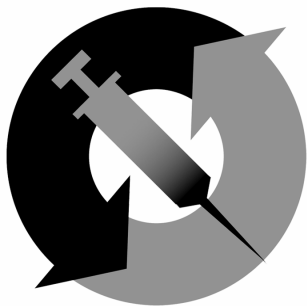




**Pratiques exemplaires et
obstacles : mise à jour des
programmes d'échange de
seringues en Ontario**



Pratiques exemplaires et obstacles : mise à jour des programmes d'échange de seringues en Ontario

Carol Strike, Centre de toxicomanie et de santé mentale

Tara Marie Watson, Centre de toxicomanie et de santé mentale

Shaun Hopkins, The Works, Santé publique Toronto

Paul Lavigne, Santé publique Ottawa

Don Young, Superior Points, Thunder Bay District Health Unit

Ron Shore, Street Health Centre

Lynne Leonard, Université d'Ottawa

Peggy Millson, Université de Toronto

Février 2009

ÉQUIPE DE PROJET

Une équipe de chercheurs universitaires et de gestionnaires de Programmes d'échange de seringues (PÉS) en Ontario a élaboré et mené la présente étude en empruntant une approche de recherche communautaire. Ce sont Carol Strike, scientifique principale au Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM), et Shaun Hopkins, directeur, The Works, à Toronto, qui ont dirigé l'équipe. Les autres membres de l'équipe étaient Tara Marie Watson, coordonnatrice du projet; Paul Lavigne, agent du projet de réduction des méfaits, Santé publique Ottawa; Don Young, coordonnateur du programme de réduction des méfaits de Superior Points pour le Thunder Bay District Health Unit; Ron Shore, gestionnaire de programme au Street Health Centre à Kingston; Lynne Leonard, professeure auxiliaire et scientifique de recherches au Département d'épidémiologie et de médecine sociale de l'Université d'Ottawa; et Peggy Millson, professeure agrégée à l'École de santé publique Dalla Lana de l'Université de Toronto.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à exprimer notre vive reconnaissance à tous ceux et celles qui ont bien voulu consacrer de leur temps et de leur énergie pour nous aider à mener ce projet à bien. Dès les premières étapes de la planification du projet, l'équipe a pu compter sur la généreuse assistance de Robb Travers et Colleen McKay. Notre enquête en ligne doit beaucoup au travail et aux commentaires de trois participants à l'étape pilote : Suzanne Newmark de The Van and Street Health Program, Santé publique Hamilton; Beth Whalen de Project X Change, John Howard Society de Durham; et Lori Brooks de Northern Points Exchange, North Bay Parry Sound District Health Unit. Nous tenons également à remercier Cathy Cleary du Programme de distribution des ressources pour la réduction des méfaits en Ontario (PDRRM) qui nous a aidés sur des questions d'interprétation. Ce projet a reçu l'aide financière du Réseau ontarien de traitement du VIH et du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, lequel a couvert le salaire de D^r Carol Strike et le soutien de base. Les opinions exprimées dans ce rapport ne reflètent pas nécessairement celles du ministère.

RÉFÉRENCE SUGGÉRÉE

Strike C, Watson TM, Hopkins S, Lavigne P, Young D, Shore R, Leonard L, *Pratiques exemplaires et obstacles : mise à jour des programmes d'échange de seringues en Ontario*. Toronto : Comité ontarien de coordination de l'échange de seringues, 2009.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	1
SOMMAIRE	2
INTRODUCTION ET OBJECTIF	4
DÉFINITIONS	6
MÉTHODES	7
ÉCHANTILLONNAGE POUR L'ENQUÊTE EN LIGNE	7
ESSAI PILOTE	7
RECRUTEMENT POUR L'ENQUÊTE EN LIGNE	8
ANALYSE DE L'ENQUÊTE	8
ÉCHANTILLONNAGE ET RECRUTEMENT D'INFORMATEURS CLÉS POUR LES ENTREVUES	8
ANALYSE DES ENTREVUES AVEC LES MCSP	9
RÉSULTATS	10
TAUX DE RÉPONSE À L'ENQUÊTE	10
ÉCHANGE D'AIGUILLES ET DE SERINGUES.....	10
CHAUFFOIRS	11
FILTRES.....	12
ACIDIFIANTS.....	13
EAU STÉRILE	14
TAMPONS D'ALCOOL	15
GARROTS [<i>TOURNIQUETS</i>].....	16
TUBES DE VERRE, EMOBOUTS ET GRILLES	17
MODÈLES DE PROGRAMME	19
SOINS PRIMAIRES	21
TYPE DE TEST DIAGNOSTIQUE	22
APPLICATION DE LA LOI	23
UTILISATION DES RECOMMANDATIONS DE PRATIQUES EXEMPLAIRES	25
MÉDECINS EN CHEF ET PROCESSUS DÉCISIONNEL DES PÉS.....	26
DISCUSSION ET INTERPRÉTATION	30
RÉUSSITES ET MOYENS	30
DÉFIS ET OBSTACLES.....	31
RECOMMANDATIONS	33
RÉFÉRENCES	35

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Adoption des recommandations relatives à l'échange d'aiguilles et de seringues

Tableau 2 : Adoption des recommandations relatives aux chauffeoirs

Tableau 3 : Adoption des recommandations relatives aux filtres

Tableau 4 : Adoption des recommandations relatives aux acidifiants

Tableau 5 : Adoption des recommandations relatives à l'eau stérile

Tableau 6 : Adoption des recommandations relatives aux tampons d'alcool

Tableau 7 : Adoption des recommandations relatives aux garrots

Tableau 8 : Adoption des recommandations relatives aux tubes de verre, aux embouts et aux grilles

Tableau 9 : Adoption des recommandations relatives aux modèles de programme

Tableau 10 : Adoption des recommandations relatives à la conception, à la planification et à l'exécution du programme

Tableau 11 : Adoption des recommandations relatives à la vaccination et aux tests diagnostiques – fourniture directe de programmes

Tableau 12 : Adoption des recommandations relatives aux vaccinations et aux tests diagnostiques – par aiguillage

Tableau 13 : Relations avec les intervenants en application de la loi

Tableau 14 : Ententes entre les PÉS et les intervenants en application de la loi

Tableau 15 : Utilisation des recommandations de pratiques exemplaires

Tableau 16 : Demandes de futures recommandations de pratiques exemplaires

SOMMAIRE

Publiées en 2006, les *Recommandations de pratiques exemplaires dans les programmes d'échange de seringues en Ontario* (Strike et coll., 2006) renferment 103 recommandations relatives aux défis opérationnels et pratiques que doivent relever les programmes d'échange de seringues (PÉS). Le projet dont fait l'objet ce rapport cherchait à évaluer le degré de mise en œuvre des *Recommandations de pratiques exemplaires*, à cerner les obstacles à leur application et à faire progresser nos compétences en transfert de connaissances afin d'accroître le taux d'adoption des pratiques exemplaires.

Au cours de l'enquête, nous avons interrogé 32 gestionnaires de PÉS fixes (taux de réponse : 100 %) et 62 gestionnaires de PÉS satellites (taux de réponse : 63 %) au sujet de leurs pratiques et politiques avant (2006) et deux ans après (2008) la publication des *Recommandations de pratiques exemplaires*. Pour compléter les résultats de l'enquête, nous avons aussi réalisé des entrevues avec des informateurs clés, cinq médecins chefs en santé publique (MCSP) ontariens.

La plupart des PÉS examinés ont déclaré que leurs politiques de distribution de seringues sont conformes aux pratiques exemplaires. Seul un programme satellite a affirmé suivre une politique d'échange 1 pour 1 aujourd'hui. La plupart des programmes ont distribué du matériel d'injection conformément aux pratiques exemplaires. En 2008, 88 % (n = 28) des PÉS fixes et 84 % (n = 52) des PÉS satellites ont distribué des chauffoirs, et tous les PÉS fixes (100 %, n = 32) et la presque totalité des PÉS satellites (97 %, n = 60) ont distribué de l'eau stérile. On invoquait généralement les *Recommandations de pratiques exemplaires* et le Programme de distribution des ressources pour la réduction des méfaits de l'Ontario (PDRRM) comme raison de l'évolution des pratiques de distribution de matériel du PÉS. Les obstacles à la mise en œuvre comprenaient le financement, la haute direction et la prise de décisions politiques.

Si davantage de programmes ont affirmé distribuer du matériel d'inhalation plus sécuritaire en 2008 qu'en 2006, la plupart des PÉS ne distribuent pas ces articles (p. ex. des tubes de verre). En 2008, les PÉS satellites (44 %, n = 27) ont été plus nombreux que les PÉS fixes (16 %, n = 5) à déclarer avoir distribué des tubes de verre. D'après les gestionnaires de PÉS et les MCSP, la distribution de matériel d'inhalation plus sécuritaire a fait face à de nombreux obstacles politiques, et continue à le faire.

Du point de vue des MCSP interviewés, le financement et les données scientifiques probantes sont des considérations clés dans l'adoption de décisions concernant la quantité et le type de matériel distribué par les PÉS. Notre échantillon de MCSP a signalé que par le passé, la prise en compte de questions légales et d'application de la loi était plus importante que maintenant, mais a reconnu que de telles questions peuvent surgir et poser des obstacles de taille au fonctionnement des PÉS. Les MCSP ont laissé entendre que des obstacles politiques à l'évolution des programmes pourraient être surmontés en veillant à ce que les activités des PÉS soient « discrètes ». Si on juge les documents relatifs aux pratiques exemplaires utiles dans la mesure où ils facilitent l'établissement de normes à suivre, les MCSP ne les reçoivent pas toujours ou n'ont pas toujours le temps d'en prendre connaissance.

Nous avons posé aux gestionnaires de PÉS une série de questions portant non seulement sur la distribution de matériel et les politiques connexes, mais aussi sur les modèles de programmes, les services de soins primaires, l'application de la loi et l'utilisation des Recommandations de pratiques exemplaires. De 2006 à 2008, on a constaté moins de changements dans les domaines liés aux pratiques relatives au matériel. On note toutefois l'apparition de tendances lourdes. Ainsi, les PÉS fixes et satellites ont été plus nombreux à susciter la participation des utilisateurs de drogues à l'élaboration des programmes en 2008 qu'en 2006, bien que ces changements n'aient pas été significatifs sur le plan statistique. Les PÉS fixes sont plus nombreux à offrir des services directs de vaccination et de tests diagnostiques aujourd'hui qu'il y a deux ans. Bien qu'ils disent avoir des relations favorables avec la police, peu de PÉS ont suivi les recommandations d'offrir de la formation aux intervenants en application de la loi et d'établir des protocoles de résolution des différences. Si on leur demande de formuler des suggestions d'amélioration du document sur les pratiques exemplaires, les répondants à l'enquête disent pour la plupart qu'ils souhaitent avoir davantage de recommandations de pratiques exemplaires, notamment sur la méthamphétamine et l'Oxycontin™.

Nos résultats sont très encourageants et cernent les obstacles à surmonter pour étendre l'adoption et la mise en œuvre des recommandations de pratiques exemplaires. Pour réduire le risque et la propagation des maladies, il est très important de s'assurer que les clients des PÉS reçoivent du matériel d'injection et d'inhalation plus sûr en quantité suffisante. Nous concluons ce rapport en présentant un certain nombre de recommandations fondées sur nos constats, y compris l'élaboration d'un mécanisme de financement qui permet de s'assurer que le PDRRM est en mesure de distribuer du matériel d'inhalation plus sécuritaire.

INTRODUCTION ET OBJECTIF

Les données probantes démontrent que les programmes d'échange de seringues (PÉS) réduisent la transmission du VIH parmi les utilisateurs de drogues injectables (UDI) et constituent des programmes de santé publique rentables (Wodak et Cooney, 2005). Toutefois, avant la publication de *Programmes d'échange de seringues en Ontario : Recommandations de pratiques exemplaires* (Strike et coll., 2006), on n'avait pas encore établi de pratiques exemplaires. Le document a remédié à cette lacune en formulant des recommandations concrètes pour répondre aux défis auxquels font face les PÉS sur le plan opérationnel, pratique et de la controverse. En 2006, il a été distribué à l'ensemble des PÉS et des médecins chef en santé publique (MCSP), ainsi qu'à bon nombre d'autres fournisseurs de services en Ontario et ailleurs. De plus, l'équipe de projet a fait de nombreuses présentations aux intervenants, y compris le personnel de première ligne des PÉS et les décideurs de haut niveau du ministère de la Santé de l'Ontario, de l'Agence de santé publique du Canada et de la Stratégie canadienne antidrogue, les membres de la collectivité et les chercheurs.

En mars 2007, notre équipe a consulté les gestionnaires de PÉS en Ontario qui nous ont parlé des succès et écueils de la mise en œuvre des *Recommandations de pratiques exemplaires*. Les commentaires des gestionnaires reflétaient le fait que dans l'ensemble, le document avait été bien accueilli par le personnel de première ligne et la plupart des cadres supérieurs (p. ex. les MC et les directeurs généraux). Par ailleurs, on a observé une résistance à sa mise en œuvre intégrale, résistance liée à plusieurs facteurs, et notamment :

- des difficultés d'ordre juridique ou financier (p. ex. frais de ressources humaines, fournitures et mise au rebut);
- le manque de compréhension ou d'acceptation du bien-fondé de la réduction des méfaits;
- la crainte que la mise en œuvre plus complète des recommandations n'augmente le « pouvoir » de la réduction des méfaits et n'influe sur d'autres aspects de l'organisation;
- une opposition d'ordre philosophique à la distribution de tubes de verre.

À partir des données recueillies durant cette consultation, nous avons dressé un plan d'évaluation dont nous vous présentons le résultat dans ce rapport. Ces constatations portent sur les PÉS en activité en 2008. N'oublions pas que certaines régions de la province n'ont toujours pas de PÉS actif et que par conséquent, les UDI n'y ont pas accès à du matériel d'injection stérile et aux autres services qu'offrent les PÉS.

Les objectifs de notre projet consistaient à évaluer le degré de mise en œuvre des *Recommandations de pratiques exemplaires*, à cerner les obstacles à leur mise en œuvre et à développer nos compétences en transfert des connaissances pour étendre l'adoption des pratiques exemplaires. Dans ce rapport, en partant des données de l'enquête recueillies auprès des PÉS en Ontario et de leurs satellites, de même que d'entrevues réalisées auprès d'informateurs clés, les MCSP, nous avons :

1. évalué l'adoption et la mise en œuvre des recommandations;
2. cerné les obstacles à leur mise en œuvre;

3. cerné les stratégies couronnées de succès qui ont abouti à leur mise en œuvre;
4. cerné les stratégies visant à accroître ou à améliorer la mise en œuvre;
5. cerné les enjeux émergents pour les PÉS qui peuvent nécessiter la rédaction d'autres recommandations de pratiques exemplaires.

DÉFINITIONS

Échange vs distribution de seringues : dans le présent document, le terme PÉS (Programme d'échange de seringues) désigne les programmes qui fournissent aux utilisateurs de drogues injectables et autres l'accès à du matériel stérile pour l'utilisation de drogues injectables ou autres, de l'éducation sanitaire, et des services d'aiguillage, de counselling et d'autres services. Dans le monde anglophone, ces programmes portent le nom de programmes d'échanges d'aiguilles (PÉA). Le terme Programmes d'échanges d'aiguilles et de seringues (PÉAS) reflète l'évolution de nombreux programmes qui délaissent les programmes d'échange de matériel en faveur de sa *distribution*, avec ou sans retour du matériel usagé. En Ontario, ces programmes ont toujours porté le nom de PÉS qu'ils doivent aux *Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires* (ministre de la Santé et des Soins de longue durée, 1997). En 2008, le ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée a publié une nouvelle série de normes de santé publique et utilise maintenant le terme *fourniture* d'aiguilles et de seringues au lieu d'*échange*, et appelle ces programmes : *services de réduction des méfaits* (ministre de la Santé et des Soins de longue durée, 2008). Comme notre projet date d'avant ces changements terminologiques, nous utilisons le terme PÉS dans l'ensemble du rapport. Or, comme pourra le constater le lecteur à la section sur l'échange d'aiguilles et de seringues, de nombreux programmes en Ontario ont en effet abandonné le terme *échange* en faveur de *distribution*.

PÉS fixes vs PÉS satellites : l'échange d'aiguilles est un service de santé publique obligatoire en Ontario. Les conseils de santé, par leurs unités de santé publique, doivent administrer des PÉS ou s'assurer que ces services sont offerts dans le territoire de chaque unité de santé. Les PÉS « fixes » ou « fédérateurs » sont directement administrés par l'unité de santé ou un autre organisme local mandaté par l'unité de santé pour offrir des services d'échange de seringues. En Ontario, bon nombre de PÉS fixes ont conclu des accords avec des organismes communautaires et locaux (organismes de services liés au sida, centres de santé communautaires, services à la jeunesse, pharmacies) pour offrir des services de PÉS, élargissant ainsi l'accessibilité de ces services. Les PÉS fixes offrent de la formation, du matériel et des fournitures, et parfois des services sur place à ces centres « satellites ». En général, les PÉS fixes déterminent les politiques d'échange suivies par les satellites.

Le Programme de distribution des ressources pour la réduction des méfaits en Ontario (PDRRM) : lancé en 2006, le PDRRM fournit du matériel d'injection et de préparation de drogue, ainsi que des connaissances et du soutien aux programmes d'échange de seringues et de réduction des méfaits en Ontario. L'élaboration du PDRRM s'inspire des données probantes tirées de *Programmes d'échange de seringues en Ontario : Recommandations de pratiques exemplaires*. Le PDRRM est administré par Street Health, un volet des centres de santé communautaire de Kingston, et est financé par le Secrétariat pour les programmes de l'hépatite C du ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD). Le PDRRM fournit gratuitement du matériel d'injection aux programmes participants dans le but de réduire la transmission de maladies infectieuses. Le matériel d'injection comprend de l'eau stérile, des tampons alcoolisés, des garrots, des filtres, de la vitamine C (acidifiant) et des chauffoirs.

MÉTHODES

Pour ce projet, nous avons adopté l'approche des méthodes mixtes, alliant une évaluation en ligne sous forme de fiche de rendement à des entrevues avec des informateurs clés pour obtenir de l'information plus détaillée.

Le document *Programmes d'échange de seringues en Ontario : Recommandations de pratiques exemplaires* comprend 103 recommandations sur des questions qui vont de la distribution de seringues aux premiers soins, en passant par l'évaluation de programmes. Ces recommandations se divisent en neuf domaines (p. ex. distribution et mise au rebut de seringues; distribution et mise au rebut d'autre matériel d'injection; éducation; soins primaires; relations avec les intervenants en application de la loi). Elles visent toutes l'amélioration de l'état de santé général et du fonctionnement social des utilisateurs de drogues qui se présentent dans les centres du PÉS. Toutefois, l'équipe de projet a décidé de se concentrer sur six de ces neuf domaines : distribution et mise au rebut de seringues; distribution d'autre matériel d'injection; distribution de tubes de verre; modèles de programmes; soins primaires; et relations avec les intervenants en application de la loi. Ces six domaines ont été retenus parce qu'ils touchent la fonction première des PÉS et ont la plus grande incidence sur la capacité d'un programme d'échange de seringues à remplir sa mission de réduire la transmission de maladies. Les domaines privilégiés comportent des recommandations reconnues comme prêtant le plus à controverse et celles dont la mise en œuvre est la moins probable (p. ex. la distribution de tubes de verre), mais qui jouent un rôle essentiel pour prévenir la transmission de maladies.

Pour l'enquête en ligne, nous avons puisé dans chacun des six domaines choisis les politiques, activités, fournitures et autres contenus pertinents pour rédiger une série de questions. Notre discussion à bâtons rompus avec les gestionnaires du PÉS, en réunion d'équipe et à l'étape pilote, a été d'une aide précieuse dans l'élaboration des sections et des questions de l'enquête.

Échantillonnage pour l'enquête en ligne

Comme l'unité d'analyse de ce projet est le programme d'échange de seringues, nous avons invité les gestionnaires du PÉS à rendre compte des politiques et des pratiques en place dans leurs PÉS. Ces gestionnaires sont responsables de l'élaboration des politiques et processus et sont donc les mieux placés pour connaître les motifs de la mise en œuvre, ou de l'absence de mise en œuvre, des *Recommandations de pratiques exemplaires*.

Au début de l'enquête en ligne, 32 PÉS fixes et 99 PÉS satellites étaient en activité en Ontario. Tous les gestionnaires de centres du PÉS fixes ont accepté de participer à l'enquête en ligne et nous ont aidés à entrer en contact avec leurs satellites en nous fournissant les adresses de courriel des gestionnaires de PÉS qu'ils ont incités à participer à l'enquête par l'envoi de rappels.

Essai pilote

Pour faciliter l'acheminement de l'information et la lisibilité, on a procédé à un essai pilote de l'enquête en ligne avant le déploiement de l'étape de la collecte des données. Trois

gestionnaires de PÉS fixes ont répondu à l'enquête en ligne. On a ensuite communiqué par téléphone avec chacun des participants à l'étape pilote pour discuter de leur expérience, recueillir leurs recommandations et clarifier toute contradiction dans leurs réponses. La rétroaction des participants a permis de raffiner les choix de réponses.

Recrutement pour l'enquête en ligne

Après l'étape pilote, on a envoyé une invitation par courriel à tous les gestionnaires de PÉS fixes (N = 32) et satellites (N = 99) figurant sur notre liste de personnes ressources. Deux semaines après la première invitation, un rappel a été envoyé par courriel à tous les gestionnaires qui n'avaient pas encore commencé ou complété l'enquête. Deux semaines plus tard, on a demandé aux gestionnaires de PÉS de faire un suivi auprès de leurs satellites qui n'avaient pas encore répondu. L'enquête est restée ouverte durant 12 semaines, du 28 février au 22 mai 2008.

Analyse de l'enquête

Notre enquête a été élaborée à l'aide du logiciel d'enquête en ligne SurveyMonkey (voir <http://www.surveymonkey.com>). Une fois l'enquête terminée, les données ont été téléchargées et saisies dans SPSS. On a vérifié que les données étaient complètes. Dans la mesure du possible, on a corrigé les réponses contradictoires et repéré et corrigé les choix de réponses à « Autres » et « Prière de préciser » qui étaient superflus ou menaient à la création de catégories de variables additionnelles. Les données ont alors été analysées à l'aide de statistiques à deux variables (p. ex. les tests χ^2 de McNemar) pour des fins de comparaison avant-après. L'objectif central des analyses était d'évaluer l'application des *Recommandations de pratiques exemplaires* et les principaux motifs de non-application.

Échantillonnage et recrutement d'informateurs clés pour les entrevues

À l'aide des données réunies lors de l'enquête en ligne, nous avons repéré les questions hautement pertinentes entourant l'application ou la non-application des recommandations. Par la suite, nous avons préparé les entrevues avec les informateurs clés de manière à mieux saisir le rôle des MCSP dans la prise de décisions au sujet des PÉS, cerner les facteurs propices et les obstacles à l'adoption des pratiques exemplaires du point de vue des décideurs politiques et recueillir des suggestions d'amélioration des stratégies de transfert des connaissances vers ce public cible. Afin de compléter les constats de notre enquête, nous avons réalisé des entrevues avec des informateurs clés, cinq médecins chef en santé publique ontariens.

Après l'étape de la collecte des données de l'enquête, notre équipe de projet a discuté du choix des personnes à interviewer. À la lumière de la récente controverse entourant la distribution de trousse de matériel de consommation de crack plus sécuritaire, y compris des tubes de verre, et du constat que les recommandations relatives à ce matériel n'ont pas été mises en œuvre de manière généralisée par les PÉS, nous avons décidé de tenir compte de cette question dans le choix de l'échantillonnage. Plus précisément, nous avons décidé de choisir un ensemble de MCSP associés à des PÉS fixes qui distribuent actuellement des tubes de verre, et de MCSP associés à des PÉS fixes qui ne le font pas. Comme variable supplémentaire, nous avons ciblé à la fois les programmes administrés par des unités de

santé publique et externalisés à un autre organisme (p. ex. un organisme de services liés au sida), ainsi que des programmes qui desservent des clientèles plus ou moins nombreuses. Nos cibles d'échantillonnage de MH étaient les suivantes :

- 1 MCSP associé à un programme du bureau de santé publique qui distribue des tubes de verre;
- 1 MCSP associé à un programme du bureau de santé publique qui ne distribue pas de tubes de verre;
- 1 MCSP associé à un programme externalisé qui distribue des tubes de verre;
- 2 MCSP associés à des programmes externalisés qui ne distribuent pas de tubes de verre.

Les gestionnaires des PÉS fixes choisis ont été invités à demander à leur MCSP local de participer à notre étude. Après réception du consentement, le coordonnateur de projet a mené toutes les entrevues avec les informateurs clés par téléphone. Les entrevues ont eu lieu entre le 29 août et le 28 octobre 2008.

Analyse des entrevues avec les MH

Toutes les entrevues avec les informateurs clés ont été enregistrées sur bande et transcrites à l'aide de logiciels de traitement de texte. Un des principaux investigateurs et le coordonnateur de projet ont lu toutes les transcriptions afin d'extraire et d'analyser les principaux facteurs propices et obstacles à la mise en œuvre, ainsi que les thèmes connexes.

RÉSULTATS

Taux de réponse à l'enquête

Nous avons obtenu un taux de réponse de 100 % (32 sur 32) pour les PÉS fixes, et de 67 % (66 sur 99) pour les PÉS satellites. En les combinant, on obtient un taux de réponse de 75 % (98 PÉS sur 131 en Ontario). Sur ceux qui ont répondu, cinq enquêtes de PÉS satellites étaient incomplètes. Sur ces cinq enquêtes, quatre ne contenait pas suffisamment de données utilisables et ont été retirées de l'analyse. Les synthèses qui suivent reflètent les résultats des données d'enquête recueillies auprès de 94 répondants : 32 questionnaires de PÉS fixes et 62 questionnaires de PÉS satellites.

Échange d'aiguilles et de seringues

Pour prévenir la propagation du VIH, de l'hépatite B (HBV), de l'hépatite C (HCV) et d'autres infections hématogènes résultant de l'injection d'aiguilles et de seringues non stériles, le *Programme d'échange de seringues en Ontario: Recommandations de pratiques exemplaires* conseille aux PÉS de distribuer des seringues stériles dans les quantités demandées par des clients :

- sans exiger que les clients rapportent les seringues usagées;
- sans limite maximale;
- en encourageant les clients à rapporter les seringues usagées.

Le partage de seringues entraîne un risque élevé d'infections hématogènes, comme le VIH et l'hépatite B et C (HBV et HCV). L'injection à l'aide de seringues usagées expose aussi les UDI à d'autres types d'infections, à des problèmes cutanés et à des dommages aux veines. Les *Recommandations de pratiques exemplaires* ont pour but de faciliter l'accès à des seringues stériles pour réduire le partage de seringues parmi la clientèle des PÉS et ainsi atténuer les risques.

De notre enquête auprès de 94 questionnaires de PÉS en Ontario, il ressort que la plupart des programmes ont distribué des seringues sans exiger que les clients rapportent les seringues usagées, une pratique qui n'a pas évolué avec le temps (voir le tableau 1).

Nos données montrent qu'en 2008, aucun des PÉS fixes n'avait de politique d'échange 1 pour 1 et que seul un programme satellite a affirmé s'être doté d'une telle politique. En 2008, les PÉS étaient plus nombreux qu'en 2006 à distribuer des seringues sans limite maximale. Fait intéressant, alors que peu de PÉS fixes imposent maintenant une limite maximale quant au nombre de seringues distribuées, les PÉS satellites ont été plus nombreux à le faire dans le cas des clients qui n'en rapportent pas, bien que ces changements n'aient pas été significatifs sur le plan statistique. De plus, tous les PÉS fixes et satellites qui ont répondu à l'enquête ont dit qu'en 2008 ils se débarrassaient du matériel d'injection usagé, des objets tranchants et des contenants pour objets tranchants conformément à la réglementation locale sur les déchets biomédicaux (données non illustrées).

Tableau 1 : Adoption des recommandations relatives à l'échange d'aiguilles et de seringues

	PÉS fixes		PÉS satellites	
	2006 (nombre)	2008 (nombre)	2006 (nombre)	2008 (nombre)
Seringues distribuées sans exiger que les clients rapportent les seringues usagées	94 % (30)	94 % (30)	93 % (55)	95 % (58)
A suivi une politique d'échange 1 pour 1	3 % (1)	0 % (0)	0 % (0)	2 % (1)
A imposé une limite maximale sur le nombre de seringues distribuées aux clients qui n'en rapportent pas	13 % (4)	3 % (1)	7 % (4)	11 % (6)
Seringues distribuées sans limite maximale	84 % (27)	91 % (29)	75 % (44)	86 % (50)*

* Distribution binomiale de McNemar, $p \leq 0,039$

Pour les programmes signalant une évolution dans la politique d'échange de seringues, les motifs les plus couramment invoqués étaient les *Recommandations de pratiques exemplaires* (75 %, n = 9), des changements dans l'approche des membres du personnel (75 %, n = 9), l'évolution de la demande de la clientèle (55 %, n = 6) et les décisions des gestionnaires du PÉS (50 %, n = 6).

Chauffoirs

Le partage de matériel d'injection entraîne aussi un risque de propagation d'infections hématogènes comme le VIH et l'hépatite C. Le terme *chauffoir* désigne les récipients utilisés pour le mélange et la préparation de drogues; il s'agit souvent de cuillères et de capsules de bouteilles. Des études ont montré que le partage de chauffoirs est courant chez les UDI et entraîne un risque de contamination et de transmission de maladies (Clatts et coll., 1999; Leonard et coll., 2005).

Les *Recommandations de pratiques exemplaires* conseillent aux PÉS de réduire les risques liés à la réutilisation des chauffoirs en :

- distribuant des chauffoirs à usage unique dans les quantités demandées par les clients, sans limite maximale;
- offrant un chauffoir avec chaque seringue fournie.

Nos données montrent une hausse notable dans le nombre de PÉS qui ont distribué des chauffoirs en 2008 par rapport à 2006 (voir le tableau 2). Conformément aux *Recommandations de pratiques exemplaires*, tous les PÉS fixes qui ont distribué des chauffoirs à leurs clients le faisaient sans limite maximale. Si les PÉS satellites sont

aujourd'hui plus nombreux à distribuer des chauffoirs, une plus faible proportion en distribue sans limite maximale, mais la différence n'était pas significative sur le plan statistique.

Tableau 2 : Adoption des recommandations relatives aux chauffoirs

	PÉS fixes		PÉS satellites	
	2006 (nombre)	2008 (nombre)	2006 (nombre)	2008 (nombre)
Distribution de chauffoirs	13 % (4)	88 % (28)*	34 % (21)	84 % (52)**
Sur les programmes qui ont distribué des chauffoirs, pourcentage qui l'a fait sans limite maximale	75 % (3)	100 % (28)	95 % (20)	85 % (44)
* distribution binomiale de McNemar, $p \leq 0,001$				
** distribution binomiale de McNemar, $p \leq 0,001$				

Pour les programmes qui ont signalé une évolution dans leurs pratiques de distribution de chauffoirs dans ces deux années, les motifs les plus fréquemment invoqués étaient la disponibilité du PDRRM (92 %, n = 35), les *Recommandations de pratiques exemplaires* (67 %, n = 24), les décisions des gestionnaires du PÉS (49 %, n = 16) et les décisions du MCSP local ou du directeur général (46 %, n = 15).

Parmi les quelques programmes fixes qui n'ont pas distribué de chauffoirs en 2008, les décisions du MCSP local ou du directeur général étaient les motifs de non-application les plus souvent cités (75 %, n = 3). Parmi les programmes satellites n'ayant pas distribué de chauffoirs, (56 %, n = 5) des gestionnaires de PÉS ont dit ne pas savoir pourquoi ils ne l'ont pas fait. Nos données indiquent qu'il s'agit d'un point à examiner avec les autres PÉS en Ontario qui ne distribuent pas de chauffoirs à l'heure actuelle.

Filtres

Une fois la solution de drogue préparée dans un chauffoir, on place un filtre dans le chauffoir et la solution de drogue est aspirée par le filtre. Ce processus aide à empêcher les particules non dissoutes de drogue, les débris et les bactéries de passer dans la solution injectable. Le partage des filtres et des « lavages » avec des filtres usagés est courant parmi les UDI, et ces pratiques risquent de propager les infections hématogènes comme le VIH et le HCV (Bourgeois et Pearson, 1998; Leonard et coll., 2005). L'emploi d'un filtre adéquat est important parce que le matériel généralement utilisé comme filtre (p. ex. des filtres de cigarettes) n'empêche pas les bactéries de passer dans la solution de drogue et peut contenir d'autres contaminants qui risquent de se mélanger à la solution et de pénétrer dans l'organisme. De nombreux UDI souffrent d'une condition appelée la « fièvre du coton, » considérée comme étant associée à l'utilisation de filtres de coton aux fibres trop lâches (Harrison et Walls, 1990). Les recherches ont montré que les filtres à pores de plus de 0,22 µm de diamètre sont sensiblement plus efficaces dans la prévention de la contamination bactérienne que les filtres de cigarettes et les filtres de 20 µm (Cafilisch et coll., 1999).

Les *Recommandations de pratiques exemplaires* indiquent que les PÉS peuvent diminuer les risques liés aux filtres en :

- distribuant les filtres à pores de 0,22 µm de diamètre dans les quantités demandées par les clients, sans limite maximale;
- offrant un filtre de 0,22 µm avec chaque seringue distribuée.

Les gestionnaires de PÉS ont signalé une évolution des pratiques avec le temps (voir le tableau 3). En 2008, plus de PÉS ont distribué des filtres que deux ans auparavant. De ces programmes, la plupart ont suivi les *Recommandations de pratiques exemplaires* en distribuant des filtres à leurs clients sans limite maximale.

Tableau 3 : Adoption des recommandations relatives aux filtres

	PÉS fixes		PÉS satellites	
	2006 (nombre)	2008 (nombre)	2006 (nombre)	2008 (nombre)
Filtres distribués	41 % (13)	91 % (29)*	65 % (40)	89 % (55)**
Sur les programmes qui ont distribué des filtres, pourcentage qui l'a fait sans limite maximale	92 % (12)	90 % (26)	98 % (39)	93 % (50)
* distribution binomiale de McNemar, $p \leq 001$				
** distribution binomiale de McNemar, $p \leq 001$				

Pour les programmes qui ont rapporté une évolution dans leurs pratiques de distribution de filtres, les raisons invoquées le plus souvent étaient la disponibilité du PDRRM (83 %, n = 25), les *Recommandations de pratiques exemplaires* (66 %, n = 19), les décisions des gestionnaires du PÉS (43 %, n = 12) et les décisions du MCSP ou directeur général local (39 %, n = 11).

Acidifiants

Les acidifiants permettent de convertir les drogues insolubles en forme hydrosoluble et sont couramment utilisés dans la préparation de drogues injectables. Les UDI se servent surtout de deux acides : le jus de citron et le vinaigre. Toutefois, ces deux substances peuvent être des milieux favorables à la croissance de certaines bactéries et champignons infectieux une fois injectées (Garden et coll., 2004). De plus, le partage de sources d'acidifiants risque de transmettre le VIH et le virus de l'hépatite C.

Les *Recommandations de pratiques exemplaires* conseillent aux PÉS de réduire ces risques en :

- distribuant des sachets de 100 mg d'acide citrique à usage unique, hermétiques et imperméables et des sachets de 300 mg d'acide ascorbique à usage unique, hermétiques et imperméables dans les quantités demandées par les clients, sans limite maximale;

- offrant un sachet à usage unique avec chaque seringue distribuée.

Nos données montrent que les PÉS ont été plus nombreux à distribuer les acidifiants recommandés en 2008 qu'en 2006 (voir le tableau 4). Moins de programmes ont distribué des acidifiants sous d'autres emballages ou en d'autres formats; aucun PÉS ne l'a fait. La plupart des programmes qui ont distribué des acidifiants l'ont fait sans limite maximale.

Tableau 4 : Adoption des recommandations relatives aux acidifiants

	PÉS fixes		PÉS satellites	
	2006 (nombre)	2008 (nombre)	2006 (nombre)	2008 (nombre)
Acidifiants :				
a) distribué le ou les types recommandés	13 % (4)	84 % (27)	31 % (19)	76 % (47)
b) distribué dans d'autres emballages ou formats	16 % (5)	0 % (0)	18 % (11)	10 % (6)
c) pas distribué	72 % (23)	16 % (5)*	52 % (32)	15 % (9)**
Pourcentage des programmes ayant distribué des acidifiants qui l'ont fait sans limite maximale	100 % (9)	96 % (26)	83 % (25)	87 % (46)
* McNemar Bowker $\chi^2 = 23$; df = 2; $p \leq 0,001$				
** McNemar-Bowker $\chi^2 = 29,4$; df = 3; $p \leq 0,001$				

Sur les programmes qui ont signalé un changement dans les pratiques de distribution d'acidifiants pendant les deux dernières années, les raisons invoquées le plus souvent étaient la disponibilité du PDRRM (80 %, n = 36), les *Recommandations de pratiques exemplaires* (70 %, n = 28), les décisions des gestionnaires du PÉS (46 %, n = 18) et les décisions du MCSP local ou du directeur général (36 %, n = 14).

Eau stérile

Pour produire une solution de drogue, on utilise de l'eau pour mélanger et dissoudre les drogues avant l'injection. L'eau sert aussi au rinçage des seringues entre les injections. Cette eau peut devenir contaminée par des bactéries et des pathogènes hématogènes comme le HCV et le VIH. Des études montrent que la réutilisation et le partage de l'eau de mélange et de rinçage, surtout d'eau non stérile, peuvent entraîner de nombreux problèmes de santé et infections (Thorpe et coll., 2000; Ross et Shamsuddin, 2004). Fournir une fiole d'eau stérile équivalant au volume nécessaire pour une seule injection peut réduire la possibilité que cette eau soit partagée, et ainsi le risque de transmission de maladies.

Les *Recommandations de pratiques exemplaires* conseillent aux PÉS de réduire les risques liés à la réutilisation de l'eau en :

- distribuant des fioles d'eau stérile à usage unique de 2 ml dans les quantités

- demandées par les clients, sans limite maximale;
- offrant une fiole d'eau stérile à usage unique de 2 ml avec chaque aiguille.

Suivant les *Recommandations de pratiques exemplaires*, tous les PÉS fixes et presque tous les PÉS satellites qui ont répondu à notre enquête ont distribué de l'eau stérile en 2008 (voir le tableau 5). La plupart l'ont fait sans limite maximale.

Tableau 5 : Adoption des recommandations relatives à l'eau stérile

	PÉS fixes		PÉS satellites	
	2006 (nombre)	2008 (nombre)	2006 (nombre)	2008 (nombre)
Ont distribué de l'eau stérile	66 % (21)	100 % (32)*	84 % (52)	97 % (60)**
Sur les programmes qui ont distribué de l'eau stérile, pourcentage qui l'a fait sans limite maximale	86 % (18)	94 % (30)	87 % (45)	92 % (54)
* distribution binomiale de McNemar, $p \leq 0,001$				
** distribution binomiale de McNemar, $p \leq 0,008$				

Parmi les PÉS signalant un changement dans leurs pratiques de distribution d'eau stérile, les raisons le plus couramment citées étaient la disponibilité du PDRRM (73 %, $n = 27$), les *Recommandations de pratiques exemplaires* (70 %, $n = 23$), les décisions des gestionnaires du PÉS (45 %, $n = 14$) et la décision du MSSLD (30 %, $n = 9$).

Pour prévenir l'utilisation de l'eau stérile par plusieurs personnes, les *Recommandations de pratiques exemplaires* conseillent aux PÉS de distribuer des fioles de 2 ml, sans recommander de catégorie particulière d'eau stérile. Au moment d'écrire ces lignes, seules des fioles d'eau stérile de 3 et 10 ml sont disponibles dans les PÉS en Ontario. Dans notre enquête, nous avons demandé aux répondants si leur programme distribuait des fioles d'eau stérile de 2 ml ou d'un autre volume. Si nos données démontrent que près de 100 % des PÉS répondants distribuent actuellement de l'eau stérile, nous ne pouvons déterminer la proportion de programmes qui le font en format de 10 ml par rapport à 3 ml. Nous savons par le PDRRM que quelques PÉS ont choisi de distribuer des fioles de 10 ml, une catégorie supérieure d'eau stérile, alors que d'autres ont choisi de distribuer l'ampoule de 3 ml, moins apte à être partagée (C. Cleary, PDRRM, communication personnelle, août 2008).

Tampons d'alcool

Désinfecter le site d'injection avec un tampon d'alcool stérile au préalable prévient les abcès et autres infections bactériennes. Cependant, le partage de tampons est courant chez les UDI et entraîne un risque de transmission de l'hépatite C (Crofts et coll., 1999).

En ce sens, les *Recommandations de pratiques exemplaires* conseillent aux PÉS de réduire le risque en :

- distribuant des tampons d'alcool stériles dans les quantités demandées par les clients, sans limite maximale;
- offrant un tampon d'alcool stérile avec chaque seringue distribuée.

Tableau 6 : Adoption des recommandations relatives aux tampons d'alcool

	PÉS fixes		PÉS satellites	
	2006 (nombre)	2008 (nombre)	2006 (nombre)	2008 (nombre)
Ont distribué des tampons d'alcool stériles	88 % (28)	100 % (32)	90 % (56)	100 % (62)*
Sur les programmes qui ont distribué des tampons, pourcentage qui l'ont fait sans limite maximale	93 % (26)	94 % (30)	95 % (53)	97 % (60)

* distribution binomiale de McNemar, p = 0,31

Nos données montrent que la grande majorité des programmes a distribué des tampons d'alcool stériles en 2006 et 2008 (voir le tableau 6). Pour les quelques programmes qui ont signalé un changement dans les pratiques de distribution de tampons d'alcool stériles, les deux raisons citées le plus souvent étaient les *Recommandations de pratiques exemplaires* (75 %, n = 6) et la disponibilité du PDRRM (67 %, n = 6).

Garrots [tourniquets]

Le garrot sert à faire ressortir la veine destinée à l'injection de drogue. S'ils n'ont pas de garrots minces et élastiques, les UDI utilisent parfois d'autres articles (p. ex. des foulards, des ceintures) qui ne sont pas assez élastiques pour être relâchés rapidement, ce qui peut produire des lésions cutanées et nuire à la circulation sanguine. De plus, les garrots peuvent être contaminés par des bactéries et des pathogènes hématogènes (Golder et coll., 2000; Rouke et coll., 2001). Le partage de garrots comporte ainsi un risque de propagation des infections, y compris le virus de l'hépatite C et le VIH.

Les *Recommandations de pratiques exemplaires* conseillent aux PÉS de réduire les risques associés aux garrots en :

- distribuant des garrots minces, flexibles, à relâchement rapide et sans surface poreuse dans les quantités demandées par les clients, sans limite maximale;
- offrant un garrot propre à relâchement rapide avec chaque seringue distribuée.

Nos données montrent que plus de PÉS ont distribué les garrots recommandés en 2008 que deux ans auparavant (voir le tableau 7). Moins de programmes ont distribué un autre type de garrot et aucun PÉS fixe ne l'a fait. Fait à noter, la plupart des programmes qui ont distribué des garrots à leurs clients l'ont fait sans limite maximale.

Pour les programmes qui rapportent une évolution dans leurs pratiques de distribution de garrots au cours de la période de deux ans, les raisons les plus couramment citées étaient la

disponibilité du PDRRM (82 %, n = 23), les *Recommandations de pratiques exemplaires* (70 %, n = 19), les décisions des gestionnaires du PÉS (44 %, n = 11) et l'abolition des limites maximales grâce aux garrots fournis gratuitement par le PDRRM (40 %, n = 10).

Tableau 7 : Adoption des recommandations relatives aux garrots

	PÉS fixes		PÉS satellites	
	2006 (nombre)	2008 (nombre)	2006 (nombre)	2008 (nombre)
Garrots:				
a) distribué le type recommandé	47 % (15)	94 % (30)	52 % (32)	89 % (55)
b) distribué d'autres types	3 % (1)	0 % (0)	16 % (10)	5 % (3)
c) pas distribués	50 % (16)	6 % (2)*	32 % (20)	7 % (4)**
Sur les programmes qui ont distribué des garrots, pourcentage qui en a distribué sans limite maximale	75 % (12)	90 % (27)	98 % (41)	95 % (55)
* McNemar-Bowker $\chi^2 = 153$; df = 2; p ≤ 0,001				
** McNemar-Bowker $\chi^2 = 23$; df = 2; p ≤ 0,001				

Tubes de verre, embouts et grilles

Le partage du matériel utilisé pour fumer du crack et d'autres drogues qui se présentent sous forme de cristaux entraîne un risque de transmission du VIH et du HCV. On fabrique souvent des pipes artisanales à partir d'objets de métal (à l'aide de canettes de boissons gazeuses) ou de verre, dont les arêtes tranchantes risquent de causer des coupures et des brûlures aux lèvres (Haydon et Fischer, 2005). On utilise aussi souvent des bouteilles et inhalateurs en plastique (Équipe de réduction des méfaits du CSC de Queen West, 2005). Le sang des coupures et des brûlures autour de la bouche, sur les lèvres et les mains peut contaminer le matériel d'inhalation et transmettre des pathogènes. En l'absence de grilles adéquates, les fumeurs de crack s'en fabriquent à partir de matériaux (p. ex. des tampons à récurer en laine d'acier) qui ont tendance à se désagréger et peuvent endommager le système respiratoire (Safer Crack Use Coalition de Toronto, 2003).

Les *Recommandations de pratiques exemplaires* encouragent les PÉS à élargir leur offre de produits et de services et à réduire les risques pour la santé liés à l'inhalation de drogues en :

- distribuant des tubes de verre, embouts et grilles individuels dans les quantités demandées par les clients, sans limite maximale;
- éduquant leur clientèle sur le risque de contracter le VIH et le HCV associé au partage de tubes de verre et d'autre matériel d'inhalation et de tabagisme.

En 2008, plus de programmes ont signalé avoir distribué du matériel plus sûr qu'en 2006 (voir le tableau 8). Il apparaît aussi que beaucoup de programmes ont éduqué leurs clients

sur les risques liés au partage de ces articles. Toutefois, la plupart des programmes ne distribuent pas ce matériel.

Tableau 8 : Adoption des recommandations relatives aux tubes de verre, aux embouts et aux grilles

	PÉS fixes		PÉS satellites	
	2006 (nombre)	2008 (nombre)	2006 (nombre)	2008 (nombre)
Tubes de verre distribués	3 % (1)	16 % (5)	33 % (20)	44 % (27)*
Embouts distribués	3 % (1)	16 % (5)	25 % (15)	38 % (23)**
Grilles distribuées	3 % (1)	13 % (4)	28 % (17)	41 % (25)***
Éduqué les clients au sujet des risques de contracter le VIH et le HCV associés au partage de matériel d'inhalation de drogue	Non demandé	81 % (25)	Non demandé	72 % (43)
* distribution binomiale de McNemar, $p \leq 0,039$ ** distribution binomiale de McNemar, $p \leq 0,021$ *** distribution binomiale de McNemar, $p \leq 0,021$				

Les raisons généralement invoquées pour la non-distribution de tubes de verre, d'embouts ou de grilles incluent : les décisions du MC local ou du directeur général (46 %, n = 23) et les décisions du conseil de santé, du conseil d'administration ou du conseil municipal (27 %, n = 13). Les gestionnaires ont aussi affirmé ne pas avoir distribué ce matériel parce qu'ils n'en ont pas reçu de leur unité de santé ou du PDRRM et parce qu'il régnait un climat politique défavorable. Par exemple, un gestionnaire de PÉS fixe a écrit : « Nous distribuons du matériel d'inhalation plus sécuritaire seulement lorsque nous pouvons nous procurer des trousse de sources externes. Il n'y a pas de fonds dans notre budget du PÉS pour l'achat de ce matériel à l'heure actuelle. » De même, un gestionnaire de PÉS satellite a indiqué : « Il n'y a pas de financement disponible pour l'achat de trousse de crack pour notre Programme local d'échange de seringues. Nous espérons que les choses changent, car il se fait une grande consommation de crack à [la ville] et les gens utilisent du matériel très dangereux pour fabriquer des pipes à crack artisanales. »

Un peu plus du quart des gestionnaires de PÉS fixes et satellites qui ont répondu à la question ont invoqué des décisions du conseil de santé, du conseil d'administration ou du conseil municipal comme motif de non-distribution de matériel d'inhalation plus sécuritaire. Le manque d'approbation ou d'appui a aussi été cité. Par exemple, un gestionnaire de PÉS satellite affirme : « [] le conseil d'administration du refuge interdit les trousse de pipes à crack sécuritaires ». Quelques répondants ont aussi invoqué la nécessité de faire preuve de prudence à l'égard des conséquences politiques de la distribution de tubes de verre. Quelques PÉS ont cité l'opposition des intervenants en application de la loi comme motif de non-distribution de tubes de verre (21 %, n = 5 des gestionnaires de PÉS fixes et 15 %, n = 4

des gestionnaires de PÉS satellites). À la question de la distribution de tubes de verre, un gestionnaire de PÉS fixe a répondu : « [Le] représentant de la police membre du comité consultatif est presque certain que le chef de police n'appuiera pas cette mesure, bien qu'il soit difficile à dire si la police s'y opposerait activement ou s'interposerait. » Un gestionnaire de PÉS fixe a dit : « À l'heure actuelle, nous ne voulons pas compromettre le programme de réduction des méfaits en cours en distribuant du matériel d'inhalation plus sécuritaire. » Un gestionnaire de PÉS satellite a même répondu : « La mentalité de petite ville/j'ai dû promettre que je ne distribuerais pas de tubes de verre à leur insu. » De toutes les recommandations, les PÉS sont les moins enclins à suivre les recommandations relatives à la distribution de tubes de verre, d'embouts et de grilles. Cette question mérite un examen plus approfondi.

Modèles de programme

Le modèle de prestation de services joue un rôle important dans l'efficacité du PÉS parce qu'il peut avoir une incidence sur la clientèle atteinte ou non par le programme. Si certains clients se prévalent des services d'accueil, d'autres préfèrent les centres d'intervention dans la rue ou les services mobiles. L'attraction et la rétention de la clientèle sont essentiels pour promouvoir le changement de comportement et la fourniture de matériel et de services d'éducation. Élargir l'accessibilité constitue un défi à cause de la grande diversité des utilisateurs de drogues sur le plan de la démographie (âge, sexe et culture), des besoins et des préférences.

Les *Recommandations de pratiques exemplaires* dirigent les PÉS vers une combinaison de multiples modèles de prestation de services pour atteindre et servir plus efficacement leur clientèle. Notamment, les recommandations comprennent :

- la fourniture de services de PÉS selon un modèle qui maximise l'accessibilité par les clients;
- la mise sur pied de services de PÉS afin de satisfaire les besoins des sous-populations d'utilisateurs de drogues;
- la participation des utilisateurs de drogues à la conception et à la mise en œuvre des services.

La plupart des PÉS offraient leurs services à partir d'un centre fixe (voir le tableau 9). En 2008, 63 % (n = 19) des programmes fixes ont dit offrir des services multimodèles (c.-à-d. deux modèles ou plus). Le modèle de prestation de services n'a pas beaucoup changé, sauf que les PÉS fixes sont plus nombreux à offrir des programmes fondés sur les pairs aujourd'hui qu'en 2006. Ce type de modèle, comme les interventions dans la rue, est le complément indispensable aux centres fixes, à cause de la réticence des UDI à s'adresser à d'autres fournisseurs de services pour obtenir de l'aide.

Nous avons aussi interrogé les gestionnaires du PÉS sur leur pratique d'adapter leurs services aux besoins précis de quatre sous-populations diverses d'utilisateurs de drogues. En 2008, 25 % (n = 8) des PÉS fixes ont signalé avoir adapté ses programmes afin de répondre aux besoins des jeunes et 25 % (n = 8) afin de répondre aux besoins des femmes. Une proportion légèrement moindre a adapté ses services afin de répondre aux besoins des groupes ethnoculturels (22 %, n = 7) ou de la clientèle lesbienne, gai, bisexuelle, transgenre et *queer* (13 %, n = 4). En 2008, les PÉS satellites ont été plus nombreux à adapter leurs

services aux besoins de clientèles bien précises : jeunes (43 %, n = 26), femmes (43 %, n = 26), groupes ethnoculturels (39 %, n = 23), et lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres et *queer* (36 %, n = 20). Les différences entre les PÉS fixes et satellites peuvent refléter les tentatives des PÉS fixes d'établir des partenariats avec des organismes qui desservent des populations diversifiées. Entre 2006 et 2008, on observe peu de changements au chapitre de l'adaptation des services. Parmi les quelques programmes qui ont modifié leur pratique d'adaptation des services ces deux dernières années, la raison la plus couramment citée était le besoin ou la demande accrue de clientèles précises (86 %, n = 6).

Tableau 9 : Adoption des recommandations relatives aux modèles de programme

Types de modèles de programme offerts				
	PÉS fixes		PÉS satellites	
	2006 (nombre)	2008 (nombre)	2006 (nombre)	2008 (nombre)
PÉS à emplacement fixe	94 % (30)	97 % (31)	88 % (53)	93 % (56)
PÉS mobiles	39 % (12)	41 % (13)	18 % (10)	18 % (10)
Visites à domicile	32 % (10)	32 % (10)	21 % (12)	21 % (12)
Services fondés sur les pairs	28 % (9)	36 % (11)	30 % (17)	29 % (16)
Interventions dans la rue	44 % (14)	44 % (14)	39 % (23)	40 % (23)
Nombre de modèles offerts				
1 type	40 % (12)	37 % (11)	55 % (30)	58 % (30)
2 types (p. ex. fixe et mobile)	27 % (8)	30 % (9)	9 % (5)	8 % (4)
3 types	3 % (1)	3 % (1)	11 % (6)	12 % (6)
4 types	13 % (4)	10 % (3)	13 % (7)	12 % (6)
5 types	13 % (4)	20 % (6)	6 % (3)	6 % (3)
Nombre de modèles en moyenne	2,2	2,5	1,8	1,8

Tableau 10 : Adoption des recommandations relatives à la conception, à la planification et à l'exécution du programme

	PÉS fixes		PÉS satellites	
	2006 (nombre)	2008 (nombre)	2006 (nombre)	2008 (nombre)

Utilisateurs participant à la conception du programme	31 % (10)	39 % (12)	38 % (22)	45 % (26)
Utilisateurs participant à la planification du programme	34 % (11)	44 % (14)	42 % (25)	47 % (27)
Utilisateurs participant à l'exécution du programme	38 % (12)	45 % (14)	39 % (22)	48 % (28)

Enfin, nous avons interrogé les gestionnaires au sujet de la participation des utilisateurs de drogues à la conception, à la planification et à l'exécution du programme (voir le tableau 10). Nos données montrent que les PÉS ont été plus nombreux à susciter la participation des utilisateurs de drogues dans l'élaboration de programmes en 2008 qu'en 2006, bien que ces changements n'aient pas été significatifs sur le plan statistique. D'après les gestionnaires qui ont répondu à la question, ces changements sont surtout attribuables au fait que les UDI ont été plus nombreux à formuler des suggestions sur leurs programmes (75 %, n = 12), de même qu'au changement dans l'approche des membres du personnel (59 %, n = 10).

Soins primaires

Les UDI courent un risque plus élevé d'exposition à des pathogènes hématogènes comme le VIH et l'hépatite C, et de beaucoup d'autres problèmes de santé (maladies respiratoires, autres infections transmises sexuellement, ou ITS, et problèmes cutanés). Cependant, de nombreux UDI n'ont pas de source régulière de soins primaires et sont réticents à s'adresser à des fournisseurs de soins de santé pour obtenir de l'aide. Les PÉS situés dans des unités de santé publique sont bien placés pour offrir à leurs clients des services de vaccination, de tests diagnostiques et de premiers soins. Les PÉS qui n'offrent pas de soins primaires dans leur centre doivent diriger leurs clients vers ce type de services.

Les *Recommandations de pratiques exemplaires* reconnaissent l'importance pour les PÉS d'équilibrer l'offre de services de soins primaires directs et l'aide à leurs clients pour qu'ils obtiennent des services ailleurs dans la collectivité. On encourage les PÉS à y parvenir en:

- fournissant des services correspondant aux besoins en matière de santé de leurs clients et aux ressources alternatives disponibles dans la collectivité, y compris la vaccination, les tests diagnostiques et les premiers soins.

Nos données montrent que plus de PÉS fixes ont fourni des services directs de vaccination et de tests diagnostiques en 2008 qu'en 2006, bien que ces changements n'aient pas été significatifs sur le plan statistique (voir le tableau 11). Nous avons aussi interrogé des gestionnaires du PÉS au sujet de l'aiguillage vers un autre organisme pour y obtenir des services de vaccination et de tests diagnostiques.

**Tableau 11 : Adoption des recommandations relatives aux vaccinations
et aux tests diagnostiques – fourniture directe de programmes**

Vaccinations fournies directement par le programme				
Type de vaccination	PÉS fixes		PÉS satellites	
	2006 (nombre)	2008 (nombre)	2006 (nombre)	2008 (nombre)
Hépatite A	59 % (19)	69 % (22)	25 % (15)	27 % (16)
Hépatite B	59 % (19)	69 % (22)	30 % (18)	31 % (18)
Grippe	59 % (19)	66 % (21)	31 % (18)	29 % (17)
Pneumocoque	47 % (15)	56 % (18)	12 % (7)	17 % (10)
Tétanos	42 % (13)	53 % (17)	19 % (11)	18 % (10)
Test diagnostique fourni directement par le programme				
Type de test diagnostique	PÉS fixes		PÉS satellites	
	2006 (nombre)	2008 (nombre)	2006 (nombre)	2008 (nombre)
VIH	53 % (17)	65 % (20)	29 % (17)	29 % (17)
Hépatite B	53 % (17)	61 % (19)	27 % (16)	25 % (15)
Hépatite C	53 % (17)	61 % (19)	27 % (16)	25 % (15)
Tuberculose	41 % (13)	45 % (14)	20 % (12)	17 % (10)
Autres ITS	53 % (17)	61 % (19)	25 % (15)	24 % (14)

Bien que peu de PÉS satellites aient offert des services directs de vaccination et de tests diagnostiques par rapport aux PÉS fixes, nos données montrent que de nombreux satellites ont fourni ces services en aiguillant les clients vers un autre organisme (voir le tableau 12). Il importe de noter, cependant, que les PÉS fixes ou leurs satellites n'ont pas tous le mandat ou le personnel spécialisé suffisant pour fournir des services de tests diagnostiques et de vaccination. En 2008, 41 % (n = 13) des PÉS fixes et 59 % (n = 35) des satellites ont aussi affirmé avoir établi des relations d'aiguillage avec un fournisseur de soins primaires disposé à traiter des utilisateurs de drogues. Ce type de relation joue un rôle clé pour assurer le contact entre les UDI, surtout les pauvres, les sans-abri ou les mal-logés, et les soins médicaux dont ils ont besoin.

Enfin, 31 % (n = 10) de PÉS fixes et 32 % (n = 19) des PÉS satellites affirment avoir fourni des premiers soins pour des abcès et des problèmes cutanés.

Tableau 12 : Adoption des recommandations relatives aux vaccinations et aux tests diagnostiques – par aiguillage

Vaccinations et tests diagnostiques par aiguillage vers un autre organisme (2008 seulement)					
	PÉS fixes	PÉS satellites		PÉS fixes	PÉS satellites
Type de vaccination	2008 (nombre)	2008 (nombre)	Type de test diagnostique	2008 (nombre)	2008 (nombre)
Hépatite A	31 % (10)	68 % (39)	VIH	44 % (14)	67 % (39)
Hépatite B	31 % (10)	67 % (38)	Hépatite B	44 % (14)	66 % (38)
Grippe	34 % (11)	64 % (37)	Hépatite C	44 % (14)	67 % (39)
Pneumocoque	39 % (12)	59 % (33)	Tuberculose	50 % (16)	64 % (37)
Tétanos	38 % (12)	58 % (33)	Autres ITS	44 % (14)	67 % (38)

Application de la loi

Les mandats et les approches fondamentales des PÉS et des organismes chargés de l'application de la loi diffèrent, et cette différence peut être source de conflit et avoir une incidence négative sur les efforts des PÉS pour atteindre leur clientèle, distribuer du matériel et réduire les risques. Par exemple, les intervenants en application de la loi harcèlent parfois les clients qui sortent des centres du PÉS et leur confisquent le matériel d'injection qu'ils viennent de recevoir (Leonard et coll., 2008). De telles interventions peuvent décourager les clients potentiels du PÉS. La crainte d'être arrêtés peut amener les UDI dans les endroits publics à se faire une injection précipitée et à laisser de côté les mesures de sécurité, augmentant ainsi le risque d'infection, de problèmes cutanés, de dommages aux veines et de surdose.

Les *Recommandations de pratiques exemplaires* conseillent aux PÉS :

- de développer et d'établir des relations de collaboration avec les intervenants en application de la loi, notamment par la négociation d'ententes, l'établissement de protocoles de résolution des différends et l'offre de formation pratique aux intervenants en application de la loi.

Nos données montrent que les PÉS avaient été plus nombreux à établir des relations de travail avec les intervenants locaux en application de la loi en 2008 qu'en 2006 (voir le tableau 13). Il est aussi encourageant de voir que très peu de programmes ont rapporté avoir

une relation surtout défavorable avec leurs intervenants locaux en application de la loi et qu'aucun n'a dit avoir une relation défavorable. La raison la plus couramment citée pour le changement dans les relations des PÉS avec les intervenants en application de la loi était le fait d'avoir consacré plus d'efforts à l'établissement d'une relation (71 %, n = 10).

Tableau 13 : Relations avec les intervenants en application de la loi

	PÉS fixes		PÉS satellites	
	2006 (nombre)	2008 (nombre)	2006 (nombre)	2008 (nombre)
Le programme avait établi des relations de travail avec les intervenants en application de la loi locaux	53 % (17)	63 % (20)	40 % (24)	45 % (27)
La relation du programme avec les intervenants en application de la loi locaux est caractérisée comme :				
Positive	29 % (5)	25 % (5)	17 % (4)	19 % (5)
Plutôt positive	35 % (6)	40 % (8)	63 % (15)	63 % (17)
Ni positive ni négative	35 % (6)	30 % (6)	17 % (4)	19 % (5)
Plutôt négative	0 % (0)	5 % (1)	4 % (1)	0 % (0)
Négative	0 % (0)	0 % (0)	0 % (0)	0 % (0)

Nous avons aussi interrogé des gestionnaires du PÉS au sujet des types d'ententes qu'ils ont pu négocier avec leurs organismes locaux d'application de la loi (voir le tableau 14). Dans la plupart des cas, les ententes avec la police sont négociées par le PÉS fixe pour son propre compte et pour ses satellites (Strike, 2001). Nos résultats reflètent cette situation parce qu'une proportion plus élevée de PÉS fixes que de PÉS satellites avait négocié des ententes visant à prévenir l'ingérence de la police dans les activités des PÉS. Fait à noter, 9 % (n = 3) seulement des programmes fixes et 12 % (n = 7) des satellites ont rapporté avoir mis en place un protocole de résolution des différends entre le personnel du PÉS et les intervenants en application de la loi.

Tableau 14 : Ententes entre les PÉS et les intervenants en application de la loi – 2008

Le programme a négocié des ententes avec les intervenants en application de la loi afin de s'assurer que :	PÉS fixes % (nombre)	PÉS satellites % (nombre)
Les clients ne sont pas victimes de harcèlement à leur arrivée ou au départ du centre ou du véhicule du PÉS	53 % (16)	20 % (11)

Le matériel du PÉS n'est pas détruit ou confisqué aux clients	35 % (10)	17 % (9)
Les centres de PÉS ne servent pas à la surveillance	47 % (14)	20 % (11)
Le personnel du PÉS ne s'ingérera pas dans les activités liées à l'application de la loi	47 % (14)	28 % (15)

Interrogés sur la formation pratique des intervenants en application de la loi, 41 % (n = 13) des programmes fixes signalent avoir offert une telle formation contre 10 % (n = 6) des satellites. Tous les gestionnaires qui ont abordé ces questions ont indiqué que la formation pratique se concentre sur la raison d'être et les objectifs des PÉS ainsi que les enjeux liés au fonctionnement social et à la santé des utilisateurs de drogues.

Utilisation des recommandations de pratiques exemplaires

Le document *Les programmes d'échange de seringues en Ontario : Recommandations de pratiques exemplaires* a été mis au point afin d'aider les PÉS à offrir des services fondés sur des données probantes, à élaborer des programmes et à défendre leurs politiques et leurs pratiques. Ce document étant le premier en son genre, nous souhaitons connaître l'usage qui en a été fait et cerner les points à améliorer.

Tableau 15 : Utilisation des recommandations de pratiques exemplaires

Le programme a utilisé les <i>Recommandations de pratiques exemplaires</i> pour :	PÉS fixes % (nombre)	PÉS satellites % (nombre)
Prendre des décisions de planification au sujet des pratiques et politiques du programme	97 % (30)	59 % (32)
Apporter des changements aux pratiques et politiques du programme	94 % (29)	54 % (29)
Préconiser la modification des pratiques et politiques de programme	97 % (30)	46 % (25)
Défendre le programme au sein de la collectivité	80 % (24)	59 % (32)
Expliquer le programme aux personnes de l'extérieur	87 % (26)	67 % (37)
Évaluer le programme	63 % (19)	42 % (23)
Se former avec les nouveaux employés	90 % (27)	67 % (36)
Se former avec le personnel d'autres organismes	80 % (24)	47 % (26)

Les *Recommandations de pratiques exemplaires* ont servi à diverses fins, y compris la planification, l'évolution des politiques, le plaidoyer et la formation (voir le tableau 15). Si la plupart des PÉS fixes ont utilisé le document à de nombreuses fins, un plus faible

pourcentage de PÉS satellites a dit utiliser le document. Moins de gestionnaires de PÉS satellites (76 %, n = 44) que de gestionnaires de PÉS fixes (94 %, n = 30) ont dit avoir lu les *Recommandations de pratiques exemplaires*. De plus, alors que 90 % (n = 28) des gestionnaires de PÉS fixes jugeaient le document « très utile » dans l'ensemble, 58 % (n = 29) des gestionnaires de PÉS satellites ont fait la même évaluation. Le reste des satellites a jugé les *Recommandations de pratiques exemplaires* « d'une certaine utilité » (24 %, n = 12) ou « ni utiles ni inutiles » (18 %, n = 9). Aucun des programmes n'a fait une évaluation défavorable du document. Nos données font ressortir la nécessité de mieux comprendre pourquoi une plus faible proportion de PÉS satellites ont lu ou utilisé les *Recommandations de pratiques exemplaires*.

Parmi les suggestions d'amélioration des *Recommandations de pratiques exemplaires* que nous avons reçues, citons l'obtention de l'approbation du gouvernement, en particulier le MSSLD, l'ajout et l'actualisation des données probantes, et la création d'une version plus courte ou d'un guide de référence.

Tableau 16 : Demandes de futures recommandations de pratiques exemplaires

Souhaite disposer d'un répertoire des pratiques exemplaires sur les sujets suivants :	PÉS fixes % (nombre)	PÉS satellites % (nombre)
Méthamphétamine	97 % (28)	94 % (51)
Oxycontin™	97 % (28)	94 % (51)
Buprémorphine	79 % (22)	84 % (42)
Substitution à l'héroïne	86 % (24)	89 % (47)
Matériel d'injection plus sûr	89 % (25)	86 % (42)
PÉS en milieu carcéral	89 % (23)	80 % (40)

Enfin, nous avons demandé à des gestionnaires du PÉS s'ils souhaitaient disposer d'un document de *Recommandations de pratiques exemplaires* pour d'autres substances et programmes de réduction des méfaits (voir le tableau 16). La plupart des répondants ont dit avoir besoin d'autres recommandations de pratiques exemplaires et étaient surtout intéressés par des recommandations concernant la méthamphétamine et l'Oxycontin™.

Médecins chef en santé publique et processus décisionnel des PÉS

Lorsqu'on leur demande de citer les facteurs qui influencent la prise de décisions, la presque totalité des gestionnaires du PÉS a reconnu l'importance du MCSP local. À la lumière de cette conclusion, nous avons interviewé un échantillon de MCSP choisis à dessein pour mieux saisir leur compréhension de leur rôle et du processus décisionnel concernant les

PÉS.

Pour la plupart, les MCSP ont décrit une relation sans lien de dépendance avec leurs PÉS locaux. Du point de vue du MCSP, la gestion quotidienne relève des gestionnaires du PÉS et de leur personnel au conseil de santé publique ou dans un organisme externe, alors que les MCSP prennent part aux grandes décisions sur les politiques et les changements de fond dans la fourniture des services du PÉS. Par exemple, les MCSP estiment que leur responsabilité couvre le plaidoyer et la défense des changements de politiques, les décisions concernant l'ajout de nouveaux centres du PÉS et l'examen des budgets du programme. Des questions prêtant à controverse, comme les décisions au sujet de l'offre de matériel d'inhalation plus sûr, ont aussi été invoquées comme relevant du domaine de responsabilité du MCSP. Par exemple, un MCSP adjoint nous a dit :

En bref, je veux être consulté sur tout ce qui peut susciter une réaction de la collectivité ou des médias ou créer de l'agitation politique, et ce, pour faire en sorte de nous assurer... que nous suivons le processus établi et que nous consultons les intéressés. (Entrevue 5)

Interrogés sur le rôle du conseil de santé dans la prise de décisions, les MCSP ont noté que les conseils ont tendance à être engagés au chapitre des politiques, mais pas du fonctionnement. Dans l'ensemble, les MCSP se sont dits satisfaits de leur niveau de participation dans la prise de décisions des PÉS.

Lorsqu'on leur demande de citer les facteurs qu'ils prendraient en compte dans le processus décisionnel des PÉS, les participants ont cité un éventail similaire de facteurs et d'acteurs externes. Tous les MCSP ont affirmé que le financement était un facteur important dans la prise de décisions. Notamment, les décisions sur la quantité de fournitures à offrir dépendent du financement disponible. Dans certains cas, on signale que le financement s'est accru avec le temps, au fur et à mesure de la croissance de la clientèle et de la demande de fournitures. Les MCSP ont signalé que les budgets, y compris les budgets globaux des unités de santé publique, ont limité l'expansion des services de PÉS.

Les données scientifiques probantes sont reconnues comme un facteur très important du processus décisionnel. La disponibilité de données probantes de qualité qui démontrent les effets salutaires des services de PÉS sur la santé publique est citée comme un facteur clé pour ce qui est de susciter l'appui aux nouvelles politiques et pratiques, y compris la distribution de matériel d'injection. D'après les MCSP interviewés, les questions liées aux données scientifiques probantes ont fait obstacle à la mise en œuvre de la distribution de matériel d'inhalation plus sécuritaire, et continuent à le faire.

Ce que j'ai trouvé convainquant lorsque j'ai fait valoir l'importance du [matériel d'inhalation plus sûr] ici à [ville], était de ne pas accorder une confiance excessive aux données probantes assez peu concluantes sur la transmission des maladies contagieuses, mais d'insister plutôt sur le rôle du matériel de consommation du crack pour tisser des liens avec une clientèle très marginalisée afin de l'attirer vers d'autres services qui pourraient lui être salutaires. (Entrevue 2)

Ouais [les données scientifiques probantes], pour moi, sont probablement les plus

importantes mais elles présentent de grandes lacunes et elles sont tellement compliquées... Je dois persuader mon médecin chef en santé publique qu'il faut agir dans certaines directions et je ne peux pas le faire sans données probantes. Ouais, il faut que ce soit basé sur des données probantes. (Entrevue 4)

Plusieurs MCSP ont aussi affirmé que la faiblesse ou le manque de données probantes serait un facteur qui pourrait les empêcher d'appuyer la distribution de certains types de matériel par les PÉS.

À une exception, la plupart de nos informateurs clés n'ont pas cité de questions juridiques ou d'application de la loi comme des facteurs clés dans le processus décisionnel. Quelques-uns ont signalé que ces questions étaient soulevées de temps à autre et avaient plus d'importance auparavant. Un MCSP adjoint a donné l'exemple suivant :

Comme le problème des chauffoirs, c'était un problème. Mais on n'en soulève pas tant que ça. Je pense que nous les avons réglés. Nous les avons réglés il y a plusieurs années, comme les relations avec la police et ces choses-là. (Entrevue 1)

S'il ne s'agit peut-être pas de considérations importantes à l'heure actuelle, les participants reconnaissent que les questions juridiques et d'application de la loi pourraient certainement former des obstacles éventuels pour les PÉS. Un autre MCSP adjoint a déclaré : « Cela n'a pas posé de problème jusqu'ici, mais je crois qu'à la longue, cela pourrait devenir un problème de taille – tout dépend de la police locale. » (Entrevue 5). Certains PÉS en Ontario ont noté que les questions liées à l'application de la loi jouent un rôle critique dans le processus décisionnel. Ces PÉS ont décrit des difficultés avec les intervenants en application de la loi locaux en ce qui concerne les politiques et procédures du PÉS. La plupart des MCSP interviewés étaient au courant de ces difficultés et ont exprimé le désir d'éviter des problèmes similaires.

Au moment des entrevues, les considérations ci-dessus semblaient être d'une importance particulière pour les décisions entourant le matériel d'inhalation plus sûr. Les MCSP ont affirmé que la question des pipes à crack a suscité une attention politique considérable qui a formé un obstacle de taille à leur distribution dans certains secteurs. Dans d'autres régions de l'Ontario, la question n'a pas déclenché une opposition politique aussi forte. Plusieurs MCSP ont laissé entendre que la discrétion est une stratégie qui aide à surmonter de tels obstacles politiques, même dans des régions conservatrices. En clair, réduire la visibilité des changements aux politiques et aux pratiques des PÉS peut contribuer à prévenir la controverse. De l'avis d'un MCSP adjoint :

Cela a toujours été notre mot d'ordre, de garder l'échange de seringues sous le manteau, d'essayer de ne pas attirer l'attention du public ou des autres, mais aussi des médias, bon si ça arrive, on ne peut rien y faire, ou l'attention politique. Comme ne pas attirer l'attention politique pour éviter que les gens s'emparent de ces questions, que les attitudes conservatrices ressortent et qu'on remette en cause les stratégies de réduction des méfaits et ces choses-là. (Entrevue 1)

Pour atténuer encore davantage les réactions politiques à la distribution de matériel d'inhalation plus sûr et à tout autre enjeu politique émergent pour les PÉS, les MCSP ont

proposé la concertation avec les partenaires et les intervenants communautaires, y compris la police, et l'intégration de ces questions dans une stratégie antidrogue régionale. Ils ont noté que les efforts de ce type exigent parfois une volonté d'innover, de tenter de nouvelles approches et d'adopter des points de vue politiques opposés.

On a aussi interrogé les informateurs clés sur l'utilité de documents comme les *Recommandations de pratiques exemplaires* pour leur travail et sur les moyens efficaces de transmettre les connaissances scientifiques aux MCSP. Certains ont indiqué que ces documents sont très utiles parce qu'ils établissent une norme et un argumentaire de pratique et de responsabilisation. D'après un MH adjoint, les pratiques exemplaires sont d'une aide précieuse lorsque surgissent des questions controversées, dans la mesure où elles fournissent une norme à suivre et des données probantes utiles pour défendre les activités du programme et répondre à des questions à ce sujet. Un autre MCSP adjoint associé à un PÉS externalisé a affirmé que le document des *Recommandations de pratiques exemplaires* a été très utile quand « nous avons voulu simplifier et clarifier notre relation avec l'organisme chargé de l'exécution du programme. » (Entrevue 4) Les MCSP ont aussi noté l'utilité de réunir les données probantes en un document unique, complet et pratique.

Néanmoins, les MCSP nous ont aussi confié qu'il y a des cas où les documents sur les pratiques exemplaires pourraient ne pas avoir une grande incidence sur leur travail. Interrogé sur l'utilité de tels documents, un MCSP a dit que tout dépend de la conformité et de la pratique en vigueur, surtout si les pratiques exemplaires recommandent quelque chose de nouveau ou de différent. Associé à une organisation qui élabore elle-même ses politiques et fait sa propre étude des recherches, ce même MCSP a ajouté : « nous consultons certainement [les recommandations de pratiques exemplaires] quand nous les utilisons, mais, en général, on ne peut pas dire que nous les attendions ». (Entrevue 2) De plus, les MCSP n'ont pas toujours le temps de lire des documents volumineux. Préférant les synthèses à de « lourds volumes », un autre MCSP a expliqué :

Donc je pense que l'ouvrage s'adresse davantage à ceux qui mettent en œuvre les programmes qu'aux décideurs des programmes. Mais on peut compter sur un document comme celui-là pour étayer ses propres positions à un haut niveau, si besoin est. (Entrevue 3)

Enfin, les MCSP ont signalé que les résultats des recherches scientifiques leur sont mieux transmis par l'intermédiaire de sources crédibles et expertes. Notamment, le fait que d'autres médecins, le ministère et le milieu de la santé publique dans son ensemble prennent part à ces communications est salubre parce qu'il s'agit « de gens que nous côtoyons et jugeons dignes de foi ». (Entrevue 5) Parmi les stratégies de communications efficaces rapportées, citons la diffusion de résultats de recherches par téléconférence, les rencontres en personne et les présentations. Quelques informateurs clés ont évoqué l'ajout de présentations de recherches aux congrès provinciaux des MCSP et leur intégration à leur programme de formation permanente. Le courriel ou d'autres types d'envois groupés sont des stratégies jugées inefficaces par les MCSP, parce qu'on peut facilement les mettre de côté sans les lire.

DISCUSSION ET INTERPRÉTATION

Nos conclusions démontrent que les Recommandations de pratiques exemplaires ont été largement suivies par les PÉS en Ontario. En conséquence, les PÉS sont désormais plus aptes à satisfaire leurs clients en ce qui concerne leurs besoins sociaux et en matière de santé qu'il y a deux ans. Cependant, il reste des défis de taille à relever pour que ces recommandations soient entièrement suivies. Le sommaire ci-dessus situe les conclusions de ce projet dans un contexte qui fait la distinction entre les réussites, les obstacles et les suggestions d'avenir.

Réussites et moyens

Les résultats de notre sondage confirment que la politique ontarienne d'échange de seringues et d'aiguilles s'oriente vers la distribution plutôt que le strict échange unitaire. Cela est évident puisque la majorité des programmes d'échange de seringues ont indiqué avoir distribué des seringues sans exiger le retour des seringues usagées. En outre, un plus grand nombre de programmes distribuent maintenant des seringues sans limiter leur nombre. Les données de notre sondage semblent aussi appuyer les allégations des gestionnaires de PÉS et des travailleurs de première ligne selon lesquelles la pratique et la politique de strict échange unitaire sont désuètes.

Le changement le plus notable que notre sondage a révélé sur les autres types de matériel d'injection est le recours aux recommandations de pratiques exemplaires. Par rapport à il y a deux ans, un nombre considérable de PÉS ontariens distribuent maintenant des chauffoirs, des filtres, des acidifiants, de l'eau stérile, des tampons d'alcool et des garrots à leurs clients. La majorité d'entre eux les distribuent en nombre illimité. D'après les gestionnaires de PÉS, le PDRRM et les Recommandations de pratiques exemplaires sont les facteurs déterminants de ces résultats encourageants puisqu'ils étaient les raisons les plus fréquemment invoquées pour le passage à une autre distribution de matériel d'injection. Le PDRRM semble être une source particulièrement importante de changement parce qu'il fournit du matériel gratuit aux PÉS qui y participent. C'est un moyen de régler une partie des problèmes financiers que doivent affronter constamment les PÉS en Ontario. Comme l'a mentionné le gestionnaire d'un programme fixe : « [Le]financement et les fournitures du PDRRM ont été des facteurs vraiment convaincants, et les principes directeurs des pratiques exemplaires ont apporté les preuves dont nous avons grandement besoin. » Tous les médecins chef en santé publique que nous avons interrogés estimaient que le financement était une considération déterminante au moment de prendre des décisions touchant les PÉS, notamment celles qui touchent la fourniture de matériel.

Quelques programmes ont indiqué que les décisions prises par les gestionnaires de PÉS, le médecin chef en santé publique local ou le directeur général étaient les raisons pour lesquelles ils avaient modifié leurs pratiques de distribution de matériel. Ces constatations révèlent que, même avec les fournitures offertes gratuitement par le PDRRM, le soutien et l'approbation des responsables de la gestion et des politiques restent un élément important quand il s'agit de s'assurer que les PÉS distribuent une variété de ressources pour la réduction des méfaits. Les médecins chef en santé publique qui ont parlé de leur implication

dans les changements importants apportés aux politiques et aux pratiques des PÉS ont corroboré ces dires.

De 2006 à 2008, le type et la quantité de modèles de programmes offerts par les PÉS ont été stables. La stabilité du programme est essentielle, car elle indique aux clients que leurs PÉS locaux fourniront les services sur lesquels ils comptent. En revanche, la stabilité peut aussi signifier que les PÉS n'ont pas reçu le financement supplémentaire dont ils ont besoin pour offrir des services complémentaires. Néanmoins, une minorité non négligeable de PÉS, en particulier de satellites, ont indiqué qu'ils adaptaient leurs services selon les besoins spécifiques des sous-populations d'utilisateurs de drogue telles que les femmes et les jeunes. Même si les changements n'étaient pas statistiquement significatifs, un plus grand nombre de programmes ont commencé à impliquer les utilisateurs de drogue dans la conception, la planification et la fourniture du programme au cours des deux dernières années. Certains gestionnaires ont attribué les changements touchant l'adaptation des programmes et l'implication des utilisateurs à l'intensification des besoins et des exigences des groupes spécifiques de clients et au fait que ces derniers faisaient des suggestions pour les programmes. Les programmes acquièrent de la maturité ainsi que l'expertise nécessaire pour adapter leurs services. Ces exemples donnent un aperçu de la marche à suivre pour rester au courant des changements qui se produisent dans la communauté des UDI et intégrer les clients au développement du programme.

D'autre part, nos constatations sur les soins primaires révèlent qu'un plus grand nombre de PÉS fixes ont offert des services de vaccination et de tests en 2008 qu'en 2006. Une plus petite proportion de PÉS satellites par rapport aux PÉS fixes offre des services de vaccination et de tests. Cette différence est demeurée stable au fil du temps. Malgré cela, de nombreux PÉS satellites offrent ces services par le biais de référence à d'autres organismes. Il est important de mentionner que ces services peuvent dépasser la portée, la fonction et la dotation en personnel professionnel de bon nombre de PÉS satellites.

Défis et obstacles

Malgré les conclusions encourageantes de notre sondage, il existe quelques tendances fâcheuses auxquelles il faut prêter attention. En ce qui concerne les politiques d'échange de seringues, quelques autres gestionnaires de programmes satellites ont signalé que leurs programmes s'orientaient vers un échange plus strict qu'en 2006. En 2008, un seul programme satellite disait utiliser une politique de strict échange unitaire tandis que six programmes satellites imposaient des limites au nombre de seringues fournies aux clients qui n'en retournaient pas. Ces chiffres ne sont pas substantiels, mais les conséquences et les risques pour la santé de ces UDI qui ne reçoivent pas suffisamment d'aiguilles stériles peuvent être graves. Entre 2006 et 2008, le nombre de PÉS ayant distribué d'autres types de matériel d'injection a considérablement augmenté. Cependant, la proportion de programmes qui distribuait certains types de matériel en nombre illimité a chuté. La raison pour laquelle un petit nombre de programmes doivent encore adopter des politiques de distribution en nombre limité n'est pas claire.

La distribution de matériel d'inhalation plus sécuritaire utilisé pour fumer du crack et d'autres drogues n'est pas largement répandue en Ontario, en particulier dans les programmes fixes. À la différence des seringues auxquelles la Direction de la santé publique du MSSLD

consacre un financement, et du matériel d'injection qui est fourni gratuitement par le PDRRM, bon nombre de PÉS n'ont pas de financement stable destiné au matériel d'inhalation plus sécuritaire. Les organismes individuels doivent habituellement chercher du financement pour ces articles auprès de sources variées. C'est dans ce sens que le PDRRM a reçu des demandes de matériel d'inhalation plus sécuritaire des PÉS (Programme de distribution de ressources pour la réduction des méfaits de l'Ontario, 2007).

Il faut remarquer que le processus décisionnel et les politiques semblent avoir une influence sur la distribution du matériel d'inhalation plus sécuritaire. Cela ne surprend pas quand on connaît la controverse qui entoure continuellement cette question. Un peu plus de la moitié des gestionnaires de PÉS fixes et environ un tiers de gestionnaires de programmes satellites ayant abordé la question ont indiqué que c'est en raison des décisions prises par les gestionnaires de PÉS, le médecin chef en santé publique local ou le directeur général que leurs programmes ne distribuent pas de tubes de verre, d'embouts ou de grilles de cuivre. Il faut rappeler au lecteur que les décisions prises par les gestionnaires de PÉS, le médecin chef en santé publique local ou le directeur général ont été invoquées par certains gestionnaires de PÉS comme étant la raison pour laquelle certains types de matériel d'injection ainsi que les chauffoirs et acidifiants ne sont pas distribués. Comme on l'a mentionné auparavant, les décisions prises par le conseil de santé, le conseil d'administration ou le conseil municipal ont aussi entravé la distribution de matériel d'inhalation plus sécuritaire. Ces défis indiquent que les PÉS ont des problèmes d'ordre plus général quant à la façon dont les intervenants et organismes externes peuvent avoir une influence sur les politiques relatives à la santé publique plutôt que les preuves scientifiques, les besoins ou les retombées sur la santé publique.

Les médecins chef en santé publique ont dit être au courant des problèmes litigieux et des obstacles politiques que les PÉS ontariens ont dû surmonter dans le cadre de la distribution du matériel d'inhalation plus sécuritaire. Les entrevues ont révélé que les médecins chef en santé publique ont l'impression que ces obstacles politiques se multiplient dans la collectivité et le ministère. Certains d'entre eux ont suggéré de ne pas attirer l'attention sur les PÉS en cas de changements majeurs aux pratiques et aux politiques. Cette discrétion a permis d'éviter certains de ces problèmes. Mais les médecins chef en santé publique ont aussi parlé de la preuve scientifique comme élément déterminant dans le processus décisionnel du PÉS. Du point de vue des médecins chef en santé publique, l'incertitude qui plane sur la solidité des preuves du potentiel de réduction de méfaits du matériel d'inhalation plus sécuritaire est un obstacle de taille dans certains débats politiques.

Nos données suggèrent que les PÉS ont tendance à avoir généralement de bonnes relations avec les agents locaux de l'application de la loi. À peine plus de la moitié ont dit avoir établi des relations professionnelles avec les intervenants locaux de l'application de la loi. Malgré cela, des gestionnaires de PÉS ont mentionné le rôle que jouent ces intervenants dans le cadre de problèmes d'exploitation du PÉS. En effet, un PÉS sur cinq a signalé l'opposition des intervenants de l'application de la loi comme la raison pour laquelle ils ne distribuent pas de matériel d'inhalation plus sécuritaire. Il est intéressant de remarquer qu'aucun répondant n'a mentionné cette opposition des intervenants de l'application de la loi comme la raison de ne pas distribuer de chauffoirs, de filtres, d'acidifiants, d'eau stérile ou de garrots.

Ces constatations ne doivent cependant pas amoindrir l'influence que les intervenants de l'application de la loi peuvent avoir sur les activités des PÉS. D'autres données démontrent que la police a confisqué ou détruit les tubes de verre de clients du PÉS de l'Ontario (Leonard et al., 2008). De même, plusieurs reportages médiatiques ont rapporté, dans le cadre de notre enquête, des cas où la police s'était opposée au PÉS et en avait entravé les activités. Ces exemples d'interférence sont troublants parce que la police représente le pouvoir dont jouissent des intervenants externes quand il s'agit d'influencer des décisions à prendre sur les programmes de santé publique. Bien que la plupart des médecins chef en santé publique que nous avons interrogés n'aient pas signalé les problèmes juridiques et policiers comme des considérations importantes actuellement dans leur région, ils ont reconnu que l'opposition des intervenants de l'application de la loi peut devenir un obstacle de taille aux services du PÉS.

Du fait que la plupart des PÉS ne signale pas l'interférence policière, il n'est pas surprenant que peu de protocoles de règlement de conflit aient été conclu entre le personnel du PÉS et les agents de l'application de la loi. Malgré tout, les relations risquant de changer avec le temps, il faut se montrer prudent et essayer de mieux comprendre la façon de conclure ces protocoles. Nos données nous donnent l'occasion de nous inspirer des quelques programmes qui ont conclu ces protocoles.

RECOMMANDATIONS

Pratique et politique

- Encourager le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario à se fonder sur les Recommandations de pratiques exemplaires pour établir les normes futures de pratique et de politique.
- Veiller à ce que tous les PÉS distribuent tout le matériel d'injection, tous les types de matériel recommandés et le matériel d'inhalation plus sécuritaire.
- Élaborer des politiques provinciales visant à approuver un programme de distribution du matériel d'inhalation plus sécuritaire.
 - **Décideurs clés** - Gestionnaires de PÉS, médecins chef en santé publique, directeurs généraux; conseils de santé locaux, Direction de la santé publique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, médecin chef en santé publique de l'Ontario et Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé de l'Ontario.

Formation

- Veiller à ce que les PÉS fixes transmettent les Recommandations de pratiques exemplaires à leurs programmes satellites.
- Fournir une formation sur place pour aider les PÉS à préparer des ententes et des protocoles de règlement de conflit avec les intervenants de l'application de la loi locaux.
 - **Décideurs clés** - Gestionnaires de PÉS, médecins chef en santé publique, directeurs généraux, conseils de santé locaux et agents d'application de la loi locaux.

Financement

- Se doter d'un mécanisme de financement qui permettra au PDRRM de distribuer du matériel d'inhalation plus sécuritaire.
- Aider les PÉS à trouver et à obtenir un financement durable dans le but d'accroître le nombre de modèles de service disponibles.
 - **Décideurs clés** - Médecins chef en santé publique, conseils de santé locaux, Direction de la santé publique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, et le médecin chef en santé publique de l'Ontario.

Pratiques exemplaires

- Obtenir du financement, perfectionner et répandre les Recommandations de pratiques exemplaires pour donner une aide programmatique aux programmes suivants : méthamphétamines, Oxycontin™, lieux plus sécuritaires pour l'injection et les PÉS dans les prisons.
- Établir un partenariat avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario pour s'assurer que les Recommandations de pratiques exemplaires sont appliquées dans le cadre des programmes de substitution à la buprénorphine et l'héroïne.
- Développer un plan et trouver des sources de financement pour mettre à jour les Recommandations de pratiques exemplaires, en particulier les preuves liées au matériel d'inhalation plus sécuritaire.
 - **Décideurs clés** – Comité ontarien de coordination de l'échange de seringues et membres de l'équipe de la recherche et de l'évaluation des pratiques exemplaires.

Communication des connaissances

- Distribuer ces conclusions à tous les PÉS et leurs programmes satellites.
- Assurer l'accès continu de tous les PÉS et autres organismes intéressés à ces conclusions en affichant ces conclusions dans les sites Web du PDRRM, du Réseau ontarien de traitement du VIH et du Bureau de lutte contre le sida.
- Présenter les conclusions aux réunions des gestionnaires de PÉS régionaux.
- Présenter les conclusions aux autres territoires de compétences intéressés.
 - **Décideurs clés** - Gestionnaires de PÉS, Comité ontarien de coordination de l'échange de seringues et membres de l'équipe de la recherche et de l'évaluation des pratiques exemplaires.

RÉFÉRENCES

Bourgois P, Pearson C. Participant observation study of indirect paraphernalia sharing/HIV risk in a network of heroin injectors. Bethesda, National Institute on Drug Abuse. 1998.

Cafilisch C, Wang J, Zbinden R. The role of syringe filters in harm reduction among injection drug users. *American Journal of Public Health*, 1999; 89(8):1252-1254.

Clatts M, Heimer R, Abdala N. HIV-1 Transmission in injection paraphernalia: Heating drug solutions may inactivate HIV-1. *Journal of Acquired Immunodeficiency Deficiency Syndromes*, 1999; 22(2): 194-199.

Crofts N, Aitken CK, Kaldor JM. The force of numbers: Why hepatitis C is spreading among Australian injecting drug users while HIV is not. *The Medical Journal of Australia* 1999; 170(5): 220-221.

Garden J, Roberts K, Taylor A, Robinson D. Evaluation of the provision of single use citric acid sachets to injecting drug users. Edinburgh: Effective Interventions Unit, Scottish Executive Drug Misuse Research Programme, University of Paisley. 2004.

Golder M, Chan CLH, O'Shea S, Corbett K, Chrystie IL, French G. Potential risk of cross-infection during peripheral-venous access by contamination of tourniquets. *The Lancet* 2000; 355(9197): 44.

Harrison DW, Walls RM. "Cotton fever": A benign febrile syndrome in intravenous drug abusers. *Journal of Emergency Medicine*, 1990; 8(2): 135-139.

Haydon E, Fischer B. Crack use as a public health problem in Canada. *Canadian Journal of Public Health* 2005; 9(3): 185-188.

Leonard L, DeRubeis E, Germain A, Prince M, Medd E, Reynolds A. Ontario Harm Reduction Distribution Program: Provincial report outcome evaluation wave one – baseline. Ottawa : Équipe de recherche sur la prévention du VIH, Université d'Ottawa. 2008.

Leonard L, Navarro C, Birkett N, Remis RS. The POINT Project. Department of Epidemiology and Community Medicine. Faculty of Medicine, Université d'Ottawa. 2005 (In press).

Ministre de la Santé et des Soins de longue durée. Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires. Toronto : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 1997.

Ministre de la Santé et des Soins de longue durée. Les Normes de santé publique de l'Ontario, 2008. Toronto: Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2008. Accès au site le 7 janvier 2009 : http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/pubhealth/oph_standards/ophs_mn.html

Programme de distribution des ressources pour la réduction des méfaits. Information sur le matériel d'inhalation plus sécuritaire. Août 2007.

Queen West CHC Harm Reduction Team. Harm Reduction kit insert. 2005.

Ross JJ, Shamsuddin H. Sternoclavicular septic arthritis: review of 180 cases. *Medicine* 2004; 83(3): 139-148.

Rourke C, Bates C, Reade RC. Poor hospital infection control practice in venepuncture and use of tourniquets. *Journal of Hospital Infection* 2001; 49(1): 59-61.

Scottish Drugs Forum and Glasgow Involvement Group. Views from the street: Needle exchange users in Glasgow. 2004.

Strike C. Organizational responses to illegitimacy: The case of needle exchange programs in Ontario. University of Toronto, Ph.D. Dissertation, 2001.

The Safer Crack Use Coalition of Toronto. Health issues affecting crack smokers. Toronto. 2003.

Thorpe LE, Ouellet LJ, Bailey SL, Huo D. Hepatitis C seroconversion and the multiperson use of injection paraphernalia in a cohort of young drug injectors, Chicago 1997-1999; 128th Annual Meeting of APHA. 2000. Abstract 6059.

Wodak, A, Cooney, A. Effectiveness of sterile needle and syringe programmes. *International Journal of Drug Policy* 2005; 16S: S31-S44.