'un des formats sert aussi de contenant de transport de seringues neuves⁶⁸. C'est un étui à deux compartiments pouvant contenir de 10 à 12 seringues propres et un même nombre de seringues souillées. Sont conservées d'un côté les seringues propres et, de l'autre, les seringues usagées. Ce contenant est appelé *Fitpack*. Il est utilisé en Australie à l'échelle nationale et est aussi disponible en Europe. Le *Fitpack* produit aussi des contenants de 3 à 5 seringues récupérées. Ces derniers sont assez petits pour être introduits dans la poche d'un veston ou dans un petit sac à main. Les avantages du *Fitpack* consistent principalement dans le fait qu'une fois la seringue souillée, celle-ci est déposée dans la section prévue à cet effet et elle ne peut en être délogée. Ceci permet donc d'éviter le partage de seringues souillées et le danger d'une réutilisation par un tiers qui

⁶⁶ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention du VIH offerts aux utilisateurs de drogues par injection du Québec - D'avril 1998 à mars 1999*, Québec, Centre québécois de coordination sur le sida, ministère de la Santé et des Services sociaux.

⁶⁷ Marie-Claude, RENÉ, Rapport d'enquête, op. cit., p. 45-46.

⁶⁸ Marie-Claude, RENÉ, Revue de littérature, op. cit.

trouverait la boîte *Fitpack*. De plus, la boîte est produite dans un plastique qui respecte toutes les normes de récupération de matériel souillé et ne peut être endommagée de quelle que façon que ce soit. Même compactées, les aiguilles des seringues ne peuvent transpercer le contenant et blesser ou infecter une personne qui le manipulerait. De plus, ces contenants ont été spécialement conçus dans le cadre des programmes de prévention aux UDI.

La France et la Suisse dispensent des boîtes fabriquées de carton pour ce qui est du transport du matériel stérile d'injection. Bien qu'utilisées pour le transport du matériel propre, ces boîtes ne peuvent pas vraiment servir de boîtes à la récupération.

Discussion

Le contenant de récupération individualisé doit servir à la récupération de l'ensemble du matériel souillé, utilisé par un individu pour sa consommation individuelle. Il est différent, en termes de format et de caractéristiques de fabrication, de celui qui est utilisé pour une récupération à grande échelle. L'expérience québécoise démontre que les UDI hésitent à avoir en leur possession des contenants de récupération, causé par la peur d'être identifiés comme UDI et d'en subir les préjudices. Plusieurs ont une consommation complètement cachée. Le contenant individualisé doit donc posséder des caractéristiques particulières qui, en plus de garantir l'instauration de mesures préventives, conserve un aspect discret. Son étiquetage et l'emballage doivent être discrets et ne donner aucune piste de renseignements concernant son usage. Si l'on considère que les UDI qui fréquentent les PES à Montréal utilisent les contenants de récupération, même peu adaptés, cela laisse supposer que des contenants comme *Fitpack* pourraient améliorer de manière significative le taux de récupération.

Le fait de remettre des contenants individualisés de récupération permet de sensibiliser l'UDI à la prise en charge de la protection de l'environnement et à une gérance étroite de son matériel usagé. Cette mesure de santé publique doit être promue et toutes les mesures pouvant aidées doivent être mises de l'avant. Il y a lieu de souligner ici que nous sommes très exigeants envers les UDI alors que nous faisons preuve de négligence dans les autres

programmes de suivi de clientèles aux prises avec des thérapies médicamenteuses, nécessitant l'utilisation de seringues pour leur administration à domicile. Les diabétiques ne sont plus les seuls à utiliser des seringues à des fins thérapeutiques. D'ailleurs, il n'existe pas actuellement de politique de santé publique à l'égard de l'utilisation des seringues à usage thérapeutique à la maison, ce qui entraîne le dépôt de seringues dans les déchets domestiques, y compris les bacs de recyclage. Nous proposons que le MSSS se penche sur l'ensemble de la problématique englobant tous les modes d'utilisation de matériel d'injection et sa récupération, et suggère une solution nationale. L'accès à des contenants de récupération individualisés actuellement disponibles ailleurs n'est pas réalisable au Québec dans le cadre des financements actuels. Des crédits supplémentaires seront nécessaires. De plus, nous envisageons que la collaboration des pharmaciens pourrait aider, sinon être essentielle, dans le cadre d'un programme national de récupération. À l'annexe 2 du présent rapport, se retrouve à titre indicatif une copie de l'analyse effectuée par la DSP de Montréal-Centre sur les boîtes de récupération disponibles sur le marché québécois et des recommandations concernant la récupération. Cette analyse nous fournit une revue des caractéristiques des différents contenants disponibles jugés sécuritaires dans le cadre des soins de santé pour la récupération de matériel souillé.

Critères de sélection du matériel de récupération individualisé

Les caractéristiques du matériel de récupération individualisé sont :

- être spécifiquement fabriqué pour la récupération de matériel pour injection ;
- pouvant aussi servir de boîte de transport ;
- pouvant contenir une petite quantité de seringues (moins de 10) ;
- avoir une ouverture permettant une entrée verticale pour ce qui est des contenants de plus de 24 seringues (1,4 L) ;
- être de couleur opaque, d'apparence discrète et suffisamment petit pour se dissimuler dans les poches d'un veston ou dans un sac à main ;
- permettant le stockage de l'ensemble du matériel d'injection souillé ;

- être constitué d'un plastique résistant au choc ;
- pouvant être, une fois rempli de matériel souillé, scellé et ne pas donner la possibilité d'être réouvert ;
- avoir un étiquetage sobre, non apparent.

Les boîtes de récupération disponibles sur le marché québécois sont destinées à un usage médical. Elles sont fabriquées d'un plastique résistant et quelques-unes ont une embouchure qui empêche de soutirer le matériel qui y a été inséré. Leur étiquetage est peu discret et comporte des avis qui attirent l'attention et des interrogations chez les gens qui les aperçoivent. Même si elles sont conformes aux normes médicales dans le cadre des soins aux patients, elles sont peu adaptées à l'usage personnel de l'UDI.

La boîte *Fitpack* est construite d'un plastique noir et sa dimension permet de l'insérer dans la poche intérieure d'un veston. L'expérience de Strasbourg a démontré que les UDI appréciaient l'utiliser parce qu'elle a une allure discrète tout en étant sécuritaire. Cette boîte ne contient que les seringues. Par conséquent, les UDI conservent séparément l'eau et les autres éléments du matériel. Les Programmes régionaux d'accès au matériel d'injection et de récupération des seringues pourraient en obtenir d'un distributeur québécois⁶⁹. La réalisation d'une étude portant spécifiquement sur les attitudes et les pratiques des UDI pourrait être fort utile et donner des pistes de solution adaptées au Québec. Cependant, il est important d'en assurer la faisabilité financière.

⁶⁹ Des informations complémentaires peuvent être obtenues en communiquant avec le distributeur Dismed au (514) 355-4711, poste 3560.

Recommandation

Fournir aux UDI fréquentant les centres d'accès des contenants de récupération individualisés de matériel d'injection avec une ouverture verticale et contenant moins de 75 seringues.

À moyen terme, favoriser la réalisation d'une étude qui consisterait à évaluer le degré d'acceptation des UDI à recourir aux contenants individualisés de récupération *Fitpack*.

Demander la collaboration de l'Ordre des pharmaciens du Québec afin d'informer ses membres sur la problématique de la récupération du matériel usagé d'injection en terme de protection pour la santé et favoriser l'accessibilité et la vente de contenants de récupération de seringues usagées en pharmacie. La collaboration de l'Ordre des pharmaciens pourrait se manifester en demandant aux grossistes en pharmacie d'entreprendre les démarches nécessaires afin de rendre disponibles sur le marché québécois les boîtes de récupération *Fitpack*.

***MODALITÉS DE DISTRIBUTION DU TAMPON SEC, DU CONTENANT DE
CHAUFFAGE ET DU FILTRE***

Nous ne pouvons considérer chacun des éléments comme étant isolé les uns des autres. Nous suggérons de distribuer ces éléments sous la forme d'un ensemble indissociable. Ainsi, nous retrouverions dans une même enveloppe stérile le contenant à chauffage, le filtre et le tampon sec. Ce format doit être indivisible et doit être offert comme tel. L'avantage principal d'une présentation sous forme de trousse consiste à répondre à l'ensemble des besoins de l'UDI au moment de s'injecter. Aussi, il devient plus facile et commode de s'approvisionner et de distribuer le tout sous forme d'un emballage unique. Ce principe éviterait des manipulations inutiles et des coûts supplémentaires quant à la distribution de ce matériel stérile. Le désavantage de fournir le matériel sous forme d'une trousse réside dans l'incapacité pour un UDI de se procurer un seul élément parmi l'ensemble. Ainsi des pertes peuvent survenir et un suivi doit être exercé afin d'apporter des correctifs si nécessaires.

Cette présentation comporte un matériel à usage reconnu et unique aux UDI et permet donc d'éviter de médicaliser le geste. On offre ainsi un matériel sécuritaire, stérile et distinct du matériel médical. Cette trousse pourrait être fournie indépendamment de la seringue stérile, de l'eau à injection et des autres éléments offerts.

L'exemple de la France est intéressant à ce sujet. L'assemblage des éléments secs (filtre, contenant de chauffage et tampon) est fait sous un emballage de plastique alvéolé propre et stérilisé à l'aide de l'oxyde d'éthylène. La commercialisation est faite sous le nom de *Stéricup*. Le gouvernement français a reconnu le *Stéricup* comme étant un élément de prévention de la propagation du VHC, du VHB et du VIH. Cet assemblage est d'ailleurs l'un des seuls à être spécifiquement fabriqué par l'industrie pharmaceutique à des fins de prévention auprès des UDI. Il contient trois aides à la protection contre le VHC à savoir un contenant en aluminium qui sert à la dilution et au chauffage de la drogue, un filtre de coton utilisé pour purifier la solution à injecter et un tampon sec pour appliquer sur la peau après l'injection. Le gouvernement français fait la promotion de son utilisation et a reconnu son importance en l'incluant dans une trousse appelée *Stéribox 2*, dont la distribution sur tout le

territoire français fait partie intégrante de la politique de réduction des risques en santé publique.

Par ailleurs, la France distribue aussi par l'intermédiaire d'unités mobiles⁷⁰, des contenants de transport appelés *Le Kap*. Il est composé d'un carton rigide et peut contenir des contenants de dilution et de chauffage, des tampons secs et des filtres en plus des autres éléments du matériel d'injection.

Recommandation

Distribuer sous la forme d'une trousse stérile, le tampon sec, le filtre et le contenant de chauffage. À défaut de trouver un fabricant québécois, le distributeur québécois accepterait d'importer le produit *Stéricup* et de le rendre disponible au Québec le plus rapidement possible.

⁷⁰ Marie-Claude, RENÉ, *Revue de littérature*, op. cit., p. 20.

TROISIÈME PARTIE

**Gestion de l’approvisionnement et de
l’accessibilité**

**Accessibilité au matériel d’injection pour
les UDI**

**Distribution du matériel d’injection pour
les UDI**

**Distribution gratuite à l’unité du matériel
d’injection**

**Distribution gratuite du matériel sous forme
de trousse**

**Considérations particulières concernant
les pharmacies**

GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT ET DE L'ACCESSIBILITÉ

SITUATION ACTUELLE

Sur l'ensemble du territoire québécois, les centres d'accès spécialisés effectuent la distribution d'environ 66 % des seringues et autres fournitures reliées à l'injection. Les CLSC, les centres hospitaliers et les pharmacies en distribuent ou en vendent le tiers, soit 34 %.⁷¹ Nous observons des disparités régionales importantes quant à l'accessibilité au matériel d'injection. Une volonté ferme et non équivoque de la part des DSP est manifeste puisqu'elles persistent malgré des difficultés d'organisation quant à l'approvisionnement, à la livraison aux centres gestionnaires, à la responsabilité de la gestion, aux transports aux centres d'accès et, finalement, à la facturation et à la tenue d'inventaire. Le système d'approvisionnement est lourd pour les DSP.

Au plan national, 656 centres d'accès offrent des services aux UDI⁷². De nombreux avantages découlent d'une régionalisation de la distribution. Ce mode permet de connaître exactement la quantité et les articles du matériel qui sont distribués dans la région. Ceci fournit une connaissance-terrain non négligeable et qui peut permettre d'adapter les interventions auprès de clientèles cibles. La centralisation de la gestion du matériel en un établissement facilite un contrôle de l'inventaire, des frais connexes plus bas et un monitoring de la situation sur l'ensemble du territoire.

De façon générale, le portrait national décrit dans l'enquête de l'INSPQ⁷³ est satisfaisant en terme d'accessibilité aux seringues stériles sur l'ensemble du territoire du Québec. Cette affirmation repose sur les observations suivantes :

⁷¹ L. NOËL, R. CLOUTIER, R. PARENT, *Monitoring des clientèles et des services des programmes de prévention du VIH chez les utilisateurs de drogues par injection du Québec*, Centre de santé publique de Québec et CQCS, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, p. 31

⁷² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, Liste des centres d'accès aux seringues du Québec.

⁷³ Marie-Claude, RENÉ, Rapport d'enquête, op. cit., p. 9-10.

1. Seize des dix-huit régions disposent d'un programme régional d'accès au matériel d'injection et de récupération des seringues. Plus de 1,2 million de seringues sont distribuées au Québec annuellement⁷⁴ dont 80 % dans la région de Montréal.
2. Les quatorze régions qui ont répondu à l'enquête ont déclaré disposer d'une structure régionale centralisée d'approvisionnement. Les titulaires de responsabilité allant d'une DSP à un centre de prévention du VIH.
3. Treize des quatorze régions distribuent le matériel d'injection sous forme d'unité et de trousse. La liste du matériel de base offert de base dans les régions est uniforme et nous y retrouvons de façon constante des seringues, des condoms et des tampons d'alcool.
4. Dans certaines régions, du matériel connexe est ajouté comme des lubrifiants et du matériel imprimé, des contenants de récupération, des bouteilles vides, etc.
5. Les instances régionales procèdent au montage de trousse à partir des éléments achetés à l'unité.
6. Montréal est la seule région ayant un système d'approvisionnement organisé à l'extérieur de la DSP pour les pharmacies participantes. Les pharmacies vendent le matériel sous la forme d'une trousse, qui leur est exclusivement réservée, ou encore à l'unité. Les trousse sont distribuées aux pharmacies par un fournisseur.
7. Certaines DSP confectionnent des trousse qu'ils fournissent aux pharmacies voulant s'impliquer dans l'accès au matériel d'injection. Le prix de vente de ces trousse varie de 0,80 \$ à 3,00 \$ selon les régions concernées.

⁷⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, Liste des sites d'accès aux seringues du Québec, Programme de prévention de la transmission du VIH chez les UDI, Québec, ministère de la Santé et de Services sociaux, mars 2001.

L'analyse de données obtenues lors de l'enquête démontre une disparité importante dans l'offre régionale de matériel. Tenant compte des expériences sur le terrain dans le domaine de la prévention du VHC, du VHB et du VIH, des données scientifiques récentes, quant à la nécessité de promouvoir auprès des UDI l'utilisation de matériel connexe à la seringue et de la décision du MSSS de rendre uniformément ce matériel accessible sur le plan national, il y a donc lieu de proposer des changements non pas dans le fonctionnement des centres d'accès, mais plutôt dans les modalités de l'accessibilité et de l'approvisionnement.

L'approvisionnement sur le territoire québécois du matériel d'injection se fait par l'intermédiaire d'un système structuré régionalement, les budgets étant régionalisés. Les DSP sont ainsi autonomes dans l'organisation de la gestion du matériel et libres de sélectionner et d'acheter le matériel d'injection où elles le désirent. Les établissements gestionnaires s'approvisionnent de différentes sources de distribution. Aucune concertation n'existe entre elles pour ce qui est des achats. Les DSP achètent leur matériel en vrac et deviennent gestionnaires de leur inventaire. Elles distribuent l'ensemble des stocks nécessaires aux centres d'accès et aux pharmacies en fonction des quantités réquisitionnées (à l'unité, mais aussi sous forme de trousse). Les trousse sont fabriquées localement par du personnel de la régie régionale, sauf à Montréal où cette charge de travail est confiée à un distributeur. Les centres d'accès, à l'exception des pharmacies, réquisitionnent l'ensemble des stocks nécessaires auprès des DSP.

Actuellement, nous observons des faiblesses dans ce système puisqu'il implique seize centrales régionales d'achats. Ce système semble lourd à plusieurs égards. En effet, on observe des faiblesses quant à l'approvisionnement, liées notamment à la définition et à l'attribution des responsabilités, à la mécanique d'appel d'offres et d'achat, à la variabilité dans l'échantillon du matériel dispensé, au manque de conformité dans l'éventail du matériel offert, une qualité variable de l'offre aux UDI résultant d'un manque de critères nationaux, à la méthode de préparation des trousse et leur contenu, à la distribution ou à l'acheminement vers les centres d'accès, à la tenue d'inventaire et, finalement, la gestion globale des budgets.

D'autres problématiques sont aussi apparues :

1. L'absence de description des responsabilités ou des titres d'emploi qui sont impliqués dans le processus d'approvisionnement. On peut croire que les secrétaires semblent laissées à elles-mêmes et sont les responsables du processus d'achats et de distribution.
2. Le manque de précision sur les mécanismes en place de la gestion des inventaires et des responsabilités quant aux processus d'achats et de distribution.
3. L'absence de coordination dans l'approvisionnement. Les établissements gestionnaires s'approvisionnent auprès de différentes sources, lesquelles sont laissées à leur discrétion. Cela a pour objet de créer des difficultés dans l'approvisionnement, et par conséquent, les prix payés varient énormément d'une région à une autre. La lecture du rapport d'enquête montre que des différences de l'ordre de plus de 200 % sur le prix à l'unité sont observées pour un même article du matériel.
4. Des organismes distribuent du matériel à partir de leur provision à l'interne, ce qui échappe à un monitoring adéquat de la situation. Cela peut être à l'avantage des programmes régionaux qui n'ont alors pas à investir dans le matériel distribué puisqu'il est pris à même le budget des centres hospitaliers ou de CLSC.
5. La méconnaissance complète de la quantité de seringues vendues dans le réseau des pharmacies. Celles-ci s'approvisionnent de sources externes non identifiées. Cela ne permet pas aux régies régionales de connaître de façon précise la quantité exacte ainsi que la nature du matériel distribué.
6. La distribution, tout en ayant un système centralisé régionalement, fait état de méthodes variables d'acheminement du matériel à partir de la centrale vers les points d'accès. Il y a danger de pertes et de détournement des stocks.

7. Les données concernant les coûts de transport sont non significatives et nous semblent imprécises. Le manque de rigueur à cet effet est inquiétant puisque le transport de ce matériel nécessite une supervision.

En guise de conclusion, il y a lieu de noter l'excellent travail accompli par les régions régionales dans un contexte difficile. Chacune des régions semble avoir développé un système particulier qui a fonctionné passablement bien fournissant aux UDI un accès favorable à une protection à une prévention du VHC, du VHB et du VIH. Ces dernières années ont représenté une étape charnière en terme de prévention, mais il est temps d'améliorer le mode de fonctionnement.

La décision de bonifier l'éventail du matériel d'injection, de donner accès à du nouveau matériel d'injection et la complexité en terme de sources d'approvisionnement soutiennent la proposition d'un réaménagement structurel. Il faut donc penser à un système de gestion mieux organisé et, dans ce sens, nous formulerons des recommandations.

Nos recommandations sont soutenues par les participants de la Table nationale de concertation en maladies infectieuses qui avaient identifié des lacunes et proposé la mise sur pied d'un comité d'étude⁷⁵ via les rencontres des responsables régionaux des programmes d'échange de seringues⁷⁶.

Étant donné que ce changement doit faire l'objet d'une action concertée, il est aussi logique de songer à une structure polyvalente d'approvisionnement tenant compte des facteurs suivants : que le matériel doit être à usage humain et à caractère préventif ; qu'il doit être muni de dates de péremption obligeant des retours et des rappels ; qu'il doit être disponible à l'ensemble des UDI ; que des contrôles d'inventaire stricts soient instaurés ; des ruptures de stocks soient évitées et enfin que des économies d'échelle puissent être réalisées. Pour ce faire, nous avons répertorié des structures existantes qui pouvaient répondre aux

⁷⁵ Table nationale de concertation en maladies infectieuses (TNCMI) tenue le 19 octobre 2000.

⁷⁶ Rencontre des responsables régionaux des PES tenue le 21 mars 2001.

caractéristiques précitées. Dans le cadre de l'enquête réalisée par l'INSPQ servant à décrire le portrait national de l'accès au matériel d'injection⁷⁷, nous constatons que treize des quatorze répondants régionaux sont favorables à une structure nationale qui pourrait s'apparenter à celle qui concerne l'approvisionnement des vaccins. Dans le cadre de l'enquête, les répondants des DSP ont identifié les avantages dont l'augmentation du pouvoir d'achat et la diminution des coûts, l'uniformisation du matériel, la diminution du travail des établissements gestionnaires et une meilleure connaissance du nombre de seringues distribuées.

Le modèle national d'approvisionnement des vaccins nous a semblé être celui qui correspondait le mieux aux besoins de l'approvisionnement du matériel d'injection. Les rencontres tenues avec M^{me} Hélène Michaud du MSSS et M. Pierre Skene de l'organisme Approvisionnements-Montréal ont confirmé nos allégations, à savoir qu'un modèle de distribution de l'approvisionnement, sensiblement voisin de celui des vaccins quant à la distribution nationale, serait envisageable tout en maintenant les budgets et les prises de décisions au plan régional.

Recommandation

Notre recommandation comporte quatre volets dont :

1. Revoir l'ensemble des modalités de fonctionnement de la gestion de l'approvisionnement du matériel d'injection destiné aux UDI par le biais d'un comité d'étude composé des responsables des programmes régionaux d'accès au matériel d'injection et de récupération des seringues (PRAMIRS), ainsi que d'un représentant du MSSS et des DSP des régions régionales.
2. Développer une nouvelle structure nationale d'approvisionnement du matériel d'injection similaire à celle qui existe dans le cadre du programme québécois

⁷⁷ Marie-Claude, RENÉ, Rapport d'enquête, op. cit.

d'immunisation, au regard de la sélection et de la distribution du matériel, de la négociation et du contrôle des prix, de la tenue d'inventaire et de la diminution des tâches administratives sur le plan local.

3. Permettre à toutes les pharmacies privées de s'approvisionner auprès du centre de distribution en ce qui concerne le matériel d'injection destiné aux UDI.
4. Déterminer un prix de vente maximum du matériel qui serait vendu en pharmacie ; à défaut de le distribuer gratuitement.

Proposition d'une nouvelle structure

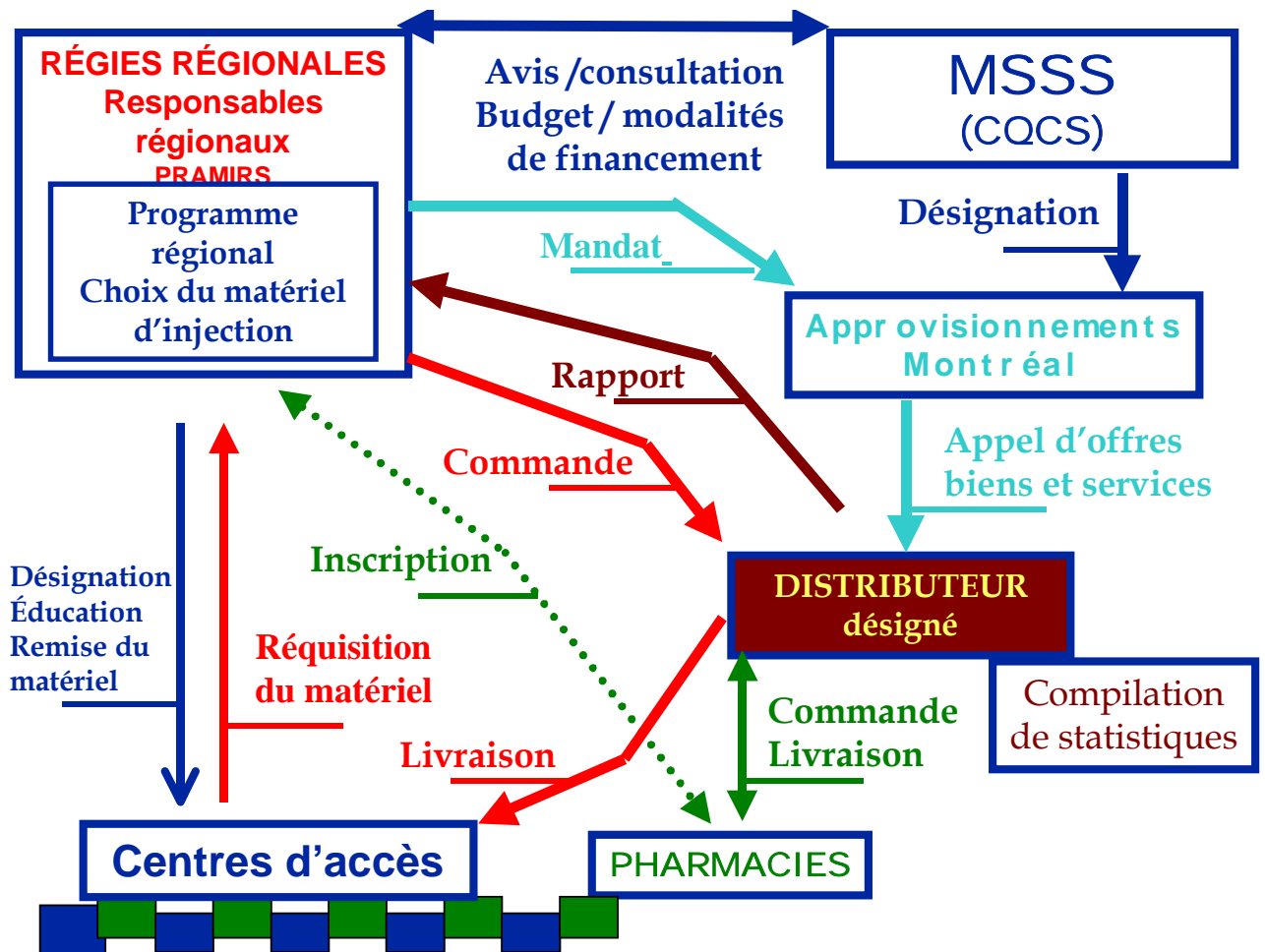
Les objectifs de cette nouvelle structure sont de maintenir l'autonomie des régions dans la gestion de son budget ; de confier à un organisme d'approvisionnement en commun les appels d'offres, en conformité avec l'évaluation de besoins périodiques et annuels établis préalablement par les responsables régionaux des régions régionales ; d'avoir au plan national une uniformité, tant pour ce qui concerne le type de matériel à distribuer que des modalités de l'approvisionnement, de la distribution et de la livraison, et ainsi que de faire bénéficier des économies d'échelle. Il va de soi que les mécanismes opérationnels dédiés au distributeur doivent être le plus uniforme possible afin de diminuer les tâches administratives et de profiter des économies engendrées par une uniformisation du fonctionnement. Par contre, le système doit être adapté et négocié selon les besoins de chacune des régions. Mentionnons que, contrairement au programme québécois de vaccination, les budgets concernant le matériel d'injection sont sous la forme d'allocations régionales et, conséquemment, les régions demeurent maîtres d'œuvre dans la gestion de leur budget.

Cette nouvelle structure nationale permettrait de dégager les régions en fonction de leurs décisions. Des tâches administratives et techniques de montage des trousse d'injection, des recherches de fournisseurs en situation de ruptures de stock, de la gérance des produits périmés étant donné que les nouveaux produits ajoutés à la liste du matériel d'injection

serait munis de date de péremption. Cette structure permettrait d'éliminer les conflits d'intérêt toujours possibles et les ententes particulières.

Le programme de fourniture du matériel d'injection et de récupération aux UDI respecte les lignes directrices de prévention des infections. Il repose sur la distribution nationale de ce matériel.

Illustration de la nouvelle structure proposée



Description des rôles et responsabilités des différents organismes impliqués au sein de la nouvelle structure proposée :

- **Ministère de la Santé et des Services sociaux**

Le MSSS est représenté au sein de cette structure par le responsable du Centre québécois de coordination sur le sida. Le MSSS établit les règles et les normes de fonctionnement. Il détermine le budget qui sera octroyé aux régies et les modalités de financement. Les sommes d'argent allouées aux différentes régions permettront de rendre le matériel d'injection et de récupération disponible auprès des UDI. Le MSSS consulte les régies régionales via le CQCS et détermine le matériel qui doit être rendu disponible aux UDI. Le MSSS désigne l'organisme gestionnaire d'approvisionnement en commun.

- **Régies régionales**

Les régies régionales sont représentées au sein de cette structure par des responsables régionaux qui se rencontrent sur une base semestrielle ou trimestrielle. Chaque région doit signer une entente de collaboration avec l'organisme gestionnaire d'approvisionnement en commun, en vue de spécifier exactement les quantités nécessaires de matériel à la région. Chacune des régies confie un mandat à l'organisme gestionnaire d'approvisionnement en commun, en l'occurrence Approvisionnements-Montréal, quant à l'approvisionnement du matériel d'injection, que ce soit à l'unité et/ou en trousse.

Le responsable régional agira à titre aviseur auprès du MSSS. Il établit les besoins de sa région après une consultation auprès des responsables des centres d'accès et des pharmacies de sa région. Il gère les demandes des centres d'accès, s'assure de la qualité du service de distribution et de livraison, détermine les besoins spéciaux, contrôle les dépenses, administre le budget, collecte et analyse les données d'utilisation fournies par le centre de distribution. Il établit la planification annuelle des besoins et participe aux activités nationales de prévention et de coordination. Il détermine les données statistiques qui lui seront nécessaires à l'évaluation du programme et la fréquence de transmission de ces dernières. La DSP

maintient son pouvoir décisionnel quant aux sites d'accès et aux interventions sur le terrain à promouvoir dans sa région. Les modalités de commande et de livraison du matériel sont décidées sur le plan régional. Par exemple, une régie régionale peut demander aux centres d'accès de diriger leurs commandes au responsable régional et autorise conséquemment le distributeur à livrer directement aux centres d'accès. Il peut en être tout à fait le contraire pour une autre région. La région conserve ainsi son autonomie et peut, dans le cas d'un besoin nouveau ou d'une particularité émergente, faire des demandes spéciales. Il va de soi que les responsables régionaux doivent être sensibles aux économies qui peuvent être réalisées par une rationalisation des modalités d'approvisionnement et de distribution.

- **Organisme gestionnaire d'approvisionnement en commun**

Nous recommandons qu'Approvisionnements-Montréal soit identifié comme l'organisme gestionnaire de l'approvisionnement du matériel d'injection et de récupération destiné aux UDI et que le MSSS le propose aux régies régionales. Le choix d'Approvisionnements-Montréal est judicieux parce que cet établissement a une expérience dans le domaine de la fourniture du matériel destiné aux personnes qui s'injectent des drogues par voie intraveineuse. En effet, il est l'organisme négociateur de la DSP de Montréal-Centre depuis 1995 et possède l'expertise quant au démarchage des compagnies et des fournisseurs, aux caractéristiques particulières reliées aux types de contrat et aux matériels à sélectionner. Afin de répondre aux besoins de la DSP de Montréal-Centre, Approvisionnements-Montréal a développé un processus de fonctionnement qui, à plusieurs égards, a servi d'exemple au développement de la structure proposée⁷⁸. Son implication pourrait être un atout dans la création de cette nouvelle structure, d'autant plus que son pouvoir d'achat pour Montréal supporte près de 80 % de l'ensemble des fournitures à négocier. Les autres agences en région n'auraient pas la marge nécessaire pour faire un achat aussi important pour des ampoules d'eau et le *Stéricup*, puisque leurs besoins sont moindres que ceux de la région montréalaise. Une entente entre Approvisionnements-Montréal et les autres agences du Québec est possible parce que cela s'est déjà fait dans

⁷⁸ Marie-Claude, RENE, Rapport d'enquête, op. cit., p. 16.

d'autres dossiers avec des mesures d'exception en ce qui concerne la prévention au regard de l'usage de drogues par injection.

Se basant sur le fait que la DSP de Montréal-Centre est satisfaite des services offerts par cet organisme d'approvisionnement en commun, une rencontre avec le gestionnaire responsable du dossier a été sollicitée afin de valider la faisabilité de notre proposition auprès des responsables régionaux en juin 2001.

Approvisionnements-Montréal fera connaître aux responsables régionaux le nom du distributeur et le mandat négocié avec ce dernier. La négociation de l'entente comporte deux volets dont l'un touche l'approvisionnement du matériel, selon les critères déterminés par les responsables régionaux, et le second vise la distribution aux centres d'accès et la compilation des statistiques.

Avec le mandat des régies régionales, les responsabilités de l'organisme gestionnaire d'approvisionnement en commun consistent à développer un appel d'offres en conformité avec les besoins et les critères déterminés par les responsables régionaux, afin de sélectionner une compagnie impliquée dans la vente et la distribution de matériel médical. Il est responsable du respect des modalités de la gestion du contrat accordé. La compagnie retenue deviendra le centre de distribution ou communément appelé *distributeur*.

- **Distributeur**

Le centre de distribution (compagnie retenue à la suite de l'appel d'offres) aurait la responsabilité de répondre aux demandes des régions, de livrer les fournitures commandées selon les modalités prévues, de prévoir les mécanismes de rappel et de retour des stocks lorsque indiqué, de faire la collecte des données, de rédiger et de transmettre l'ensemble des profils nécessaires à une évaluation du programme et du matériel distribué, de négocier les prix d'achat, de faire les demandes de remboursement des produits périmés, de fournir un rapport global des produits distribués, des pertes encourues, de la consommation et, finalement, de respecter les conditions d'entreposage. Le distributeur est responsable des

livraisons dans chacune des régions selon des protocoles et fréquences préétablis. Il est responsable de la composition, de la fabrication et de la livraison des trousse sur le plan régional. Les spécifications lui sont transmises quant au contenu des régions par l'organisme d'approvisionnement en commun. Les régies régionales doivent faire parvenir l'ensemble du matériel de nature éducative et préventive au distributeur. Celui-ci devrait pouvoir remettre des trousse non scellées, permettant l'ajout d'un dépliant de ressources régionales. Selon les négociations, le distributeur pourrait aussi inclure le matériel éducatif des régions et ainsi, monter les trousse selon leurs caractéristiques particulières.

Les centres d'accès au matériel d'injection pour les UDI

- **Les centres d'accès des groupes communautaires et du réseau de la santé**

Les centres d'accès au matériel d'injection commandent leurs fournitures directement auprès de la DSP. Ils doivent respecter les modalités établies et faire connaître au responsable régional tout problème relié à la livraison ou à la qualité des fournitures reçues. Ils notent les remarques transmises par les UDI et permettent aux DSP de connaître leurs commentaires. Ils testent le matériel recommandé.

Selon les modalités négociées avec chacune des régions, les commandes pourraient être livrées directement aux centres d'accès. Ce scénario éviterait aux régies régionales l'obligation de conserver les stocks et de défrayer le coût pour un transport additionnel. Les responsables des centres d'accès acheminaient leurs réquisitions au responsable régional. Cette procédure permettrait de maintenir un contact direct et privilégié entre la DSP et les centres d'accès ainsi que de favoriser les échanges et les discussions.

- **Les centres d'accès en pharmacies**

Certaines DSP ont identifié les pharmacies communautaires comme étant des centres d'accès à privilégier. Ces DSP fabriquent des trousse qu'elles acceptent de fournir gratuitement aux pharmacies pour la distribution. Cette mesure est souhaitable et doit être

étendue à l'ensemble de la province. La DSP de Montréal-Centre a créé une structure d'approvisionnement pour les pharmacies qui peut servir de modèle à l'ensemble de la province. La décision de permettre l'accès à du matériel d'injection sous forme de trousse dans les pharmacies est basée sur la volonté d'impliquer les pharmaciens tout en facilitant leur travail. En effet, le fait d'avoir en disponibilité une trousse permet une transaction discrète et rapide, diminue les tensions entre le pharmacien et l'UDI lors de discussions quant au nombre de seringues à dispenser, encadre l'exercice professionnel dans ce champ particulier de santé publique et, surtout, assure l'UDI d'obtenir un ensemble de matériel nécessaire à une injection propre et sécuritaire. Cette décision des DSP s'inscrit dans les tendances européennes.⁷⁹

Le fait de faire produire les trousse par le distributeur permettrait de diminuer la lourdeur administrative des DSP. Il est souhaitable que les pharmacies s'approvisionnent directement au centre de distribution. Les rapports de livraison aux pharmacies seraient transmis aux DSP afin qu'elles puissent maintenir des données statistiques régionalement. La fréquence de cette transmission serait déterminée par les DSP.

Quant aux modalités de commandes pour les pharmacies communautaires, il y a lieu d'analyser les contraintes engendrées par le fait qu'il y aurait une transaction financière au moment de la réception des trousse. Les pharmacies doivent payer les fournitures qu'elles vendent. Il y aurait avantage qu'elles transigent directement avec le distributeur. Ce dernier pourrait, selon les mécanismes établis, fournir semestriellement les statistiques aux répondants régionaux. Ceci permettrait de maintenir l'objectif d'un monitoring pointu de la situation et de fournir des données nationales, principalement quant au nouveau matériel ajouté, tout en minimisant les charges administratives reliées aux transactions.

⁷⁹ Marie-Claude, RENE, Rapport d'enquête, op. cit., p. 21.

ACCESSIBILITÉ AU MATÉRIEL D'INJECTION POUR LES UDI

L'accessibilité au matériel d'injection pour les UDI est rendue possible via les centres d'accès. Ceux-ci sont inscrits auprès des DSP et les pharmacies privées sont invitées à s'inscrire comme centres d'accès.

Le fonctionnement de l'ensemble des centres d'accès est basé sur le principe fondamental que partout au Québec, les UDI puissent avoir accès à un même éventail de matériel d'injection et que le matériel soit distribué sous forme d'unité ou de trousse. Ce principe repose sur des indications de santé publique qui sont :

- favoriser une protection contre le VHC, le VHB et le VIH ;
- véhiculer partout au Québec le message que, dans le cadre de l'injection, le seul recours à la seringue stérile ne protège pas contre la transmission des infections ;
- assurer l'accès à du matériel d'injection stérile selon la liste établie par le MSSS.

Une liste du matériel est établie en fonction des critères scientifiques et techniques reliés à la prévention de la transmission du VHC, du VHB et du VIH. Du matériel éducatif est disponible et offert à l'UDI, au moment de lui remettre ses fournitures, et fait partie intégrante du contenu de la trousse que celle-ci soit distribuée en pharmacie ou dans les centres d'accès.

Nous devrions toujours retrouver le matériel de base recommandé sans exception. La liste du matériel de base que devait offrir tout centre d'accès québécois est la suivante :

- seringue stérile Becton-Dickinson (B-D) 1 ml ou 0,5 ml ou Terumo 1 ml ou 0,5 ml pour injection d'insuline ;
- tampon d'alcool pré-injection;
- eau stérile, ampoule de 5 ml;
- filtre 0,22 micron;
- contenant de chauffage ou de dilution ;
- tampon sec;
- matériel imprimé à caractère éducatif et préventif.

D'autres éléments peuvent être offerts de façon facultative aux UDI par certaines DSP ou certains organismes communautaires, tels que le garrot, les lubrifiants, les gants en latex, les seringues à insuline de 0,5ml, les contenants de récupération, etc.

Recommandation

Chacun des centres d'accès devrait rendre disponible aux UDI qui s'y présentent un matériel d'injection de base qui permet, selon les données scientifiques les plus récentes, de se faire une injection de façon propre et sécuritaire. Ce matériel respecte les techniques sécuritaires d'injection qui sont l'asepsie du site de l'injection, la mise en solution de la drogue avec de l'eau stérile, le chauffage de la solution, la filtration de la solution à injecter, l'injection avec une seringue stérile, la visualisation de la veine à injecter et la pression finale sur le site d'injection, afin d'éviter un saignement tardif.

DISTRIBUTION DU MATÉRIEL SUR LE TERRITOIRE

Principe

Le principe fondamental sur lequel cette distribution est basée repose sur l'intensification d'un contact entre l'intervenant en toxicomanie ou le professionnel de la santé et l'UDI⁸⁰. Tout centre qui distribue du matériel à l'unité doit offrir du matériel éducatif. Celui-ci doit être disponible et offert à l'UDI au moment de lui remettre ses fournitures. Les centres d'accès offrent gratuitement le matériel d'injection et les DSP sont libres de décider si elles offrent gratuitement les trousse dans les pharmacies privées. Considérant que les UDI ont besoin d'une plage horaire étendue d'accès à du matériel d'injection, chacune des DSP doit déterminer et faire connaître les centres d'accès qui offrent une accessibilité 24 heures par jour, sept jours par semaine (24/7). Nous suggérons de maintenir les deux modes actuels de distribution tout en favorisant la trousse, soit la distribution à l'unité et la distribution sous forme de trousse.

Recommandation

Les modalités d'accessibilité sur l'ensemble du territoire doivent être uniformes et respecter les principes directeurs en terme de disponibilité, de gratuité ou de prix à payer. Ainsi, l'accessibilité 24/7 est indispensable et chaque région doit identifier les établissements publics qui accepteront d'offrir ce service aux UDI gratuitement. Les entreprises privées, soit les pharmacies, offriront moyennant leur remboursement, le matériel sous forme de trousse. Chaque DSP doit établir si la trousse sera distribuée gratuitement. Dans la négative, un prix de vente devra être suggéré.

⁸⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *L'usage de drogues et l'épidémie du VIH, cadre de référence pour la prévention*, Québec, Centre québécois de coordination sur le sida, ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 1994.

DISTRIBUTION GRATUITE À L'UNITÉ DU MATÉRIEL D'INJECTION

Organismes visés :

- Les centres spécialisés de prévention du VIH, du VHC et du VHB ;
- Les centres d'accès reliés aux établissements de santé.

Le matériel acheté en vrac est offert par le centre d'accès gratuitement aux UDI conformément à leur demande. C'est le mode le plus répandu de distribution. L'ajout du nouveau matériel permettrait justement aux personnes des centres d'accès de s'impliquer auprès des UDI en leur expliquant les motifs d'ajout du nouveau matériel et en renforçant le message de prévention de la transmission du VHC. Un matériel éducatif doit toujours être disponible sur les lieux de la distribution et offert à l'UDI au moment de lui remettre ses fournitures, que ce soit lors de la distribution unitaire ou sous forme de trousse. Du nouveau matériel éducatif devrait être produit en fonction de la distribution de nouveaux matériels.

DISTRIBUTION GRATUITE DU MATÉRIEL SOUS FORME DE TROUSSE

Organismes visés :

- Les centres d'accès reliés à des organismes communautaires ;
- Les pharmacies ;
- Les centres d'accès reliés aux établissements de santé.

Les troussees seraient confectionnées par le distributeur. L'ensemble du matériel est placé dans un sac bien identifié pour usage par les UDI. Outre le matériel d'injection, des documents éducatifs sont toujours insérés à l'intérieur des troussees. La trousse s'inspirerait du contenu de la nouvelle trousse développée par la DSP de Montréal-Centre et disponible dans les pharmacies de cette région. Elle serait présentée sous la même facture et, ainsi, nous obtiendrions une présentation et un contenu uniforme.

Expérience québécoise

Quatre programmes spécifiques de distribution sous forme de trousse ont été mis en place au Québec à l'instigation des DSP des régions régionales de la Montérégie, du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de l'Abitibi-Témiscamingue et finalement, de Montréal-Centre. Trois de ces programmes ont identifié la pharmacie comme étant un site privilégié de distribution et de récupération de matériel souillé. Nous possédons très peu de données statistiques sur le mode de distribution de ces trousse, les modalités de transaction et les mécanismes d'échange, s'il y a lieu, ainsi que leur nombre. En ce qui concerne le réseau actuel de distribution, seules les pharmacies de Montréal ont la possibilité d'obtenir les trousse d'un centre de distribution et de les vendre.

En effet, depuis 1996, un système de distribution bien structuré existe sur l'Île de Montréal. Ce programme est appelé : « Stop SIDA/UDI-Pharmacies ». Quarante-huit pharmacies ont accepté de vendre des trousse et 147 des 416 pharmacies ont accepté de s'inscrire au programme et vendent la trousse offerte dans le cadre du projet⁸¹. Une trousse contient des seringues Terumo, des tampons d'alcool, des condoms et du matériel éducatif. Le pharmacien l'obtient gratuitement mais peut l'offrir à un prix maximum de 1\$ à l'utilisateur qui en fait la demande.

Expérience étrangère

La France a reconnu, depuis plusieurs années, le matériel d'injection à distribution exclusive en pharmacie. L'ensemble du matériel est réuni sous forme d'une trousse à usage personnel. Cette trousse porte la dénomination commerciale *Stéribox*. Son contenu a subi des changements et la trousse se nomme maintenant *Stéribox 2*. Il contient outre les deux *Stéricups* stériles à usage unique, deux seringues B-D de 1 ml, deux tampons d'alcool, deux

⁸¹ RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE, *Programme de prévention du VIH chez les usagers de drogues par injection de Montréal-Centre, services offerts aux UDI dans les pharmacies de Montréal et participation des pharmaciens au projet Stop Sida/ UDI-Pharmacies*, septembre 1996 -juin 1998, Montréal, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre, septembre 2000, p.18.

ampoules d'eau pour injection, un préservatif ainsi qu'un message d'information et de prévention.

Le *Stéribox 2* est distribué en France dans les pharmacies seulement et se vend à un prix équivalent à 1,55 \$ canadien l'unité, grâce à des subsides de l'état. Il est conditionné par un laboratoire français et distribué dans les pharmacies via différents grossistes. En 1997, 2,3 millions de *Stéribox* avaient été vendus. Les pharmaciens sont libres aussi de dispenser à l'unité des seringues ou d'autres matériels. Une association de pharmaciens français, appelée Croix Verte et Ruban Rouge est très active. Ses membres font la promotion du *Stéribox* et de l'utilisation du matériel stérile dans le cadre de la prévention du VHC, du VHB et du VIH. Ils sont soutenus par la Direction générale de la santé. Quant aux pharmaciens qui distribuent à l'unité le matériel d'injection, ils utilisent des sacs de plastique opaques sur lesquels est imprimé le sigle Croix Verte et Ruban Rouge.

Recommandation pour la trousse

Création d'une trousse spécifique dont le contenu serait uniforme, peu importe son lieu de distribution. Cette trousse serait destinée à une utilisation personnelle. Elle serait fabriquée par le centre de distribution et dispensée gratuitement dans les centres d'accès reliés. En ce qui concerne la distribution en pharmacie, elle serait offerte aux UDI à un prix uniforme sur l'ensemble du territoire du Québec. Son contenu respecterait la liste des produits reconnus par le MSSS.

La trousse doit contenir les éléments suivants :

- 2 à 4 condoms ;
- 2 à 4 seringues stériles ;
- 2 à 4 ampoules d'eau stérile ;
- 2 à 4 tampons d'alcool ;
- 2 à 4 emballages stériles contenant un filtre, un contenant de dilution et un tampon ;
- du matériel imprimé à caractère éducatif et préventif.

La trousse serait confectionnée par le distributeur conformément aux spécifications déterminées par le MSSS. Elle serait en vente restrictive dans les pharmacies québécoises, soit 1 581 pharmacies ⁸².

⁸² Rapport annuel 1999-2000, Ordre des pharmaciens du Québec, Montréal, septembre 2000.

CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES CONCERNANT LES PHARMACIES

Les pharmaciens ont le potentiel de contribuer encore plus à l'atteinte des objectifs de distribution et de récupération. Les pharmacies représentent des centres d'accès privilégiés et, conséquemment, il y a lieu de mieux les équiper en terme de matériel d'éducation et de fournitures nécessaires à une injection propre et sécuritaire. Le fait d'instaurer une trousse à l'échelle nationale pour la distribution en pharmacie devrait permettre de changer certaines habitudes d'injection et d'assurer une diminution de la propagation du VHC, du VHB et du VIH. Les pharmacies communautaires doivent être privilégiées comme voie spécifique de distribution. Leur excellente répartition sur le territoire québécois, leurs heures d'ouverture 12 heures par jour, 7 jours par semaine et le fait non négligeable de la présence du pharmacien comme intervenant de santé de première ligne expliquent les motifs de cette proposition. Dans la seule région de Montréal, les besoins en seringues sont estimés à 10 millions par année⁸³ alors que les statistiques indiquent que 1,2 million ont été distribuées par les centres d'accès en l'an 2000 et près de 240 000 vendues annuellement en pharmacie.

Expérience étrangère

Lors des consultations tenues avec les experts européens, le Portugal fut cité à maintes reprises comme un exemple à suivre. Ce pays a pris entièrement à sa charge tout ce qui regarde la distribution du matériel aux UDI ainsi que de la récupération du matériel souillé. Tout est entièrement payé par l'État à partir du budget national en santé. L'ensemble du territoire est couvert. Les pharmacies reçoivent sans frais un nombre de trousse pour la distribution et les distribuent gratuitement aux UDI. L'UDI qui veut profiter de cette gratuité doit remettre en échange ses seringues souillées. À défaut de faire l'échange, il doit payer l'équivalent de 1 \$ canadien.

⁸³ RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE, *Programme de prévention du VIH chez les usagers de drogues par injection de Montréal-Centre*, Montréal, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre, septembre 2000, p. 63.

La Suisse et l'Espagne ont suivi la tendance. Ces pays font maintenant figure de proue dans ce domaine de la santé publique. Le marché s'est développé et a répondu à la demande des autorités de santé publique de ces pays. Ainsi, de nouveaux types de fournitures ont fait leur apparition et sont maintenant largement utilisés en Europe, en Australie et ailleurs. Dans le cadre de ce document, les expériences européennes ont été une source d'inspiration quant à nos recommandations sur les caractéristiques des fournitures à distribuer.

Le coût de la trousse ne doit pas être un frein à son utilisation. Il doit permettre une rémunération minimale pour l'acte de dispense sans accorder un profit sur l'achat. À cet effet, nous proposons que le pharmacien bénéficie d'un honoraire de distribution seulement, le contenu de la trousse étant subventionné par l'enveloppe régionale. Nous suggérons de retenir la décision de la Régie régionale de Montréal-Centre en suggérant au pharmacien un prix de vente fixe pour chaque trousse. La DSP de Montréal-Centre propose un prix de vente de 1 \$ par trousse. Le prix de la trousse doit être uniforme sur le plan national. Cette obligation permettra d'éviter la création de conflits graves entre les pharmaciens ainsi que et le personnel des pharmacies et les UDI.

En terminant, il est important de confirmer que les ajouts proposés à la liste du matériel sont conformes aux grandes tendances de prévention. Une fois disponible, le Québec offrira aux UDI un éventail de produits tout à fait conformes à ceux fournis par les pays jugés avant-gardistes en terme de prévention du VHB, du VHC et du VIH. À ce titre, un consensus s'est établi et les intervenants sont unanimes à dire que ce matériel complémentaire répond à un besoin. Tous les efforts doivent se concentrer dans le but de diminuer le transfert d'infection et le mode inapproprié d'injection.

Recommandation

À court terme, nous suggérons de fournir gratuitement aux pharmacies une trousse de matériel d'injection propre et de recommander aux pharmaciens d'exiger la somme de 1 \$ la trousse en guise de remboursement concernant les frais de distribution.

À moyen terme, ayant en main les données statistiques de consommation de matériel d'injection pendant la phase d'implantation de ce programme, il y aurait lieu de revoir le principe de gratuité après une consultation avec les intervenants sur le terrain, dont les pharmaciens du secteur privé.

Nous proposons que chaque DSP se procure des troussees du centre de distribution et fasse parvenir à chacune des pharmacies de sa région deux troussees. Le tout doit être accompagné d'un document éducatif de caractère préventif ainsi que des procédures de commande de ces troussees et des modalités de dispense. Nous serons ainsi assurés que chaque pharmacie possèdera le matériel nécessaire. Ceci représente donc comme premier acte d'action préventive une distribution de 3562 troussees. Cette suggestion est formulée suite à l'expérience française qui a procédé ainsi et favorisé une dissémination des troussees sur l'ensemble du territoire assurant alors une accessibilité pour l'UDI.

L'Ordre des pharmaciens du Québec et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) doivent être sollicités comme partenaires pour promouvoir la distribution de la trousse en pharmacie. Conséquemment des stratégies de formation continue doivent être développées en partenariat avec la corporation professionnelle et les groupes régionaux de pharmaciens le cas échéant afin d'outiller les pharmaciens pour une intervention de qualité.

QUATRIÈME PARTIE

Budget

BUDGET

Il n'est pas facile de déterminer actuellement ce qu'il en coûte précisément au plan national en ce qui a trait au programme de gestion du matériel d'injection et de récupération⁸⁴. L'absence d'un système centralisé d'approvisionnement et le fait que la subvention versée aux régions couvre différents programmes d'intervention, expliquent en grande partie cette problématique d'évaluation des coûts du programme national actuel. Par exemple, tenant compte que toutes les régions ont déclaré avoir un programme, certaines régions n'ont pas identifié le montant de leurs dépenses. De plus, il y a une disparité dans la nomenclature. Soulignons que certaines régions font état uniquement du matériel alors que d'autres incluent la formation du personnel et les appels téléphoniques. Enfin, certains identifient le montant alloué comme budget et non la dépense réelle. En conclusion, il nous est impossible de connaître non seulement la quantité du matériel distribué, mais aussi les dépenses qui y sont encourues.

Des économies substantielles sont prévisibles dans le cadre d'un approvisionnement national. Le regroupement des achats de matériel auprès d'une seule corporation d'approvisionnement pour la négociation des prix et l'attribution d'un distributeur unique pourrait amener des économies d'échelle et, surtout, diminuer la lourdeur des tâches administratives sur le plan régional. Ce mode de fonctionnement a fait ses preuves dans plusieurs domaines connexes à celui que nous discutons. Considérant l'intérêt démontré par les responsables régionaux des DSP pour la mise sur pied d'une telle structure et la capacité d'Approvisionnements-Montréal de rendre à terme ce contrat, il nous est possible d'envisager que ce changement de structure apporterait non seulement des économies, mais assurerait aussi les régies régionales d'un portrait exact de la consommation et des dépenses engendrées.

La gratuité du matériel d'injection doit être maintenue dans les centres d'accès. Quant aux pharmacies, nous privilégions la décision de la DSP de Montréal-Centre relativement à la

⁸⁴ Marie-Claude, RENÉ, Rapport d'enquête, op. cit., p. 23-25.

dispense gratuite de la trousse dans cette région. Le pharmacien serait autorisé à exiger un montant maximum de 1 \$ par trousse. Antérieurement, la Direction générale de la santé publique du MSSS a fait preuve d'innovation en accordant la gratuité totale des médicaments d'une part, aux gens atteints de maladies transmissibles sexuellement et à leurs contacts et d'autre part, aux gens atteints de tuberculose. Les infections transmissibles dans le cadre de l'administration de drogues par injection sont préoccupantes à un niveau tel qu'il pourrait être souhaitable d'enlever tout frein monétaire à l'acquisition de fournitures stériles d'injection. Sur ce plan, le recours au programme national d'assurance médicaments pourrait être envisagé. Considérant que ce programme rembourse déjà le pharmacien pour la fourniture de seringues aux diabétiques insulino-dépendants, il pourrait être possible de créer des modalités particulières de remboursement via le programme d'accès au matériel d'injection. Cette mesure aurait l'avantage non seulement de fournir un accès gratuit, mais aussi de donner accès à des données québécoises de dispense.

La récupération des seringues usagées doit être favorisée et des contenants de formats individuels doivent être rendus disponibles aux UDI par les programmes d'échange de seringues et par les pharmacies. L'offre de nouveaux éléments complémentaires à la seringue nécessiterait une campagne d'information et d'éducation auprès des UDI. Le MSSS et les DSP devraient profiter de la disponibilité de ce nouveau matériel pour promouvoir des changements d'habitudes chez les UDI. Le développement des outils de communication de nature préventive et éducative devrait relever de la responsabilité du CQCS. Tout nouveau programme ou ajustement de programme fait généralement l'objet d'une campagne d'information.

Des études de suivi doivent être instaurées au moment de l'implantation de la fourniture du nouveau matériel et de l'arrivée des trousse afin de monitorer l'évolution des changements. Cette proposition résulte de l'analyse de l'expérience française. En effet, le passage du *Stéribox* au *Stéribox 2* s'est soldé par une diminution de 13 % (30 000 unités/mois) des ventes, si l'on fait une analyse comparative des ventes dans la même période de l'année

précédente⁸⁵. Des activités de vigie sur les dépenses engendrées par le programme doivent être prévues afin de corriger des problématiques de la consommation du matériel d'injection.

⁸⁵ J. EMMANUELLI, Le rapport de l'Institut de veille sanitaire «Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques SIAMOIS», novembre 2000, annexe 7.

CONCLUSION

La décision du MSSS d'offrir aux UDI québécois un matériel d'injection et de récupération, correspondant aux normes de protection contre la transmission du VHC du VHB et du VIH, s'inscrit dans un mouvement international de protection de la santé publique. Les auteurs de ce rapport ont concentré leurs efforts particulièrement sur les éléments que le MSSS veut offrir, à savoir : l'eau stérile, le filtre, le contenant de dilution et de chauffage, le tampon d'alcool, le tampon sec et le contenant de récupération. Les différentes composantes de ce matériel d'injection et que leurs critères de sélection ont été déterminés et certaines démarches préliminaires ont été entreprises afin de s'assurer que les propositions contenues dans ce rapport seraient réalisables. Des discussions tenues avec des experts étrangers et les travaux antérieurs de l'INSPQ ont grandement favorisé notre analyse. Le principe général qui guide notre démarche consiste à s'assurer que le matériel distribué dans les centres d'échange de seringues assure aux UDI une injection propre et sécuritaire. Pour ce faire, nous proposons de fournir une eau stérile dont le volume sera suffisant pour permettre la dissolution des drogues utilisées par les UDI québécois et dont le contenant incitera à un usage unique. Le contenant de dilution et de chauffage sera composé d'aluminium, dont les caractéristiques principales sont de chauffer très rapidement et de noircir après avoir été chauffé, donnant ainsi l'indice qu'il a été utilisé antérieurement, dans le cas où un UDI voudrait le réutiliser. Le filtre est entièrement composé de coton (100 %) et ne demande aucune manipulation. Finalement le tampon sec est en association avec les autres éléments cités préalablement et fait partie intégrante de la trousse pour une injection sécuritaire et à faible risque de transmission du VHC. Le travail de conception comme tel de la trousse ainsi que la détermination du nombre d'unités qu'elle contiendrait devrait être l'objet de travaux ultérieurs. Ceux-ci devraient être exécutés en collaboration étroite avec les responsables régionaux.

L'observation des écarts entre les régions ainsi que les difficultés éprouvées par les intervenants régionaux nous amènent à recommander un changement dans la structure de fonctionnement actuel dans la gestion de l'accès au matériel d'injection. Ce changement est souhaité par les DSP même s'ils ont exprimé le souhait de conserver les responsabilités

reliées à l'accessibilité, à la distribution et à la récupération en région. Ils accepteraient de confier à une seule organisation nationale tous les aspects des négociations et de l'approvisionnement du matériel. La diversité et la complexité du nouveau matériel à dispenser justifient grandement ce changement dans l'approvisionnement. La centralisation des achats permettrait des économies d'échelle et diminuerait de façon importante les charges administratives régionales, laissant plus de place à l'intervention sur le terrain. Des sommes monétaires importantes doivent être allouées pour permettre la réalisation de la proposition gouvernementale. Un résumé des recommandations formulées tout au long de ce rapport est inclus en annexe 3.

La collaboration des pharmaciens du secteur privé est importante sinon primordiale dans l'accessibilité au matériel d'injection. Il est temps de revenir à la charge auprès d'eux et de solliciter leur implication en mettant leur expertise professionnelle au service des UDI.

La récupération du matériel usagé d'injection est un problème majeur de santé publique. Il ne s'adresse pas uniquement à la récupération du matériel utilisé par les UDI, mais aussi à celui utilisé par l'ensemble de la population. Une politique sur la récupération du matériel d'injection devrait être développée et englober l'ensemble des modes d'utilisation avec des sites ciblés de collecte du matériel souillé. Elle doit aussi s'intégrer à la politique plus générale de récupération du matériel souillé, quelle qu'en soit la source.

ANNEXE 1

LISTE D'EXPERTS CONSULTÉS

D^r Olivier Bugnon, responsable au Département qualité et développement, Société suisse des pharmaciens.

D^r Michel Buchman, premier vice-président de la Fédération internationale pharmaceutique, député du gouvernement suisse, conseiller d'État en la matière.

M. Yvan Lamarque, président de l'Association française Croix Verte et Ruban Rouge, membre actif du Comité national français de santé publique, instigateur du *Stéribox*.

D^{re} Agathe Werhli, consultante en santé publique et dont les services professionnels étaient retenus au service de la santé publique de l'Organisation mondiale de la santé Lausanne, Suisse.

M. Elliott Imbert, responsable de plusieurs études portant notamment sur l'évaluation du *Stéricup* en France, dont des recherches évaluatives sur les avantages de fournir un matériel complémentaire à la seringue et sur le plan de la réceptivité du matériel complémentaire chez les personnes qui font usage de drogues intraveineuses.

Le personnel clinique du Laboratoire Aguetant, fabricant des ampoules d'eau stérile distribuées en France.

D^r Richard Swaenpoel, directeur de l'Association Croix Verte et Ruban Rouge.

Nous avons tenu aussi des consultations avec des experts dont l'expertise pouvait être fort utile à notre réflexion.

M^{me} Hélène Michaud, Direction de la protection de la santé publique, MSSS.

M. Pierre Skeene, Approvisionnements-Montréal.

M^{me} Louise Durand, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

ANNEXE 2

Contenants	Description des contenants	Indications prévues	Disponibilité des contenants	Nombre de seringues si plein tel que recommandé**	Nombre de seringues si plein à ras bord**
0,6 L	Nouveau contenant à chute verticale de format "cassette vidéo" et qui se ferme de façon sécuritaire entre les utilisations.	travailleurs de rue usage individuel-UDI	Pour les organismes	25	30
1,4 L	Contenant à chute verticale déjà disponible.	travailleurs de rue usage individuel-UDI	Pour les organismes	75	90
2,5 L	Nouveau contenant à chute horizontale qui remplace le 3,1 L.	piqueries sites fixes unités mobiles usage individuel-UDI	Pour les organismes	120	220
5 Quart	Nouveau contenant à chute horizontale pour lequel un support est disponible. Ce contenant remplace le contenant 7,6 L car il est plus sécuritaire.	piqueries sites fixes unités mobiles usage individuel-UDI	Pour les organismes le support est sur demande individuelle*	250	285
7,6 L	Contenant à chute verticale déjà disponible.	sites fixes unités mobiles	Sur demande individuelle*	300	400
25 L	Nouveau contenant, chaudière avec une ouverture de 30 cm de diamètre et 48 cm de hauteur. Couvercle séparé. On peut y jeter des bouteilles, des contenants sans couvercle, des sacs de seringues, etc.	sites fixes	Pour tous les organismes sur demande individuelle*	Chaque bouteille, contenant ou sac doit être évalué*** individuellement.	Chaque bouteille, contenant ou sac doit être évalué*** individuellement.
37,8 L	Nouveau contenant avec une ouverture de 25 cm de diamètre. On peut y jeter des bouteilles, des contenants sans couvercle, des sacs de seringues, etc.	sites fixes	Disponibilité réduite Sur demande individuelle*	Chaque bouteille, contenant ou sac doit être évalué*** individuellement.	Chaque bouteille, contenant ou sac doit être évalué*** individuellement.

* Les demandes sont faites par téléphone au 528-2400 poste 3839 à Louise Durand.

** Ces chiffres sont des estimés donnés à titre indicatif pour vous aider dans le monitoring.

*** Le nombre de seringues dans les contenants non standards (bouteilles, sacs...) doit être estimé et le contenant est déposé tel quel dans le gros contenant.

Recommandations en lien avec la récupération des seringues usagées

DISPOSITION DU SUPPORT ET/OU DU CONTENANT DE RÉCUPÉRATION

- ◆ Le support et/ou le contenant doivent être faciles d'accès.
Il faut éviter de les installer dans le coin d'une pièce, derrière une porte, sous le lavabo, près du commutateur ou dans une aire de circulation.
- ◆ Le support et/ou le contenant de récupération doivent être placés à une hauteur pour que l'ouverture soit visible et facile d'accès : à 128 cm maximum du sol pour une utilisation en position debout ou à 95 cm maximum du sol pour une utilisation en position assise.
- ◆ L'éclairage doit permettre de bien voir le niveau de remplissage ainsi que l'indicateur du niveau limite de remplissage.
- ◆ Le support doit être fermé à clé. Une personne doit être responsable de s'assurer que les contenants sont remplacés lorsqu'ils sont pleins.

LA RÉCUPÉRATION DES SERINGUES USAGÉES

- ◆ **Les seringues usagées rapportées en vrac**
Le client doit déposer lui-même ses seringues usagées dans le contenant de récupération.
- ◆ **Les seringues usagées rapportées dans des bouteilles de liqueur en plastique, des contenants de verre, des gallons d'eau de javel, etc.**
Ces contenants, qu'ils soient fermés ou non, doivent être déposés idéalement par le client dans le contenant de récupération de 25 L ou de 37,8 L.
On ne doit pas tenter de couper ou de briser ces contenants pour les transvider dans un autre contenant.
On ne doit pas déposer ces contenants directement dans les boîtes de carton qui servent pour le transport des contenants.
Le nombre de seringues est alors estimé pour fin de monitoring.
- ◆ **Les seringues usagées rapportées dans les contenants de récupération fournis par votre organisme mais qui reviennent sans couvercle**
Ces contenants doivent être déposés idéalement par le client dans le contenant de récupération de 25 L ou de 37,8 L.
Le nombre de seringues est alors estimé pour fin de monitoring.
- ◆ **Les seringues usagées rapportées dans les contenants de récupération fournis par votre organisme**
Ces contenants sont déposés dans une pièce inaccessible au public.
Le nombre de seringues est alors estimé pour fin de monitoring.
- ◆ **Les seringues usagées rapportées dans des sacs de papier ou de plastique**
Lorsque les seringues usagées proviennent de plusieurs personnes, le client dépose le sac dans le contenant de 25 L ou de 37,8 L.
On ne doit pas transvider le sac dans un autre contenant.

Document produit par la Direction de la santé publique de Montréal-Centre

Novembre 2000

Le nombre de seringues est alors estimé pour fin de monitoring.

Lorsque les seringues usagées proviennent d'une seule personne et que la quantité est importante, le client

dépose le sac dans le contenant de 25 L ou de 37,8 L.

Le nombre de seringues est alors estimé pour fin de monitoring.

Lorsque la quantité est petite, le client peut déposer ses seringues dans le contenant régulier du site.

L'intervenant compte les seringues pour fin de monitoring.

Si vous devez manipuler un sac, le prendre par la partie supérieure, éviter de le coller sur soi et le déposer immédiatement dans le contenant de récupération.

Lorsque les contenants sont pleins

- ◆ Lorsque le contenant de récupération est rempli jusqu'à l'indicatif du niveau limite de remplissage, fermer le contenant avant de le transporter et le remplacer par un autre.
- ◆ Ne pas remplir les contenants jusqu'à ras bord.
- ◆ Le contenant de 25 L n'a pas l'indicatif du niveau de remplissage. Ne pas remplir plus haut que les poignées.
- ◆ Ne pas brasser les contenants pour augmenter leur capacité.
- ◆ Un contenant installé dans un support doit être fermé avant de le sortir du support.
- ◆ Pour le transport des contenants pleins, il est préférable de les tenir en haut de la ligne de remplissage.
- ◆ Les contenants pleins doivent être entreposés dans une pièce inaccessible au public.
- ◆ Les contenants pleins doivent être entreposés debout.

Les contenants de 25 L et de 37,8 L

- ◆ Les contenants de récupération de 25 L et de 37,8 L doivent être placés sous la surveillance constante des intervenants, étant donné la grande ouverture de ces contenants.
- ◆ Les contenants de 25 L et de 37,8 L ne remplacent pas les contenants usuels dans les sites. Ils sont utilisés dans des situations particulières pour diminuer les risques d'accidents.

Ne pas oublier

- ◆ D'offrir vos propres contenants à tous ceux qui rapportent des seringues dans des contenants non conformes.
- ◆ De rappeler à tous ceux qui rapportent des contenants pleins à ras bord qu'il y a sur chaque contenant une ligne indiquant jusqu'où le contenant doit être rempli.
- ◆ Que les contenants de seringues usagées devraient toujours être fermés lors du transport de ceux-ci par les travailleurs de rue et les clients eux-mêmes.

Document produit par la Direction de la santé publique de Montréal-Centre

Novembre 2000

ANNEXE 3

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

Recommandation 1 : Le tampon d'alcool

Le tampon d'alcool doit être maintenu dans la liste du matériel à fournir aux usagers de drogues par injection. Un renforcement de l'importance d'une utilisation appropriée du tampon d'alcool doit être développé principalement en ce qui regarde son usage pré-injection.

Recommandation 2 : L'eau pour la dilution

L'eau doit être stérile et avoir pour indication l'injection intraveineuse. L'eau ne doit contenir aucun agent de préservation. Elle doit être distribuée dans un récipient résistant aux chocs et de préférence en plastique. Le contenant doit permettre une utilisation unidose, c'est-à-dire à usage unique évitant ainsi toute contamination possible par des usages ultérieurs multiples ou de partage, entraînant par conséquent la transmission de bactéries et de virus. Le volume d'eau idéal est de l'ordre de 2 à 5 ml. Un volume de 5 ml est recommandé car il est plus facilement accessible sur le marché pour l'instant.

Recommandation 3 : Le filtre

Favoriser l'utilisation d'un filtre stérile entièrement composé de coton pur et ne contenant aucune substance chimique. Il doit convenir à la filtration des produits utilisés au Québec. Le diamètre du filtre doit varier entre 2,4 um et 5 um. Le filtre recommandé serait équivalent à celui fabriqué par le laboratoire français Cat Labo (par exemple, celui contenu dans le *Stéricup*).

À court terme, les boulettes dentaires appelées communément *Dental Pellets* ou *Dental Cottons* sont suggérées. Composées de coton à 100 %, leurs fibres sont longues et tissées

suffisamment serrées pour permettre une utilisation sécuritaire et leur diamètre est de 2,4 um. Par contre, la non-stérilité du produit le place au deuxième rang parmi les choix.

Recommandation 4 : Le contenant de dilution et de chauffage

Fournir un contenant de chauffage stérile fabriqué d'aluminium et muni d'un manchon protecteur qui s'adapte au manche. Il peut être chauffé pendant 15 secondes sans aucun problème et sa forme doit lui permettre d'être stable lors des manipulations.

Recommandation 5 : Le tampon sec

Fournir un tampon sec stérile fait entièrement de coton d'une grandeur de 2,2 x 2,2 cm. À défaut de pouvoir fournir ce type de tampon, nous recommandons de rendre disponibles gratuitement des gazes sèches d'une dimension de 2,54 cm x 2,54 cm. Si nous retenons ce type de gaze, il faudra être imaginatif et trouver un mode de distribution qui conduit à une manipulation minimale et propre.

Recommandation 6 : Le garrot

Encourager les centres d'accès à faire la promotion de l'utilisation individuelle du garrot. Des messages de prévention à cet effet doivent être véhiculés. Un suivi doit être instauré afin de mesurer l'impact en terme de modification du comportement des UDI quant à l'acquisition d'un garrot qu'ils conserveraient sur eux pour un usage personnel.

Recommandation 7 : Le contenant de récupération individualisé

Fournir aux UDI dans les centres d'accès des contenants de récupération individualisés de matériel d'injection avec une ouverture verticale contenant moins de 75 seringues.

À moyen terme, favoriser la réalisation d'une étude qui consisterait à évaluer le degré d'acceptation des UDI à recourir aux contenants individualisés de récupération *Fitpack*.

Demander la collaboration de l'Ordre des pharmaciens du Québec afin d'informer ses membres sur la problématique de la récupération du matériel usagé d'injection en terme de protection pour la santé et favoriser l'accessibilité et la vente de contenants de récupération de seringues usagées en pharmacie. La collaboration de l'Ordre des pharmaciens pourrait se manifester en demandant aux grossistes en pharmacie d'entreprendre les démarches nécessaires afin de rendre disponibles sur le marché québécois les boîtes de récupération *Fitpack*.

Recommandation 8 : Modalités de distribution du tampon sec, du contenant de chauffage et du filtre

Distribuer sous la forme d'une trousse stérile, le tampon sec, le filtre et le contenant de chauffage. À défaut de trouver un fabricant québécois, le distributeur québécois accepterait d'importer le produit *Stéricup* et de le rendre disponible au Québec le plus rapidement possible.

Recommandation 9 : Gestion de l'approvisionnement et de l'accessibilité

Notre recommandation comporte quatre volets dont :

1. Revoir l'ensemble des modalités de fonctionnement de la gestion de l'approvisionnement du matériel d'injection destiné aux UDI par le biais d'un comité d'étude composé des responsables des Programmes régionaux d'accès au matériel d'injection et de récupération de seringues (PRAMIRS) ainsi que d'un représentant du MSSS et des DSP des régions régionales.
2. Développer une nouvelle structure nationale d'approvisionnement du matériel d'injection similaire à celle qui existe dans le cadre du programme québécois d'immunisation, au regard de la sélection et de la distribution du matériel, de la

négociation et du contrôle des prix, de la tenue d'inventaire et de la diminution des tâches administratives sur le plan local.

3. Permettre à toutes les pharmacies privées de s'approvisionner auprès du centre de distribution en ce qui concerne le matériel d'injection destiné aux UDI.
4. Déterminer un prix de vente maximum du matériel qui serait vendu en pharmacie ; à défaut de le distribuer gratuitement.

Recommandation 10 : Accessibilité au matériel d'injection pour les UDI

Chacun des centres d'accès doit rendre disponible aux UDI qui s'y présentent un matériel d'injection de base qui permet, selon les données scientifiques les plus récentes, de se faire une injection de façon propre et sécuritaire. Ce matériel respecte les techniques sécuritaires d'injection qui sont l'asepsie du site de l'injection, la mise en solution de la drogue avec de l'eau stérile, le chauffage de la solution, la filtration de la solution à injecter, l'injection avec une seringue stérile, la visualisation de la veine à injecter et la pression finale sur le site d'injection afin d'éviter un saignement tardif.

Recommandation 11 : Distribution du matériel sur le territoire

Les modalités d'accessibilité sur l'ensemble du territoire doivent être uniformes et respecter des principes directeurs de disponibilité, de gratuité ou de prix à payer. Ainsi, l'accessibilité 24/7 est indispensable et chaque région doit identifier des établissements publics qui accepteront d'offrir ce service aux UDI gratuitement. Les entreprises privées, soit les pharmacies, offriraient moyennant le remboursement, le matériel sous forme de trousse. Chaque DSP doit établir si la trousse sera distribuée gratuitement. Dans la négative, un prix suggéré de vente devra être établi.

Recommandation 12 : Distribution gratuite du matériel sous forme de trousse

Création d'une trousse spécifique dont le contenu serait uniforme, peu importe son lieu de distribution. Cette trousse serait destinée à une utilisation personnelle. Elle serait fabriquée par le centre de distribution et serait dispensée gratuitement dans les centres d'accès. En ce qui concerne la distribution en pharmacie, elle serait offerte aux UDI à un prix uniforme sur l'ensemble du territoire du Québec. Son contenu respecterait la liste des produits reconnus par le MSSS.

La trousse doit contenir les éléments suivants :

- 2 à 4 condoms ;
 - 2 à 4 seringues stériles ;
 - 2 à 4 ampoules d'eau stérile ;
 - 2 à 4 tampons d'alcool ;
 - 2 à 4 emballages stériles contenant un filtre, un contenant de dilution et un tampon ;
- du matériel imprimé à caractère éducatif et préventif.

La trousse serait confectionnée par le distributeur conformément aux spécifications déterminées par le MSSS. Elle serait à vente restrictive dans les pharmacies québécoises, soit 1 581 pharmacies.

Recommandation 13 : Considérations particulières concernant les pharmacies

À court terme, nous suggérons de fournir gratuitement aux pharmacies une trousse de matériel d'injection propre et de recommander aux pharmaciens d'exiger la somme de 1 \$ la trousse en guise de remboursement concernant les frais de distribution.

À moyen terme, ayant en main les données statistiques de consommation de matériel d'injection, pendant la phase d'implantation de ce programme, il y aurait lieu de revoir le

principe de la gratuité après une consultation avec les intervenants sur le terrain, dont les pharmaciens du secteur privé.

Nous proposons que chaque DSP se procure des trousse du centre de distribution et fasse parvenir à chacune des pharmacies de sa région deux trousse. Le tout doit être accompagné d'un document éducatif de caractère préventif ainsi que des procédures de commande de ces trousse et des modalités de dispense. Nous serons ainsi assurés que chaque pharmacie possèdera le matériel nécessaire. Ceci représente donc comme premier acte d'action préventive une distribution de 3562 trousse. Cette suggestion est formulée suite à l'expérience française qui a procédé ainsi et favorisé une dissémination des trousse sur l'ensemble du territoire assurant alors une accessibilité pour l'UDI.

L'Ordre des pharmaciens du Québec et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) doivent être sollicités comme partenaires pour promouvoir la distribution de la trousse en pharmacie. Conséquemment des stratégies de formation continue doivent être développées en partenariat avec la corporation professionnelle et les groupes régionaux de pharmaciens le cas échéant afin d'outiller les pharmaciens pour une intervention de qualité.

Recommandation 14 : Budget

Solliciter une rencontre avec le comité administratif de l'Ordre des pharmaciens du Québec et avec l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires afin de leur présenter les changements apportés, tant sur le plan de la fourniture que sur la structure proposée, et demander leur collaboration afin d'aider les pharmaciens à fournir des services professionnels adaptés aux objectifs poursuivis, incluant la distribution de trousse et le service de récupération des seringues.