

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION

PAR  
BENOIT DES ORMEAUX

ÉVALUATION DE PROCESSUS DU PROGRAMME DE DISTRIBUTION ET  
D'ÉCHANGE DE MATÉRIEL D'INJECTION DE TROIS-RIVIÈRES : REGARDS  
CROISÉS DE DONNEURS ET D'USAGERS

JUIN 2010

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## *Sommaire*

L'implantation des programmes d'échange de seringues (PES) fut initiée par le gouvernement du Québec dans un cadre plus large de prévention de la transmission du VIH. Toutefois, la dernière évaluation de l'implantation du PES de la Mauricie et du Centre-du-Québec remonte à 1996 (Tétreault, & Janelle, 1996), alors que le programme venait tout juste d'être mis en place, et l'évaluation qui en est faite actuellement se base essentiellement sur des données de monitorage (Côté & Drouin, 2007). Après quelques années de fonctionnement, nous croyons qu'il est pertinent de savoir comment se vit le programme sur le terrain, par l'entremise d'acteurs qui n'ont pas tellement été ciblés dans les différentes démarches d'évaluation qui ont été entreprises jusqu'à présent. Nous pensons particulièrement aux usagers eux-mêmes, de même qu'aux personnes qui sont amenées à entrer directement en contact avec eux. La présente recherche fait donc une évaluation de processus (Patton, 1987, 1990) du programme en vigueur dans la région de Trois-Rivières. Ses objectifs sont 1) de documenter comment les acteurs ont été amenés à se joindre au programme à titre d'usagers ou de donneurs, ainsi que le rôle qu'ils y tiennent, 2) de connaître les difficultés reliées à la tâche, pour les donneurs, ou celles reliées à l'utilisation du programme, pour les usagers et 3) de documenter la vision qu'ont les donneurs et les usagers de l'utilité et de la pertinence du programme en regard du problème social auquel il prétend offrir une réponse. Pour ce faire, 15 répondants, soit huit donneurs de sept sites d'accès au matériel de la région et sept usagers de ce service, ont participé à un entretien semi-dirigé les amenant à développer sur divers thèmes se rapportant à l'actualisation du programme, son accessibilité, ses modalités et

son fonctionnement, les améliorations à lui apporter et la vision qu'ils ont du problème. Les principaux résultats de cette recherche mettent en lumière que les répondants ont des points de vue fort différents sur la façon de distribuer le matériel d'injection. Certains donneurs ont un accueil qui est orienté sur la personne et ses besoins tandis que d'autres se concentrent sur l'accessibilité au matériel. La quantité de matériel donnée varie aussi de manière considérable selon les donneurs (et\ou les sites). La récupération du matériel (seringues) distribué soulève des enjeux majeurs, si l'on s'en tient à l'importance que les répondants lui ont accordée lors des entretiens. Les usagers se préoccupent également de la récupération, mais leur réalité fort complexe les empêche parfois d'adopter des comportements sécuritaires. Bien qu'au plan technique les donneurs affirment qu'ils sont confortables avec la tâche qui leur est confiée de distribuer du matériel d'injection, cette responsabilité comporte une dimension morale avec laquelle ils négocient de manière passablement différente. Enfin, malgré qu'il ne s'agit pas d'une évaluation des effets du programme, la majorité des répondants le perçoivent comme étant capable de limiter la transmission des virus. La discussion traite de quelques avenues possibles pouvant expliquer les écarts dont témoignent les répondants dans leurs propos, tant en ce qui concerne l'application du programme, qu'en ce qui a trait à la vision qu'ils ont du programme en soi. Nous pensons notamment à la formation que les donneurs ont reçue ou non, ainsi qu'aux fonctions très différentes qu'ils occupent dans leur établissement respectif, qui dans certains cas les placent devant de profonds dilemmes éthiques. Enfin, diverses recommandations et pistes de solutions (évoquées par les répondants) sont regroupées dans le but d'alimenter une réflexion visant à améliorer le programme.

*Table des matières*

Sommaire.....	ii
Remerciements.....	viii
INTRODUCTION .....	1
DOCUMENTATION DES DIMENSIONS IMPLIQUÉES DANS LES PES.....	5
La consommation de drogues par injection .....	6
L'ampleur de la consommation par injection .....	6
Caractéristiques des UDI .....	7
Les facteurs conduisant à la consommation de drogues par injection .....	8
Les jeunes au moment de la première injection.....	9
L'évolution vers le milieu et adhésion au mode de consommation par injection.....	10
La consommation de drogues par injection : une conduite à risque .....	11
Les approches en réponse à la consommation de drogues illicites.....	13
La criminalisation .....	13
La médicalisation .....	14
La réduction des méfaits .....	14
Les défis de l'implantation des PES .....	15
Le contexte social .....	16
Les modèles et stratégies de réussite à l'implantation des PES.....	19
L'efficacité des PES.....	22
La prévalence du VIH et comportements à risque.....	23
La combinaison des stratégies pour réussir à réduire la transmission des virus.....	24
Les autres stratégies reliées à la réduction des méfaits.....	27
Les machines distributrices.....	27
Les seringues rétractables.....	28
Le site d'injection supervisé de Vancouver.....	29
L'implantation des PES au Québec .....	31
L'ampleur et inquiétude devant la présence du VIH chez les UDI .....	32
Les PES au Québec .....	33
Les enjeux actuels .....	34
L'objectif principal du programme et son évolution .....	36
La problématique émergeante du virus de l'hépatite C .....	37
Les évaluations du PES de Trois-Rivières.....	39

Le rapport d'évaluation de 1996 .....	39
L'évaluation actuelle, données de 2007 et 2008.....	42
La pertinence de la recherche et ses objectifs .....	43
<b>MÉTHODE .....</b>	<b>47</b>
Cadres théoriques.....	48
Échantillonnage.....	52
Collecte de données .....	53
Le recrutement des donneurs, leur profil et le déroulement des entretiens .....	55
Le recrutement des usagers, leur profil et le déroulement des entretiens .....	57
Les considérations éthiques .....	60
Analyse des entretiens.....	60
<b>RÉSULTATS .....</b>	<b>62</b>
1) Défis de l'application du programme .....	63
Portrait général de la fréquence et de la durée des rencontres lors de la distribution de matériel d'injection .....	63
Des approches différentes selon les donneurs et les circonstances .....	64
L'approche globale axée sur la personne et ses besoins.....	64
L'approche axée sur l'accessibilité au matériel d'injection.....	66
Les approches différentes avec les nouveaux demandeurs.....	67
Pressé d'obtenir le matériel d'injection : pas le moment de discuter .....	69
Les commentaires inadéquats et inconforts .....	71
Limite dans la quantité de matériel donné.....	73
Trois facteurs pouvant expliquer pourquoi la quantité de seringues données est parfois limitée .....	77
Une question de légitimité.....	77
Une question d'abus.....	78
Une question de nouveauté .....	79
Seringues à la traîne et récupération .....	79
Les changements de comportement une fois injecté .....	82
L'influence du lieu de l'injection .....	83
Les endroits où l'on dispose des seringues et facteurs influençant la récupération .....	83

L'initiative des usagers pour la récupération des seringues .....	85
Le bac de récupération est-il proposé ? .....	86
Difficultés à accomplir la tâche .....	88
Les difficultés d'ordre technique.....	89
Les difficultés d'ordre éthique ou morale.....	90
2) Vision du problème et des objectifs du programme .....	93
Perspectives et visions différentes en regard des objectifs à atteindre .....	93
Objectifs axés sur l'accessibilité au matériel d'injection....	94
Objectifs axés sur la quantité de seringue à donner.....	94
Objectifs d'éducation et de continuité des soins.....	95
Objectifs spécifiques selon les individus et réinsertion sociale.....	95
Objectifs reliés à la diminution d'infections et d'abcès.....	96
Perception des acteurs sur l'efficacité du programme .....	96
Le programme permet-il de limiter la transmission des virus ? .....	98
Facteurs pouvant avoir influencé la distribution et la réutilisation de matériel .....	105
Présentation du programme aux donneurs.....	105
Difficulté des usagers de se déplacer .....	107
Réutilisation de matériel d'injection.....	108
Méconnaissances des virus et des moyens de transmission .....	110
3) Le programme : comment l'améliorer.....	111
Points forts du programme.....	112
Points faibles du programme .....	113
Recommandations des donneurs et des usagers pour l'amélioration du programme.....	115
DISCUSSION .....	122
Les bases et la formation des donneurs.....	128
La réalité complexe des usagers .....	129
La distribution de matériel d'injection, pas une simple tâche technique.....	132
La réduction des méfaits, un principe difficile à mettre en application.....	133
Le travail de proximité, un couteau à double tranchant.....	135
Les recommandations et pistes de solutions .....	137
Les forces et les limites de cette recherche .....	142
CONCLUSION .....	146
RÉFÉRENCES .....	151

Appendice A	Canevas d'entretien des donneurs et des usagers .....	159
Appendice B	Fiches signalétiques .....	165
Appendice C	Liste de coordonnées de différentes ressources d'aide .....	169
Appendice D	Feuille de reçu du certificat-cadeau .....	171
Appendice E	Formulaires de consentement.....	173

### *Remerciement*

Bien plus qu'une directrice, Sylvie Hamel a su me guider adroitemment dans ce cheminement académique. Je la remercie pour toutes les conversations qui ont découlé sur d'autres sujets que celui du mémoire et qui ont nourri mon désir de comprendre les comportements humains. L'accompagnement de Mme Hamel m'a permis de mieux comprendre l'être que je suis et celui qui est en voie de devenir. Je crois fortement que ce cheminement aura des répercussions importantes sur différentes sphères de ma vie.

Je tiens à remercier également les membres du comité intersectoriel sur les UDI pour leur collaboration dans ce projet, de même que les participants de ma recherche, particulièrement les usagers du programme qui m'ont accordé leur confiance.

De plus, je tiens à exprimer ma gratitude envers ma conjointe, ma mère et son conjoint, ma sœur et mes amis qui ont su comprendre l'importance que ce projet prenait dans ma vie. J'espère bien maintenant rattraper avec eux, un peu du temps que j'ai pu passer devant mon ordinateur au cours des dernières années. Pour finir, je tiens à dédier ce mémoire à mon père, Jacques Des Ormeaux, décédé durant la réalisation de ce projet, sans qui, je n'aurais jamais eu la force d'aller au-delà de ma première session à l'université.

*Introduction*

Le phénomène de la consommation de drogues par injection est difficilement quantifiable et les chercheurs ne peuvent qu'estimer le nombre de personnes qui ont recours à ce mode de consommation. En outre, l'injection de drogues est généralement désapprouvée et considérée comme porteuse d'un lot de problèmes, notamment la transmission des virus. D'ailleurs, devant l'ampleur des risques de contracter le virus du VIH chez les utilisateurs de drogues par injection (UDI), des actions ont été mises en place, notamment les programmes d'échange de seringues<sup>1</sup> (PES). Ces deniers souscrivent à une approche de réduction des méfaits en voulant fournir du matériel d'injection aux consommateurs afin de limiter la propagation de ce virus. Cependant, la mise en place de tels programmes a suscité bien des oppositions et des stratégies ont été identifiées comme pouvant être nécessaires à la réussite de leur implantation. Étant donné que ces programmes sont généralement contestés, plusieurs recherches se sont penchées sur eux afin d'en vérifier l'efficacité.

Ces programmes (PES) ont été mis en place dans diverses régions du Québec dans le milieu des années 1990. L'évaluation du PES de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec s'est centrée d'abord sur les opérations conduisant à son implantation en 1996 pour ensuite se concentrer sur des éléments d'ordre factuel, par l'entremise d'un

---

<sup>1</sup> Comme dans la plupart des études consultées, nous utiliserons les termes programme d'échange de seringues et particulièrement l'acronyme PES pour nommer ces programmes. Prendre note qu'à Trois-Rivières le programme se nomme Programme de distribution et d'échange de matériel d'injection.

suivi de monitorage. Ces évaluations regroupent des informations pertinentes se rapportant au contexte d'implantation du PES au moment de sa mise en place et à la distribution du matériel d'injection (âge des utilisateurs, nombre de seringues distribuées, nombre de visites dans les sites de distribution, etc.). Elles n'offrent cependant aucune information sur la façon dont est vécu le programme sur le terrain, sur les dynamiques et les processus qui s'y rattachent. Après quelques années de fonctionnement, il est pertinent de vouloir savoir comment se vit concrètement le programme sur le terrain, ainsi que les défis qu'il représente, par l'entremise de la vision qu'en ont les principaux acteurs (donneurs et usagers) concernés.

Le premier chapitre se consacre à la recension de la documentation scientifique qui débute en se rapportant au phénomène de la consommation de drogues par injection, aux caractéristiques des personnes qui en font usage, aux parcours que ces personnes ont traversés les ayant conduites à ce mode de consommation, ainsi qu'aux risques associés à la consommation de drogues par injection. Il fait place ensuite aux défis de l'implantation des PES, ainsi qu'aux études sur leur efficacité. Puis, il se penche sur l'implantation des PES au Québec, et plus spécifiquement dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, ainsi que sur les évaluations dont ils ont fait l'objet. Ce chapitre conclue finalement sur les arguments se rapportant à la pertinence de la recherche que nous avons conduite pour ce mémoire, de même qu'à ses objectifs. Le deuxième chapitre poursuit sur la méthodologie de la recherche, avec ses cadres théoriques, son échantillonnage, ses modalités et ses considérations éthiques. Dans le troisième chapitre

les résultats de l'analyse sont ensuite regroupés. Il comprend trois grandes parties, telles que le défi de l'application du programme, la vision du problème et des objectifs du programme et l'amélioration du programme. Enfin, la discussion s'articule autour de quelques hypothèses visant à expliquer les points de vue très différents que présentent les répondants sur le programme en soi et sur ses modalités d'application. Elle apporte également quelques pistes de solutions pouvant servir à améliorer le programme.

*Documentation des dimensions impliquées dans les PES*

## Consommation de drogues par injection

### *L'ampleur de la consommation par injection*

L'ONU-Sida indique qu'à travers le monde, il y aurait jusqu'à 10 millions d'individus qui consomment des drogues par voie intraveineuse (Roy, Haley., Leclerc, & Boivin, 2005). Selon une estimation qui date de 1996 (Leclerc, Morissette, & Tremblay, 2006), 11 700<sup>2</sup> personnes feraient usage de drogues par injection (UDI) à Montréal. Plus près de nous, soit dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 939 UDI auraient utilisé les services du programme de distribution et d'échange de matériel d'injection (PES) au cours de l'année 2003-2004 (Côté & Drouin, 2007; Côté & Milette, 2004). Mais ce nombre doit être interprété avec précaution puisque la Direction de santé publique le présente comme une sous-estimation du nombre de personnes ayant utilisé les services du programme. La grande majorité des UDI et des utilisateurs de ce service vivraient à Trois-Rivières.

---

<sup>2</sup> 11 700 est une estimation, le nombre d'UDI se situe entre 8500 et 16 500 (intervalle de confiance).

### *Caractéristiques des UDI*

En analysant les résultats de 20 études traitant des PES et\ou de programmes de traitement et de leurs usagers, l'Agence de santé publique du Canada (Gouvernement du Canada, 2002), confirme qu'une grande proportion d'UDI n'ont pas terminé leurs études secondaires et que la plupart sont sans emploi. Au Québec, l'étude du réseau SurvUDI<sup>3</sup> (Roy, Morissette, Alary, & Parent, 2006a) précise que seulement un UDI sur quatre (486 sur 1987 participants) détient un diplôme d'études secondaires. En contrepartie, les UDI qui fréquentent les PES au Québec sont des hommes dans une proportion de 70 % (Noël, Allard & Cloutier, 2007).

Les données de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec (Côté & Drouin, 2007) corroborent ce résultat de l'ensemble du Québec voulant que les hommes soient surreprésentés à titre d'utilisateurs des PES. Cette proportion se serait d'ailleurs maintenue au fil du temps (depuis 1995, elle varie entre 78 et 64 %). En outre, les données de 2006-2007 (Côté & Drouin, 2007) indiquent que la majorité des utilisateurs du PES dans la région sont dans la tranche d'âge des 20 à 29 ans (environ 36 %) et des 40 ans et plus (environ 38 %). Toutefois l'année 2005-2006 aurait marqué une augmentation du nombre de personnes ayant entre 20 et 29 ans, parmi les UDI fréquentant les sites d'échange de matériel d'injection. En fait, c'est depuis 1995 que

---

<sup>3</sup> Implanté en 1995 au Québec, le réseau SurvUDI permet d'obtenir des renseignements sur les UDI et l'évolution des infections (VIH et du VHC) chez cette population. Un questionnaire et des prélèvements de salive sont effectués à la suite du recrutement.

nous observons une variation de l'âge chez les UDI utilisant les services du PES. En 1997-1998, les moins de 20 ans occupent les services à près de 48 % et les 40 ans et plus à près de 8 %. Alors qu'en 2006-2007, les moins de 20 ans sont à près de 5 % et les 40 ans et plus, à près de 38 %. Les études les plus récentes indiquent que la moyenne d'âge des consommateurs de drogues par injection se situe aujourd'hui autour de 30 ans (Noël, Laforest, & Allard, 2007).

#### *Les facteurs conduisant à la consommation de drogues par injection*

Plusieurs facteurs peuvent expliquer comment une personne en vient à s'injecter des drogues. Nous comptons notamment la quête du « buzz<sup>4</sup> », le profil de consommation (la consommation abusive de plusieurs drogues, l'accoutumance à la cocaïne), la détresse psychologique et le sentiment de désœuvrement, l'influence du milieu de la rue et l'influence du réseau relationnel (Roy, Morissette, Haley, Gutiérrez, Rousseau, & Denis, 2006b). À cet égard, les auteurs se sont penchés tout particulièrement sur l'initiation à l'injection de drogues chez les jeunes de la rue de Montréal, pour en conclure que certaines sources d'influence provenant du milieu de la rue et des pairs sont déterminantes dans le passage à l'acte. Par exemple, les nouveaux arrivants dans ce milieu voient parfois l'injection comme un moyen de prouver qu'ils en font partie. Dans ce contexte, l'injection serait ni plus ni moins que le moyen de se faire accepter et d'atteindre une certaine reconnaissance sociale (Roy et al., 2006b).

---

<sup>4</sup> Nous demeurons fidèles aux résultats de cette étude en utilisant le même terme (« buzz ») que les auteurs.

### *Les jeunes au moment de la première injection*

Selon Roy et al. (2005), le taux d'incidence de l'initiation à l'injection chez les jeunes de la rue d'âge mineur se situe à 23,6 par 100 personnes-année. Par ailleurs, le taux d'incidence chez les garçons est semblable à celui que l'on observe chez les filles. Dans cet ordre d'idées, les travaux que Roy et al. (2005) menés auprès de 118 jeunes de la rue sont très éclairants au plan des conditions du passage à l'acte. Ces travaux indiquent d'abord que 51 % des participants ont commencé à s'injecter pendant le déroulement de la recherche, et qu'ils avaient alors 17 ans. Ces jeunes l'ont fait la première fois alors qu'ils étaient dans un lieu public (la rue, un local abandonné, un parc ou un terminus). Il s'avère aussi qu'en s'injectant pour la première fois, seulement 18 % l'ont fait par eux-mêmes. Par ailleurs, au moment de cette première injection, le partage du matériel (la cuillère ou le sac, le filtre et l'eau) aurait été plus fréquent que le partage de la seringue en soi (dans 37,5 % des cas pour l'échange de matériel et 9,4 % des cas pour l'échange de seringue). L'étude montre également que 43 % des jeunes ont alors utilisé un article usagé (seringue ou matériel d'injection). En outre, la seringue que ces jeunes se sont procurée pour leur première injection provenait dans 42,4 % des cas d'un site d'échange de matériel d'injection (d'un ami dans 27,3 % des cas, de quelqu'un qu'ils connaissaient peu dans 12,1 % des cas, d'une pharmacie dans 9,1 % des cas et d'une autre source dans 9,1 % des cas).

*L'évolution vers le milieu et adhésion au mode de consommation par injection*

L'étude québécoise conduite par Noël, Côté, Godin et Alary (2002) auprès de 16 UDI met en évidence les parcours possibles des UDI vers le milieu de la consommation par injection et la prise de risques associée à la transmission des virus. Or, après le passage à l'acte, la récurrence et l'évolution dans ce mode de consommation favoriseraient habituellement la progression et l'adhésion au milieu de la consommation de drogues par injection. Puis, dans cette évolution, il y aurait une diminution progressive de la distance entre les valeurs du milieu et celles du nouveau UDI. Plus la personne s'enfonce, plus les relations qu'elle entretient en dehors de sa consommation s'atténuent pour faire place à la « sous-culture » du milieu de la consommation par injection. Ce faisant, une fois que l'UDI est intégré à ce milieu, il n'est pas uniquement dépendant aux drogues, mais il le devient également envers le milieu. Son attention se tourne vers l'univers de la consommation et la quête du produit de sa consommation. À une certaine étape, les valeurs et les comportements changent, tout comme l'apparence physique et la santé qui ne sont plus une priorité pour lui. L'identification au milieu de la rue et à celui des consommateurs par injection procure à l'individu un sentiment d'appartenance. Bien entendu, ce ne sont pas tous les UDI qui suivent un tel parcours et l'évolution de la consommation de drogues diffère d'un individu à un autre. Il reste toutefois que plus l'individu s'enfonce dans un style de vie axé sur la quête du produit de sa consommation, plus il tend aussi à se marginaliser.

### *La consommation de drogues par injection : une conduite à risque*

L'agence de santé publique du Canada (Gouvernement du Canada, 2006) indique que le partage de seringues au Québec demeure relativement élevé. En 2004-2005, 26,7 % des UDI se seraient injectés avec des seringues usagées au cours des six derniers mois. Selon le guide de l'intervenant (Côté & Milette, 2004), l'UDI qui s'injecte une seule fois avec une seringue contaminée a 30 % de risque de s'infecter pour le virus de l'hépatite C (VHC) et 0,67 % pour le VIH. Selon Roy et al. (2006a) du réseau SurvUDI, l'incidence du VHC chez les UDI participants à l'étude est de 42,8 par 100 personnes par année, tandis que celui du VIH est de 3,4 par 100 personnes par année. Sur un autre plan, ces données indiquent que l'utilisation de matériel d'injection et de seringues usagées est plus fréquente chez les UDI des milieux semi-urbains que chez les UDI de milieux urbains (Roy et al., 2006a).

Les résultats de l'étude récente de Noël et al. (2007b) effectuée auprès de 71 répondants (intervenants et usagers), permettent de mieux saisir les situations pouvant entraîner le partage du matériel d'injection chez les UDI. Ils mettent en évidence que trois facteurs de risque interviennent au premier plan dans le partage de matériel d'injection, soit : « l'accès difficile au matériel d'injection stérile, la fréquentation des piqueuses, de même que la fréquence et le nombre d'injection » (p. 81). Ces facteurs de risque sont ceux que les participants à l'étude ont choisi en priorité, ces derniers étant ceux sur lesquels on se doit d'agir en premier lieu.

En se basant sur des pourcentages provenant de diverses études effectuées au Québec, Noël et al. (2002) précisent que 40 à 64 % des UDI présentent des comportements associés au partage du matériel d'injection et ce, malgré qu'il existe de nombreux sites d'accès à du matériel stérile. La proximité du milieu et le niveau de dépendance sont parmi les variables que Noël et al. (2002) ont soumises à leur étude, estimant qu'elles peuvent potentiellement jouer un rôle important dans la trajectoire des UDI, les conduisant à prendre des risques (partage de matériel) associés à la transmission des virus. Les consommateurs qui débutent ou consomment de façon occasionnelle sont moins susceptibles de contracter une infection par des contacts directs plus restreints avec le milieu. Par contre, les consommateurs qui s'injectent quotidiennement acquièrent, en raison de leur présence constante dans le milieu de la consommation par injection, un style de vie qui augmente les risques de transmission. Ils ont peu de contact en dehors de leur réseau de consommation. Ils se concentrent sur leur approvisionnement en drogues et sur leur consommation. Dans ce contexte, le partage de matériel peut prendre la forme d'un geste d'entraide lorsque les UDI sont en manque de drogues et/ou à cours de matériel d'injection. En revanche, malgré que les UDI se marginalisent à mesure qu'ils augmentent leur consommation, il est également vrai qu'ils deviennent alors de plus en plus préoccupés par la prévention (Noël et al., 2002).

## Les approches en réponse à la consommation de drogues illicites

Selon Witteveen et Schippers (2006), les réponses à la problématique de la consommation de drogues illicites s'inscrivent généralement à l'intérieur de l'une des trois principales orientations que nous décrirons ici brièvement. Cette synthèse nous apparaissait utile pour faciliter la compréhension des actions posées pour faire face à la problématique de la consommation de drogues, injectées ou non, dans notre société.

### *La criminalisation*

Witteveen et Schippers (2006) indiquent donc que la criminalisation est l'une de ces trois orientations, fort répandue qui fait référence à l'interdiction et à l'imposition de sanctions reliées à la possession et la distribution de drogues et de seringues. La criminalisation est présentée par Carrier et Quirion (2003) comme une approche prohibitioniste dont l'objet est le crime. Les conduites criminalisantes sont la culture, la possession, le trafic et l'import export. Avec cette approche, les autorités tentent de limiter l'offre et la demande des drogues, par notamment l'incarcération qui est autorisée par le législateur. La consommation de drogues est ici considérée comme un crime qu'il faut punir.

*La médicalisation*

Selon Witteveen et Schippers (2006), la médicalisation constitue une orientation différente qui définit la problématique de la consommation de drogues comme une maladie qui doit être soignée à l'aide de traitements comme le maintien ou la désintoxication par l'utilisation de méthadone, de même que le traitement psychiatrique. Pour situer cette orientation, Carrier et Quirion (2003) renvoient au concept de symptomatologisation, évoquant de cette manière que l'usage de drogues représente un « symptôme d'exclusion sociale, de troubles intrapsychiques ou de pathologie biomédicale » (p. 3). C'est dire que, dans cette orientation, la consommation de drogues est conceptualisée comme une maladie ou le symptôme d'un malaise social que l'on peut soigner.

*La réduction des méfaits*

Contrairement aux orientations précédentes qui se réfèrent à la pathologie et à l'illégalité, la réduction des méfaits s'inscrit et agit au plan du risque. Witteveen et Schippers (2006) définissent la réduction des méfaits comme une orientation qui « tente de réduire les problèmes de santé reliés à la consommation de drogues, diminuer les décès et atténuer les problèmes que la consommation de drogues entraîne au plan public » (traduction libre, p.835). La consommation de drogues est ainsi considérée comme une

dimension qui fait partie de la vie des gens et l'intervention comme un moyen d'en diminuer les impacts négatifs sur la société.

La notion de réduction des méfaits est apparue au Québec vers la fin des années 1980 (Noël et al. 2007a). À l'époque, cette approche devait aider à contrecarrer la transmission du VIH chez les UDI, situation qui devenait inquiétante. Les programmes de distribution et d'échange de seringues (PES) s'inscrivent donc dans cette orientation et font partie d'une politique de prévention plus large qui tente de limiter la propagation du VIH et des hépatites (B et C) dans la population. Les PES fournissent du matériel d'injection stérile pour limiter la transmission des infections (Carrier & Quirion, 2003).

### Les défis de l'implantation des PES

Apparemment l'implantation des PES aux États-Unis n'est pas chose facile. Depuis 1988, le gouvernement fédéral américain refuse de financer les PES. Le premier PES aux États-Unis a été mis en place secrètement en 1986 à New Haven au Connecticut (Tempalski, 2007). Certains programmes ont par la suite pu bénéficier d'un financement public et d'un soutien des autorités locales. D'autres qui sont financés par le privé ou par des fonds de charité fonctionnent sans l'approbation des autorités locales (San Francisco, Boulder et Portland). Les autres PES fonctionnent sans autorisation et clandestinement. En 2000, 154 programmes d'échange de seringues étaient implantés aux États-Unis (Tempalski, 2007).

### *Le contexte social*

Pour mieux saisir les difficultés d'implantation des PES aux États-Unis, nous avons consulté différentes études traitant de l'opinion publique et des lois. À partir des résultats de ces études, nous tentons de comprendre l'influence que peut exercer le contexte social dans l'implantation des PES.

Une première étude consultée est celle de Verbick, Burris et Strathdee (2003) qui regroupe et analyse le contenu de 14 sondages (effectués aux États-Unis entre 1987 et 2000) et dont les résultats portent sur le soutien ou l'opposition de la population envers les PES. Cette méta-analyse indique que les sondages trahissent des variations importantes au plan des pourcentages représentant les populations qui approuvent l'existence des PES (de 29 à 66 %). Par ailleurs, les auteurs de cette étude constatent que le soutien de la population envers les PES augmente lorsque l'attention est portée sur la santé plutôt que sur les drogues. L'étude de Downing et al. (2005) vient appuyer cette démonstration en indiquant que l'opinion publique à l'égard des PES peut varier selon la manière que le programme est présenté à la population. Or, Verbick et al. (2003) précisent que les termes employés et le sens donné aux questions des sondages ont une influence déterminante dans le choix des répondants. Ces sondages ont été élaborés par plusieurs organisations qui abordent le sujet avec des intérêts et des valeurs différentes. Ainsi, par exemple, le soutien de la population est beaucoup plus élevé dans les

sondages conçus par des organisations de santé publique que dans les sondages conçus par des organismes centrés sur les valeurs familiales. De plus, les différents termes utilisés pour présenter les UDI semblent influencer le pourcentage du soutien de la population envers les PES. Les pourcentages sont plus favorables lorsqu'on utilise des termes comme «utilisateurs de drogues par injection» comparativement à «toxicomanes» ou «ceux intoxiqués avec des drogues illégales». Le soutien local serait plus déterminant en soi que le soutien national pour l'établissement des PES (Verbick et al., 2003). Cependant, l'opinion publique nationale peut influencer l'opinion des politiciens et permettre un renversement de l'embargo du fédéral sur le financement des PES (Vernick et al., 2003).

L'opinion publique a donc été, dans certaines communautés, un obstacle insurmontable à l'implantation des PES (Downing et al., 2005). D'ailleurs, l'échec de l'implantation des PES dans certaines villes aux États-Unis s'explique en partie par la politique conservatrice, l'illégalité des PES, la désapprobation de la population en général, le manque de ressources, la crainte des répercussions négatives des différents acteurs, la politique rigide sur les drogues, de même que les lois favorisant l'établissement des PES qui prennent trop de temps à être acceptées et mises en place.

En contrepartie, une étude de Beletsky, Macalino et Burris (2005) porte sur les attitudes de 14 officiers de police (du département de police de l'état du Rhode Island) face à l'accès aux seringues, à la possession de ce matériel et à la consommation de

drogues. Les résultats de cette étude laissent entendre que les policiers ont peur de contracter une maladie lorsqu'ils doivent intervenir auprès des UDI. Apparemment, ces policiers ne sont pas formés pour faire face aux situations à risque, ce qui fait en sorte que devant de telles situations dans la rue, ils sont alors influencés par leurs attitudes face à la consommation de drogues, aux consommateurs, de même que par leur opinion sur la politique sur les drogues et les traitements réservés aux UDI. Les chercheurs précisent qu'en règle générale les officiers de police ne connaissent pas non plus les lois concernant la possession de seringues et que lorsqu'ils la connaissent, cela ne change pas leurs comportements dans le cadre de situations se présentant dans la rue. Les policiers qu'ils ont interviewés n'auraient d'ailleurs pas changé leur façon d'opérer dans les milieux depuis la modification apportée à la loi en septembre 2000 stipulant que la possession de seringues n'est plus illégale.

Sur la question législative, l'étude de Martinez et al. (2007) soulève l'incohérence dont fait preuve la Californie face à l'opérationnalisation des PES. Les PES auraient été mis en opération et légalisés sans que, pour sa part, la possession de seringues non prescrites le soit. Dans cette foulée, les auteurs font remarquer que les chances de se faire arrêter chez les UDI qui fréquentent les PES ont augmenté. Une autre étude récente (Rich et al., 2007) conduite auprès d'une cohorte de patients en désintoxication compare le partage de seringues parmi les UDI du Rhode Island (247 patients) et ceux du Massachusetts (226 patients). Celle-ci met en évidence que les patients du Rhode Island auraient nettement moins procédé au partage de seringues que ceux du Massachusetts.

Ces résultats seraient reliés en partie à la légalisation de la possession de seringues non prescrites au Rhode Island depuis 2000 (interdit au Massachusetts jusqu'en 2006). En résumant, bien que la législation joue un rôle important dans l'implantation des PES, l'accès et le partage de seringues, le succès de ces programmes sera mitigé tant que les autorités policières n'auront pas saisi leur fonction.

*Les modèles et stratégies de réussite à l'implantation des PES*

Aux États-Unis, le degré de réussite de l'implantation d'un PES diffère selon les communautés et des caractéristiques propres à chacune d'entre elles (Downing et al., 2005). D'ailleurs Tempalski (2007) souligne des dispersions importantes dans la localisation des PES aux États-Unis. La majorité des PES se situent dans les régions du nord-est, du nord-ouest et de l'ouest. Peu de PES sont implantés dans les régions du sud et du mid-ouest des États-Unis. Cette auteure identifie trois caractéristiques des localités pouvant l'expliquer, soit les contraintes structurelles; la distance sociale<sup>5</sup> entre les UDI et les services donnés, de même que les actions locales<sup>6</sup>. Les obstacles seraient donc différents selon les communautés et le succès de l'implantation proviendrait d'une combinaison entre trois modèles d'implantation, le premier misant sur la coalition communautaire, le second sur l'action sociale (activisme) et le dernier, sur le leadership des autorités gouvernementales (Downing et al., 2005). Pour parvenir à leur fin, les

---

<sup>5</sup> Rejoint le concept de différence, lié aux croyances morales des cultures locales, qui alimente la stigmatisation et qui peut reporter l'établissement des programmes de prévention.

<sup>6</sup> La combinaison d'efforts d'individus, d'organisations et de réseaux visant à faciliter le succès de l'implantation de programmes de prévention auprès des UDI dans les localités aux États-Unis

acteurs de chaque type de modèle s'inspirent donc d'approches différentes, mais néanmoins toutes reconnues dans le domaine du développement communautaire, soit la concertation, la conscientisation et l'approche scientifique du *planning social* (Lamoureux, Lavoie, Mayer, & Panet-Raymond, 2002). Downing et al. (2005) ajoutent toutefois que peu importe le modèle et l'approche utilisée, six stratégies de mobilisation des acteurs demeurent déterminantes dans la réussite de l'implantation des PES. Voici plus en détails ces six stratégies :

1) *Ouverture d'un débat sensible aux normes politiques et culturelles.* Dans cette optique, plusieurs moyens sont pris pour s'ajuster aux différentes localités (un message spécifique en fonction de l'audience, un débat ouvert conduit dans le respect avec des individus pour et contre le programme, l'acquisition progressive du soutien des villes sans que celle des élus ne soit rendue publique). Le discours ajusté aux valeurs des différents groupes permet d'augmenter les chances que les PES soient acceptés par la communauté. Avec une telle stratégie, le projet est présenté à l'État comme une possibilité de sauver de l'argent et aux groupes religieux, comme un moyen d'aider les plus démunis. Dans certaines villes, les projets d'implantation des PES sont appuyés par des élus, sans qu'ils ne l'affirment publiquement. Ce moyen est utilisé pour éviter que le soutien donné par les élus soit mal interprété par ceux qui s'opposent aux PES. Ainsi, ils évitent la mauvaise publicité et conservent leur image publique.

2) *Construction de coalition et implication de la communauté.* Une consultation auprès des acteurs de la communauté à chaque phase dans le processus d'implantation serait un autre facteur important dans l'acceptation et la réussite de l'établissement des PES. Les acteurs de cette stratégie tentent de travailler avec les groupes en opposition aux PES plutôt que d'utiliser une approche offensive. Cependant, les efforts ne sont pas concentrés sur les individus dont la position ne peut pas changer, mais plutôt auprès de ceux qui sont susceptibles d'être convaincus de ne pas bloquer le projet.

3) *Le leadership.* La présence d'un ou deux leaders, qui ont accès à des ressources et au pouvoir local, constitue également un élément clé dans l'établissement des PES.

4) *Accès aux ressources.* Le manque et la difficulté d'accéder aux ressources représentent un problème que vivent généralement les organisations d'action sociale. Leurs habiletés à négocier ou à influencer ceux qui prennent les décisions facilitent les opérations des PES, ce qui renforce leur légitimité et ainsi, augmente le soutien public.

5) *Surmonter la peur des répercussions politiques.* La peur d'une réaction négative de l'opinion publique s'est avérée bien souvent être un obstacle important dans les villes qui n'ont pas réussi l'implantation des PES. Les craintes touchaient à plusieurs sphères d'activités se rapportant à différents membres de la communauté. La peur de perdre leur emploi pour les employés de la santé publique, leur élection pour les politiciens, leur financement pour d'autres programmes s'adressant aux usagers de drogues, la peur

d'être arrêtés pour les activistes, de même que la peur des conséquences liées au climat politique très conservateur. Dans ces villes, il n'y avait donc pas d'efforts de promotion du PES par les employés de la santé publique et aucun soutien de la part du gouvernement local conservateur pour la prévention du VIH parmi les toxicomanes.

6) *Chercheurs et résultats de recherches.* Enfin, les études sur l'incidence du VIH parmi les UDI et les résultats d'autres recherches portant sur l'efficacité des PES pour contrer sa propagation constituent un moyen de légitimer l'implantation des PES.

### L'efficacité des PES

Nous abordons cette partie en soulignant en premier lieu que la plupart des études visant à mesurer l'efficacité des PES présentent des limites importantes, tel que souligné par plusieurs auteurs. À ce sujet, Bastos et Strathdee (2000) soulèvent que des aspects importants, affectant le fonctionnement et l'évaluation des PES, n'y sont généralement pas traités. Leurs recommandations indiquent que des dimensions individuelle, microsociale et macrosociale devraient toutes être considérées à la fois et que les devis d'évaluation devraient combiner les méthodes qualitative et quantitative pour pouvoir analyser les effets directs et indirects des PES. Quoi qu'il en soit et en dépit de ces limites, les résultats de ces études fournissent néanmoins un aperçu de l'efficacité des PES que nous considérons dans les paragraphes suivants.

### *La prévalence du VIH et comportements à risque*

L'étude de MacDonald, Lawa, Kaldor, Hales et Dore (2003) regroupe des données d'origines variées comparant des villes (99 villes provenant d'Asie, d'Australie, du Canada, d'Europe, d'Amérique du Sud, du Royaume-Uni et des États-Unis) où des PES sont implantés et d'autres, n'offrant pas un tel service. Les résultats indiquent que les villes qui ont implanté des PES voient leur taux de prévalence du VIH diminuer de 18,6 % par année, tandis que les villes ne bénéficiant pas de ce service connaissent plutôt une augmentation annuelle de 8,1 %. Ces données rejoignent d'ailleurs les résultats de plusieurs autres études qui soulignent que les PES sont efficaces pour réduire la transmission du VIH ou les comportements à risque chez les UDI (Cox, Lawless, Cassin & Geoghegan, 2000; Hurley, Jolley & Kaldor, 1997; Monterroso et al., 2000). En outre, une méta-analyse (Wodak & Cooney, 2004) traitant des résultats de 48 études (de 1989 à 2002) portant sur l'efficacité des PES montre qu'un grand nombre d'études présentent des résultats positifs. De ces 48 études, 33 évaluent l'efficacité des PES par l'entremise des comportements à risque associés au VIH. De ce nombre, 29 études nous apparaissent particulièrement pertinentes puisqu'elles se concentrent plus spécifiquement sur le partage ou la réutilisation de seringues. Or, 23 de ces 29 études indiquent que les comportements à risque (partage de seringues) associés au VIH diminuent ou sont moins présents chez les UDI qui utilisent les services des PES. Une seule étude présente des résultats négatifs, montrant que l'utilisation fréquente des PES est associée au partage de seringues.

En outre, les auteurs font l'analyse spécifique de six<sup>7</sup> études en lien avec d'autres comportements à risque associés au VIH. Elles offrent différents résultats reliés notamment à la fréquence d'injection (une étude montre en ce sens des résultats positifs), au taux de retour de seringues (trois études montrent en ce sens des résultats positifs et deux autres, des résultats non concluants). En fait, quelques études seulement obtiennent des résultats négatifs, dont trois sont canadiennes, deux se déroulant à Montréal (Bruneau et al., 1997) et l'autre à Vancouver (Strathee et al., 1997). Les résultats de ces trois études suggèrent notamment que les usagers des PES auraient plus de risques de contracter le VIH que les UDI qui n'utilisent pas les PES.

#### *La combinaison des stratégies pour réussir à réduire la transmission des virus*

L'objectif de l'étude que Van Den Berg, Smit, Brussel, Coutinho et Prins (2007) ont mené à Amsterdam (de 1985 à 2005, n = 1276) a permis d'analyser l'impact des programmes de réduction des méfaits sur l'incidence du VIH et du VHC. Les résultats indiquent que la transmission du VIH et du VHC peut être réduite de façon significative seulement lorsque la méthadone<sup>8</sup> et les PES sont utilisés conjointement. Les auteurs précisent que l'utilisation unique de l'une ou l'autre de ces stratégies de réduction des

---

<sup>7</sup> Les études qui sont analysées dans cette recension des écrits traitent de plusieurs comportements à risque. Certains auteurs ont plus d'un résultat et ces études sont utilisés plus d'une fois. C'est pour cette raison qu'on obtient plus de 33 études si l'on compile les résultats positifs et négatifs de toutes les études.

<sup>8</sup> Les auteurs de cette étude placent le traitement à la méthadone comme stratégie en réduction des méfaits plutôt qu'en médicalisation.

méfaits n'est pas suffisante pour limiter la propagation rapide des infections transmissibles par le sang. Ils suggèrent la combinaison de ces deux stratégies.

La documentation comporte d'autres études dont les résultats rapportent des éléments pouvant nous informer, d'une certaine manière, sur l'efficacité des PES. L'étude récente de Bluthenthal, Anderson, Flynn et Kral (2007), effectuée en Californie auprès de 1577 usagers recrutés dans 24 PES (de 2001 à 2003), tente notamment de déterminer si une proportion suffisante de seringues est associée aux comportements d'injection à risque (pour le VIH). Les auteurs indiquent que lorsque la quantité de seringues distribuées à un individu est au-delà de ce qu'il a besoin, le risque de partager les seringues est moindre. Ces auteurs calculent le nombre de seringues nécessaires au besoin de l'UDI ainsi que le nombre de seringues obtenues et le traduisent par un pourcentage. Dans cette foulée, ces derniers indiquent que lorsque ce pourcentage est à 150 % (l'UDI reçoit une demi fois plus de seringues que ses besoins) et plus, les usagers sont alors moins susceptibles de partager leurs seringues que lorsqu'ils ont moins de seringues en réserve. Les auteurs concluent qu'une quantité suffisante de seringues est fortement associée à des comportements sécuritaires d'injection.

En contrepartie, les résultats de l'étude Heinzerling et al. (2006) effectuée en Californie, auprès de 560 usagers recrutés dans 23 PES, nous conduisent quant à eux vers un questionnement sur les services offerts aux UDI (participant ou non aux PES). Lors de la collecte de données, qui s'est étalée sur une période de 6 mois, 49 % des UDI

n'avaient reçu aucun service lié à la prévention et parmi ceux ayant reçu un tel service, seulement 13 % avaient pu bénéficier des services recommandés de prévention, ces services ayant été offerts principalement dans le cadre des PES. Les services recommandés de prévention par les auteurs se divisent en deux catégories. Ils comptent, d'une part, les services reliés au test de dépistage des virus, des infections transmissibles sexuellement, de la tuberculose et la vaccination (*screening services*) et, d'autre part, les services reliés au suivi visant à accompagner les usagers notamment dans leur consommation (injection, drogues, surdoses) (*counseling services*). Ces observations amènent les auteurs à considérer le rôle important que jouent les PES au plan de la prévention et à recommander que les services de prévention auprès des UDI qui utilisent les PES soient augmentés. Cette idée serait d'ailleurs renforcée par le fait que les UDI ayant participé à leur étude préféreraient recevoir des services provenant des PES plutôt que d'autres fournisseurs. La façon de délivrer les services serait donc une dimension importante, agissant directement sur la satisfaction des UDI. Dans cette perspective, les auteurs recommandent que les autres fournisseurs, agissant en dehors des PES, s'inspirent de l'approche de réduction des méfaits sur laquelle s'appuient les PES pour améliorer la qualité de leurs services de prévention.

## Les autres stratégies reliées à la réduction des méfaits

### *Les machines distributrices*

Islam et Conigrave (2007) indiquent que plusieurs pays utilisent des machines distributrices de seringues, à titre de complément des PES. Les auteurs nous informent en effet qu'il y aurait actuellement 673 machines installées dans 14 pays. Le fonctionnement de ces machines est simple. L'usager utilise une pièce de monnaie ou des seringues usagées pour obtenir du matériel stérile de la machine. En Australie (115 machines), on peut se procurer ce matériel stérile à l'aide d'une pièce de monnaie ou encore gratuitement, sans devoir rapporter de seringues usagées. Dans leur analyse, les auteurs considèrent les avantages et les désavantages reliés à l'utilisation de ce mode de distribution. Parmi les avantages, ils comptent : l'accessibilité à toute heure, la proximité (particulièrement intéressant pour les personnes habitant loin d'un site distributeur), l'accès non stigmatisant, l'anonymat, la réduction du partage de matériel, la disposition sécuritaire des seringues usagées, de même qu'un rapport coût-efficacité avantageux. Par contre, l'utilisation de ces machines serait reliée à un désavantage qui, pour sa part, découle d'une diminution des contacts avec le personnel des PES, des gens que les UDI peuvent en principe consulter lorsqu'ils en éprouvent le besoin ou ont des questions à poser. Les auteurs estiment toutefois qu'en dépit de ces dernières considérations, les machines distributrices demeurent un moyen permettant de faciliter l'accès à du matériel stérile et par conséquent, servant à prévenir la transmission des virus.

### *Les seringues rétractables*

Le tollé que soulève le problème des seringues à la traîne, aura conduit à la fabrication d'un nouveau type de seringues. Les seringues rétractables qui sont munies d'un dispositif voulant qu'après une injection, l'aiguille de la seringue se rétracte à l'intérieur de la seringue. Kermode, Harris et Gospodarevskaya (2003) tentent donc d'analyser l'impact que pourrait avoir l'utilisation de telles seringues. D'entrée de jeu, ils estiment que cette avenue est fort intéressante étant donné qu'elle vient écarter toute possibilité de piqûre accidentelle. Mais, dans le cadre de leur analyse, les auteurs indiquent que les études portant sur les piqûres accidentelles provenant de seringues à la traîne (seringues conventionnelles) ne rapportent toutefois que très peu de cas de transmission de virus qui soient reliés directement à ces piqûres. De tels résultats ne favoriseraient pas l'utilisation répandue de ces nouvelles seringues dont le coût s'avère nettement plus élevé que celui des seringues conventionnelles. Les auteurs évoquent également la possibilité que les seringues rétractables soient aussi laissées à la traîne, sans doute encore plus que les seringues conventionnelles, les utilisateurs sachant qu'elles constituent moins de risques pour la santé de la population. Toutefois, malgré que les aiguilles soient rétractables, les risques de transmission du virus demeurent présents, selon les auteurs. Ils expliquent que ces seringues peuvent aussi être partagées lorsqu'elles sont en nombre insuffisant. En de telles circonstances, il arrive donc que les usagers introduisent une plus grande quantité de drogues dans la ou les seringues

restantes pour que chacun puisse avoir sa dose avant que l'aiguille ne se rétracte. C'est dire que, contrairement aux seringues conventionnelles, les seringues rétractables ne peuvent pas être nettoyées avant qu'elles ne soient utilisées par un autre usager. Pour l'ensemble de ces raisons, Kermode et al. (2003) arrivent à la conclusion qu'il est peu probable que les seringues rétractables soient introduites dans les PES, d'autant plus que l'impact de l'utilisation de ces seringues sur la transmission des virus chez les UDI n'a pas encore été documenté.

#### *Le site d'injection supervisé de Vancouver*

En contrepartie, il existe des sites d'injection supervisée, qui en fait sont des endroits où les UDI peuvent se procurer du matériel d'injection stérile et s'injecter des drogues sous supervision. Par l'entremise de ces sites, les UDI peuvent également recevoir des soins médicaux, être conseillés et orientés vers des services de traitement et de santé. Il y aurait actuellement 70 sites dans le monde, situés dans six pays (Gouvernement du Canada, 2008).

Autrefois le « Downtown Eastside » de Vancouver était un quartier ouvrier composé de logements peu coûteux destinés aux ménages à faible revenu. Lorsque l'économie a commencé à ralentir, ce quartier est devenu l'épicentre de la consommation de drogues à Vancouver (Wood et Kerr, 2006). En 2000, la ville de Vancouver adopta la «Four Pillars approach». Cette approche s'établit sur quatre volets (prévention, traitement, lois

et réduction des méfaits) et se veut une réponse aux problèmes de santé publique découlant de la consommation de drogues illicites (Macpherson, Mulla, & Richardson, 2006). Le premier site d'injection supervisée en Amérique du Nord s'est inspirée directement de cette approche et a ouvert ses portes le 12 septembre 2003. Selon Tyndall et al. (2006), l'apparition de ce site est le résultat d'efforts de militants et de groupes de consommateurs de drogues désirant voir la situation changer. Or, ce site comprend du personnel clinique et non clinique. Ses heures d'ouverture sont de 10h00 à 4h00. Douze emplacements sont disponibles pour l'injection pour une capacité totale de 850 injections par jour. Environ 600 injections supervisées s'y effectuent chaque jour (Vancouver CoastalHealth). Entre le 10 mars 2004 et le 30 avril 2005, 4 764 personnes différentes se sont enregistrées sur ce site (Tyndall et al., 2006). Parmi elles, 2171 ont été référées à des ressources visant à leur venir en aide. Durant cette période, 273 surdoses sont survenues sans qu'aucun individu n'en décède.

Pour que *Insite* puisse ouvrir ses portes, il aura fallu une exemption de l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (Gouvernement du Canada, 2010). Or, l'article 56 stipule que:

S'il estime que des raisons médicales, scientifiques ou d'intérêt public le justifient, le ministre peut, aux conditions qu'il fixe, soustraire à l'application de toute ou en partie de la présente loi ou de ses règlements, toute personne ou catégorie de personnes, ou toute substance désignée ou tout précurseur ou toute catégorie de ceux-ci. (Gouvernement du Canada, 2010, p. 41)

Obtenue en 2003, cette exemption prend fin toutefois en juin 2008. Comme le gouvernement conservateur de Stephen Harper n'a pas l'intention de la renouveler, le Portland Hotel Service Community Services (PHS), l'organisme responsable de la gestion du site décide alors de s'adresser aux tribunaux pour maintenir le site ouvert (Cornellier, 2009). Dans cette affaire, la cour supérieure de la Colombie Britannique a finalement statué, qu'en vertu de la Charte, le site *Insite* offrira un service de santé auquel les toxicomanes ont droit. Le verdict du juge rapporte que cette loi fédérale est inconstitutionnelle et que le sort d'*Insite* constitue un enjeu de santé publique, relevant de la responsabilité provinciale. Le gouvernement du Canada, qui avait un an pour modifier la loi, amène plutôt ce jugement en appel (Cornellier, 2009).

### L'implantation des PES au Québec

Outre ces considérations sur ces pratiques qui se déploient en dehors du Québec, nous décrivons maintenant, plus près de nous, le contexte d'implantation du programme d'échange de seringues à Trois-Rivières en 1995. Ces informations proviennent de documents de l'époque fournis par l'Agence de Santé et de Services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (anciennement Régie régionale de la santé et des services sociaux Mauricie Bois-Francs).

### *L'ampleur et inquiétude devant la présence du VIH chez les UDI*

Les rapports du Gouvernement du Québec (1994) et de Janelle et Marchand (1995) évoquent donc que les UDI constituent le deuxième groupe le plus souvent touché par le sida, les hommes homosexuels étant le premier groupe. Dans cette foulée, on y indique également que 40 % des cas de sida, sur la côte Est américaine, sont associés à l'usage de drogues par injection. Pour certains pays en Europe de l'Ouest, ce pourcentage se rapproche de 50 %. Les deux tiers des femmes ayant reçu un diagnostic de sida aux États-Unis étaient UDI ou ont été infectées à la suite de relations sexuelles avec des UDI (Gouvernement du Québec, 1994; Janelle & Marchand, 1995).

Au Québec, plus particulièrement à Montréal, on craint que le taux de séropositivité (observé depuis 1991) chez les UDI dépasse le seuil critique de 10 % identifié par des experts internationaux. Ceci pourrait diminuer considérablement les chances de contenir l'épidémie. En 1991, la séroprévalence fut évaluée à 18 % à la clinique de l'Hôpital Saint-Luc et à 13 % à Cactus-Montréal. Le potentiel de transmission de UDI à non UDI lors de relations sexuelles et de la transmission materno-fœtale fait aussi partie de la menace et de l'inquiétude à l'époque (Gouvernement du Québec, 1994). En outre, d'autres données indiquent une augmentation des cas diagnostiqués de sida au Québec, de l'ordre de 0,4% (des cas de sida étant UDI) avant 1987, de 1,5 % de 1987 à 1990 et de 4,7 % de 1990 à 1992 (Gouvernement du Québec, 1994; Janelle & Marchand, 1995). L'augmentation est plus marquée chez les femmes, atteignant 17,4% (des cas de sida

étant UDI) de 1990 à 1992. Dans la région Mauricie—Bois-Francs, cinq des 54 cas de sida déclarés sont liés à l'injection des drogues (dans certains cas, un autre facteur pouvant être combiné comme cause de l'infection). Les cas d'hépatite B chez les UDI sont passés de 9% en 1990 à 22,5% en 1992.

### *Les PES au Québec*

Un mouvement de prévention du VIH auprès des toxicomanes s'est donc amorcé en 1989, dans plusieurs régions du Québec. La raison initiale était que le matériel d'injection était difficilement accessible pour ces clientèles. Les intervenants québécois adoptent des paradigmes d'intervention qui ont vu le jour en Europe, où des projets variés et innovateurs, s'adaptant aux besoins des clientèles en fonction des ressources disponibles sont nés. Le Québec comptait en 1994, 166 centres désignés comme site où les UDI pouvaient aller se procurer des seringues (Gouvernement du Québec, 1994). C'est donc dans cette foulée que le programme de distribution et d'échange de seringues (maintenant programme de distribution et d'échange de matériel d'injection) a été mis en place à Trois-Rivières en 1995.

Des informations plus récentes encore, indiquent qu'à la fin de l'année 2008, il y a au Québec 913 centres d'accès au matériel d'injection (CAMI) répartis dans 16 des 18 régions sociosanitaires. Les CAMI sont les endroits qui offrent du matériel d'injection, soit : des pharmacies (59 % des centres d'accès), des CLSC (28 %), des hôpitaux (5 %),

des organismes communautaires (7 %) et autres services (1 %). Dans 63 % des cas, ces centres offrent les seringues gratuitement tandis que 53 % en vendent. La récupération du matériel se fait dans 94 % des cas. Il y aurait eu 1 522 999 seringues distribuées gratuitement au Québec entre avril 2007 et mars 2008 (Gouvernement du Québec, 2009).

### *Les enjeux actuels*

À l'heure actuelle, les CAMI distribuent du matériel d'injection stérile aux UDI dans le but de diminuer la transmission des virus. Pour ce faire, une quantité suffisante de matériel d'injection doit être fournie à l'ensemble des UDI pour permettre d'atteindre ce but. Or, Leclerc et al. (2006), dont l'étude porte sur la quantité nécessaire de seringues à distribuer à Montréal, affirment qu'il y a moins de 10 % des besoins des UDI en matériel d'injection qui sont comblés à Montréal. Un article de l'Institut national de santé publique (Noël et al., 2007a), qui analyse des données statistiques (d'avril 2005 à mars 2006) sur les services relatifs aux programmes de prévention des virus offerts aux UDI du Québec, soulignent aussi cet écart entre les besoins des UDI et la quantité de matériel distribué. En contrepartie, les auteurs de cet article rapportent une augmentation importante, dans les deux dernières périodes à l'étude, de la quantité de matériel distribué (principalement en région). Malgré cela, l'Institut national de santé publique (Gouvernement du Québec, 2009), qui compare la quantité de seringues distribuées dans

les différentes provinces canadiennes, indique que le Québec doit améliorer l'accessibilité au matériel d'injection.

Les articles de Leclerc et al. (2006) et de l'Institut national de santé publique (Noël et al., 2007a) identifient un certain nombre de facteurs pouvant expliquer cet écart entre les besoins des UDI et la quantité de matériel distribué. Leclerc et al. (2006) indiquent notamment que jusqu'en 1996, il y avait un nombre limite de seringues qui étaient distribuées, généralement 15 par personne, par jour. La politique de distribution voulait aussi que le nombre de seringues données corresponde au nombre de seringues rapportées. À la même époque, de nouvelles directives de l'Agence de la santé publique de Montréal ont voulu toutefois faire augmenter la quantité de seringues distribuées. Celles-ci ne préconisaient aucune limite, mais plutôt que les UDI reçoivent autant de seringues qu'ils en avaient besoin, sans exiger non plus que les seringues soient rapportées. Ces auteurs remarquent cependant qu'à partir de 1998-1999, la quantité de seringues distribuées a cessé d'augmenter, ceci sans doute parce que les consignes n'étaient pas ou peu respectées. Plus fondamentalement, cette situation serait peut-être due à la crainte que cette politique entraîne une augmentation des seringues à la traîne, et qu'elle limite l'intervention auprès des UDI qui se présenteraient ainsi moins souvent aux sites de distribution. Selon les auteurs, il est également possible que de leur côté, les UDI demandaient moins de seringues dans le but de contrôler leur consommation, qu'ils craignaient aussi de se faire prendre par la police avec autant des seringues sur soi. Par conséquent, Leclerc et al. (2006) et l'Institut national de santé publique (Noël et al.,

2007a) recommandent que les intervenants soient formés et mieux informés afin qu'ils distribuent davantage de seringues.

Au-delà de la formation et de l'information à donner aux acteurs du programme, l'Institut national de santé publique (Noël et al., 2007b) soulève que le développement des PES demeure en soi un défi de taille en raison notamment de l'impopularité de ces programmes et des plaintes des citoyens, rappelant ainsi que les facteurs expliquant les difficultés reliées à la distribution du matériel d'injection au Québec sont nombreux et proviennent de différentes sources, tant internes (les donneurs et les usagers eux-mêmes) qu'externes aux PES (la communauté).

#### *L'objectif principal du programme et son évolution*

Le projet UDI-région 04 fut réalisé grâce à une subvention du Centre québécois de coordination sur le sida (CQCS) dans le cadre du programme *Les projets d'intervention terrain pour la prévention du sida et des autres MTS* (Janelle & Marchand, 1995, p. 8). En 1995, l'objectif principal du PES de la région Mauricie-Bois-Francs (maintenant région de la Mauricie et du Centre-du-Québec) est de : « Rendre accessible à la clientèle utilisatrice de drogues injectables, des seringues neuves et des condoms, dans le but de limiter la transmission du VIH chez cette clientèle et leurs proches » (Janelle & Marchand, 1995, p. 9). L'objectif du programme reste le même dans la version du guide de l'intervenant, parue en 1998 (Côté & Milette, 1998). Il changera toutefois dans la

version parue en 2000, pour inclure la prévention des virus de l'hépatite. L'objectif se formule donc désormais de la façon suivante : « Rendre accessible à la clientèle utilisatrice de drogues injectables, du matériel d'injection stérile et des condoms, dans le but de limiter la transmission du VIH et des hépatites chez cette clientèle et leurs proches » (Côté & Milette, 2000, p. 7). Les raisons expliquant ces changements apportés à l'objectif, n'apparaissent toutefois que dans la version du guide, parue en 2004. Dans cette version de 2004 et même celle de 2007 (Côté & Drouin, 2007; Côté & Milette, 2004), l'objectif est cependant demeuré le même qu'en 2000.

#### *La problématique émergeante du virus de l'Hépatite C (VHC)*

Dans la version du guide, parue en 2004 (Côté & Milette, 2004), on démontre l'importance de porter une attention particulière au partage du matériel servant à la préparation de la consommation de drogues par injection. On y rapporte un pourcentage élevé d'infections des hépatites B (48 %) et C (72 %) chez les UDI (études effectuées à Montréal en 1999). De plus, d'autres données indiquent une prévalence de 90 % d'infection de l'hépatite C chez les UDI qui ont fait l'usage continu de drogues par injection sur une période de cinq ans. Le taux de prévalence serait de 68 % chez les UDI qui ont fait l'usage continu de drogues par injection sur une période de 6 à 12 mois, ce qui démontre que l'infection chez les nouveaux UDI se transmet bien souvent en quelques mois seulement. Le risque d'infection pour l'hépatite C (lors d'une seule

injection avec une aiguille contaminée) est beaucoup plus élevé que pour la transmission du VIH (30 % contre 0,67 %).

Devant l'ampleur des infections décelées chez les UDI, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) tente de freiner l'épidémie en réorientant (en 2003) les efforts de prévention vers le matériel utilisé dans la préparation de l'injection de drogues, alors que les efforts se concentraient autrefois essentiellement sur l'accès aux seringues neuves (Côté & Milette, 2004). Par conséquent, du nouveau matériel d'injection (eau stérile, filtres, contenants de dilution et contenants de récupération individuels) est distribué dans la région de Trois-Rivières depuis novembre 2003. À partir de cette date, seules des trousses sont distribuées. Ces trousses contiennent un petit sac de plastique blanc renfermant quatre seringues, trois condoms, quatre tampons d'alcool, quatre « stéricups », quatre ampoules d'eau stérile et un dépliant explicatif décrivant comment s'injecter de façon sécuritaire (Côté & Drouin, 2007; Côté & Milette, 2004). Aujourd'hui, ces trousses ne constituent plus toutefois le seul matériel qui soit distribué, puisque la dernière version du guide (Côté & Drouin, 2007) indique que les intervenants peuvent distribuer du matériel à l'unité (pour les seringues, les ampoules d'eau et les tampons d'alcool). Les trousses demeurent cependant privilégiées.

## Les évaluations du PES de Trois-Rivières

Pour mieux comprendre le contexte d'implantation de l'époque et l'évaluation du PES de la région 04, nous présentons maintenant certains éléments pertinents à notre démarche qui sont contenus dans un rapport d'évaluation diffusé en 1996 dans le cadre d'un projet d'évaluation des PES au Québec proposé par le MSSS.

### *Le rapport d'évaluation de 1996*

Le rapport d'évaluation de 1996 de Tétreault et Janelle fait état des actions qui ont été mises en place par la Direction de la santé publique pour l'implantation du programme dans la région. Ainsi, il y aurait eu au départ une démarche de mobilisation (de juillet 1994 à décembre 1994) conduisant à la rencontre des responsables des différents organismes et des établissements pour les informer et pour vérifier leur intérêt à participer à ce projet. Ensuite, un comité d'implantation fut créé lors d'une rencontre qui regroupait six centres hospitaliers, six CLSC et neuf organismes communautaires. Les services policiers (municipaux et Sûreté du Québec) qui ont également été rencontrés ont assuré, pour leur part, que la clientèle des sites du PES n'allait subir aucune répression. Cependant, aucun usager et aucune personne représentant la clientèle ne furent consultés ou impliqués dans ce processus.

Des discussions ont également été tenues sur les rôles des acteurs du programme, qui devaient être compatibles avec la mission des organismes et des établissements. La Direction de la santé publique avait pour responsabilité d'appliquer le plan d'action et de coordonner la mise en place du programme. Les différents organismes et établissements ont participé, à différents degrés, à l'opérationnalisation et à la gestion des budgets. Les auteurs du rapport soulignent que ce processus d'implantation, regroupant les différents acteurs concernés, fut sans aucun doute contributif au fait qu'il n'y ait eu que très peu de contestation lors de la mise en place du programme (Tétreault & Janelle, 1996). Les UDI, absents dans cette démarche, se sont vus assignés le rôle de respecter les lieux ainsi que les intervenants et de rapporter leurs seringues souillées.

Lors de l'implantation du programme, différentes contraintes ont été soulevées par les auteurs tels que la difficulté à quantifier les besoins en matériel d'injection compte tenu de l'impossibilité de prédire le nombre d'UDI susceptibles de participer à ce programme. Il y avait aussi la méfiance envers les UDI constituant un obstacle à l'adhésion au PES, les craintes reliées à l'inexpérience auprès des UDI, la réaction des autres clients et l'attitude des UDI, la convenance sociale de ce service, l'accès des mineurs au programme et le traitement des seringues récupérées. Pour régler ces contraintes, différentes actions ont été mises en place, notamment la constitution de 1000 trousse de matériel d'injection et leur répartition dans les sites de la région, des rencontres de formation qui ont permis de joindre 100 personnes, de même qu'un guide produit à l'intention de chaque intervenant participant au PES.

Le refus des centres hospitaliers de soins de courte durée (CHSCD) de Trois-Rivières d'adhérer au programme et l'opposition des médecins du CHSCD du Cap-de-la-Madeleine (malgré l'engagement de l'établissement) constituent cependant deux obstacles auxquels le comité d'implantation a été confronté. Ceci n'est sans doute pas étranger au fait que, dans la conclusion de ce rapport, les auteurs indiquent que l'ajout d'un site dans un CHSCD de Trois-Rivières permettrait que l'objectif principal de ce projet puisse être atteint, celui-ci étant d'implanter un programme qui assure un accès aux seringues 24 heures par jour et sept jours sur sept aux UDI de la région. Ils évoquent également que la récupération des seringues devrait être bonifiée. À ce moment, six autres CHSCD, dix centres locaux de services communautaires (CLSC) et deux organismes communautaires sont venus se joindre au programme en offrant le service de distribution de matériel d'injection dans la région.

L'évaluation du PES de Trois-Rivières s'est fait aussi par la compilation de données de monitorage. Ces données, fournies par les sites d'accès au matériel d'injection, se rapportaient à l'âge et au sexe des utilisateurs, au nombre de trousses données et de seringues rapportées, au fait que l'usager en soit ou non à sa première visite, qu'il demande une référence ou des tests de dépistage. Au cours de la première année du programme, les sites ont reçu 273 demandes de matériel d'injection provenant de 104 usagers différents. Les hommes étaient, comme aujourd'hui, plus nombreux à utiliser ce service (68 %). En tout, 799 seringues ont été distribuées, dont 268 récupérées. Aucun

incident grave n'a été rapporté, seulement des signes d'impatience et d'agitation chez quelques UDI (Tétreault & Janelle, 1996).

#### *L'évaluation actuelle, données de 2007 et 2008*

À l'heure actuelle, l'évaluation du programme s'appuie également et uniquement sur le monitorage. Les donneurs doivent compléter un grille d'information se rapportant à l'âge et au sexe des utilisateurs, au nombre de seringues, ampoules et trousses données, au nombre de seringues rapportées, au fait que l'usager en soit ou non à sa première visite, au type d'intervention qui fut réalisé relié soit à l'éducation, à l'écoute, au soutien psychosocial ou à l'orientation, aux références et aux services qui ont été donnés sur place tels que le dépistage des ITSS<sup>9</sup>, et les soins infirmiers (Côté & Drouin, 2007; Côté & Milette, 2004). Les résultats révèlent que les sites de distribution ont reçu 3196 demandes de 2006 à 2007. Lors de ces visites, 59 957 seringues ont été distribuées dont 46 337 à Trois-Rivières. Le taux approximatif de récupération des seringues pour cette même période est inférieur à 20 %.

Pour compléter l'évaluation du programme, la Direction de santé publique porte également une attention particulière aux données du réseau SurvUDI. Comme nous l'avons déjà mentionné au début de ce chapitre, le réseau SurvUDI fournit des renseignements sur les UDI, de même que sur l'évolution des infections (VIH depuis

---

<sup>9</sup> Infections transmissibles sexuellement et par le sang.

1995 et VHC depuis 2003) chez cette population. Depuis le début des opérations du réseau (1995) jusqu'au 30 juin 2008, 11 240 participants ont répondu à 19 911 questionnaires (Parent et al., 2009). Au total, 64 questions ont été adressées aux UDI qui ont participé, voulant connaître notamment leur sexe, leur âge, celui qu'ils avaient lors de leur première injection, les substances qu'ils s'injectent, les endroits où ils s'injectent, leurs habitudes en lien avec le partage de matériel d'injection, la protection lors de relations sexuelles, les tests de dépistage qu'ils ont subis et la récupération de seringues souillées. Les plus récentes données du réseau SurvUDI (sur l'ensemble de la période d'observation, de 1995 à 2008) indiquent une prévalence de 63% (2 480 sur 3 943 participants) de VHC et de 14% (1 593 sur 11 140 participants) de VIH chez les participants du Québec. Plus près de nous en Mauricie et Centre-du-Québec, le taux de VIH chez les UDI participants est de 6 %, tandis que le taux de VHC s'élève à 63 % (Parent et al., 2009).

#### La pertinence de la recherche et ses objectifs

Les arguments qui appuient l'intérêt et la pertinence de faire une recherche sur le PES sont de plusieurs ordres à notre avis.

L'ampleur de la demande constitue notre premier argument. Comme l'évoquent les résultats que nous venons de rapporter, le rapport d'évaluation de l'implantation de 1996 indique qu'il y a eu, pour la première année en service du PES de la région 04, 273

demandes aux sites pour une distribution de 799 seringues. Puis, les données de la dernière version du guide de l'intervenant (Côté & Drouin, 2007), indiquent qu'en 2006-2007, il y a eu 3196 visites aux sites pour une distribution de 59 957 seringues. Nous constatons ainsi une forte augmentation de la demande et de la distribution de matériel depuis la production de ce rapport d'évaluation de 1996, indiquant que le programme est fortement sollicité.

La recension des écrits que nous venons de présenter met également en évidence que l'implantation de tels programmes comportent d'importants défis. Ceci fut le cas aux États-Unis et nous croyons avoir de bonnes raisons de croire que ceci puisse aussi être le cas dans la région de Trois-Rivières. Rappelons brièvement que Downing et al. (2005) en sont venus à la conclusion que la réussite de l'implantation de ces programmes pouvait tenir à la combinaison de six stratégies de mobilisation et que Tempalski (2007) estime que le processus d'implantation de chacun de ces programmes doit être bien ficelé en tenant compte des caractéristiques spécifiques des localités dans lesquelles ils sont établis.

Des éléments de cet ordre auraient été considérés dans le processus d'implantation du programme de Trois-Rivières, comme en témoigne le rapport d'évaluation de l'implantation du programme de la région Mauricie Bois-Francs de 1996 (Tétreault & Janelle, 1996). Ce rapport met en lumière les démarches qui ont été entreprises auprès des responsables des organismes et des établissements, alors que le programme venait à

peine de démarrer. Il nous apprend notamment que des hôpitaux de Trois-Rivières auraient alors manifesté des résistances. Mais après plusieurs années de fonctionnement, nous croyons qu'il est maintenant pertinent de savoir plus spécifiquement comment se vit le programme sur le terrain, par l'entremise d'acteurs qui n'auraient pas été tellement ciblés dans les différentes démarches d'évaluation qui ont été entreprises. Nous pensons particulièrement aux usagers eux-mêmes, ainsi qu'aux personnes qui sont amenées à entrer directement en contact avec eux.

De telles informations, se rapportant à l'expérience que vivent ces acteurs sur le terrain, viendraient certainement compléter celles qui sont actuellement colligées, qui pour leur part se concentrent sur des données administratives, tels que le nombre de visites et la quantité de matériel donné. De plus, cette étude se distinguerait de celles consultées précédemment, qui se concentrent sur les conditions de réussite d'une implantation initiale des PES ou sur leur efficacité, puisqu'elle permettrait de venir documenter les conditions d'implantation plus mature d'un PES. Nous croyons aussi que les informations recueillies pourraient venir alimenter, en pistes de réflexion, le comité intersectoriel sur les UDI de Trois-Rivières qui s'est formé en 2005 pour mettre en place des actions concertées visant à solutionner différents problèmes liés à la consommation de drogues par injection, principalement celui de la récupération des seringues. Ce comité est constitué de plusieurs organismes et établissements, dont : le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Trois-Rivières (quatre membres), la sécurité publique de Trois-Rivières (un membre), la ville de Trois-Rivières (deux membres), Domrémy

Mauricie\Centre-du-Québec (un membre), les deux organismes en travail de rue à Trois-Rivières (deux membres), Sidaction (un membre), le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (un membre) et le Centre régional de Prévention de la Criminalité (un membre). Des représentants de la majorité des sites qui font de la distribution de matériel d'injection siègent sur ce comité.

L'objectif général de cette recherche vise donc à faire une évaluation d'implantation du PES à Trois-Rivières. Plus spécifiquement, cette évaluation formative veut se pencher sur ses processus (ses dynamiques internes et comment il est vécu sur le terrain) et comprend trois objectifs qui consistent à : 1) documenter comment les acteurs ont été amenés à se joindre au programme à titre d'usagers ou de donneurs, ainsi que le rôle qu'ils y tiennent, 2) connaître les difficultés reliées à la tâche, pour les donneurs, ou celles reliées à l'utilisation du programme, pour les usagers et 3) documenter la vision qu'ont les donneurs et les usagers de l'utilité et de la pertinence du programme en regard du problème social auquel il prétend offrir une réponse. Autrement dit, il s'agit ici de documenter comment se vit le programme et les besoins qu'il génère, ceci pour alimenter une réflexion sur des adaptations possibles à lui apporter, si nécessaire, dans l'intérêt qu'il puisse éventuellement augmenter sa capacité à conduire aux changements souhaités, selon ses objectifs de départ.

*Méthode*

## Cadres théoriques

L'évaluation formative est une approche qui facilite la correction rapide des problèmes en identifiant les barrières à l'implantation des programmes (Joly, Touchette, & Pauzé, 2009). L'évaluation des processus, qui en découle, met l'emphase sur les particularités des milieux où est implanté le programme pour tenter de saisir l'influence qu'ils peuvent avoir sur les effets du programme (Champagne, Contandriopoulos, & Denis, 1990). Dans une perspective d'analyse, cette forme d'évaluation permet de mettre en relation les éléments contextuels et les effets après que l'intervention soit mise en place. Champagne et al. (1990) indiquent que les facteurs contextuels peuvent venir influencer les effets, de façon positive (c'est-à-dire augmenter les effets produits) ou négative (d'empêcher les effets désirés). Par exemple, les caractéristiques d'un programme pouvant jouer sur ses effets sont les ressources disponibles des organismes, ainsi que l'expérience et la formation des personnes qui dispensent les services. Ce type d'analyse qui tente d'expliquer la dynamique interne favoriserait donc la compréhension des facteurs contextuels et ainsi, pourrait ensuite faciliter l'ajustement nécessaire à la réalisation de l'effet désiré du programme. Patton (1987, 1990) va dans le même sens en parlant d'une compréhension de la dynamique interne des opérations et décrit l'évaluation de processus à l'aide de questions auxquelles on tente de répondre.

Quels sont les facteurs qui ont fait du programme ce qu'il est ? Quelles sont les forces et les faiblesses du programme? Comment les clients sont amenés dans le programme et comment ils sont en mouvement à travers le programme une fois qu'ils sont participants? Quelle est la nature des interactions entre le personnel et les clients? [traduction libre] (Patton, 1987, p. 23)

Selon Patton (1987), l'évaluation de processus met généralement l'accent sur la perception qu'ont les participants (usagers et personnel) du programme. Dans cette perspective, on ne se concentre pas sur le résultat du programme, mais sur comment on arrive à ce résultat. On cherche alors à connaître les caractéristiques du programme en se procurant des informations sur son déroulement au quotidien, permettant ainsi de mieux saisir les nuances et ce qui se passe en réalité sur le terrain. On tente, entre autres, de discerner les conséquences imprévues, de même que les « patterns » informels, ceci par l'entremise de diverses perceptions provenant de diverses sources. Ce type d'évaluation conduisant à une compréhension de la dynamique interne des processus du programme, permet donc d'identifier ses forces et ses faiblesses pour ainsi augmenter les chances que les décideurs puissent prendre des décisions éclairées pour l'amélioration du programme (Patton, 1987, 1990).

Patton (1990) indique que pour conduire une évaluation des processus, l'approche « naturalistic » est particulièrement appropriée. Chambers, Wedel et Rodwell (1992) expliquent que cette forme d'évaluation (aussi appelée constructiviste) a pour but d'observer, de documenter, d'interpréter et d'analyser les multiples réalités d'un problème, en particulier leurs contextes sociaux, du point de vue des participants. Dans

cette perspective, la direction que prend la recherche est modelée par l'environnement et par l'interaction avec les participants. L'interaction constante avec le milieu permet de mieux saisir et d'illustrer les différentes réalités vécues. L'évaluation serait en partie façonnée par les participants, les valeurs et l'unicité du cadre émanant de l'interaction entre le chercheur et les participants (Chambers et al., 1992).

C'est un peu de la même manière que l'enquête ethnographique, telle que décrite par Miles et Huberman (2003), se rapporte également à notre démarche. Ces auteurs évoquent le contact approfondi avec la communauté, la participation directe ou indirecte aux activités locales, le soin particulier porté à la description des particularités locales; sans compter l'attention qui est accordée aux perspectives des individus, à leurs perceptions et leur interprétation de leur environnement. Cefai (2006) précise que la compréhension du sens des récits de l'enquête de terrain (ethnographique) ne peut pas être obtenue simplement par l'écoute d'entretiens ou la lecture de documents d'archive. Le chercheur saisit le sens des récits parce qu'il vit et ressent les situations parce qu'il est impliqué dans leur définition.

En résumé, cette évaluation modelée par un contact constant avec le milieu, tente de conduire à une meilleure compréhension de la dynamique interne des opérations du programme (évaluation des processus) à partir de la culture et des pratiques des participants (ethnographie). Dans le cadre de la recherche que nous avons entreprise, deux moyens ont permis de rejoindre ce paradigme. Le premier est relié au fait que,

depuis le printemps 2007, l'auteur travaille à titre de travailleur de rue dans la région de Trois-Rivières, ceci le conduisant à connaître et à fréquenter régulièrement plusieurs acteurs (donneurs et usagers) du programme. Dans cette foulée, l'auteur a pu notamment visiter des milieux de consommation et contribuer à l'échange de matériel d'injection dans différents contextes. De plus, il a assisté aux rencontres du comité intersectoriel sur les UDI qui se sont déroulées entre le printemps 2007 et l'automne 2008.

La recherche entreprise utilise donc une méthodologie qualitative, tel que Patton le préconise pour l'évaluation de processus. Son objectif n'est donc pas d'ordre vérificatoire, mais exploratoire. Patton (1990) insiste sur l'importance de ne pas avoir d'hypothèses prédéterminées sur les faiblesses et les forces d'un programme que l'on étudie pour connaître ses processus. Ceci pourrait nuire à la possibilité de saisir ses dynamiques internes. À titre de travailleur de rue ayant procédé déjà à l'échange de matériel d'injection dans l'exercice de ses fonctions, l'auteur de ce mémoire pourrait contrevenir aux principes de Patton. Mais il est à préciser qu'il débute ce projet de recherche avant qu'il ne participe lui-même au programme, faisant qu'au moment de l'élaboration du devis et des instruments de collecte de données, l'auteur n'avait aucune hypothèse sur les faiblesses et les forces de ce programme.

Avec cette méthode, il convient que nous avons aussi une approche phénoménologique nous conduisant à accorder une importance particulière à l'expérience subjective des répondants, ainsi qu'à leur vécu (Anadon, 2006). Par

l'entremise de questions de signification, nous tentons de connaître les points de vue des participants, qui eux-mêmes sont influencés par leur interprétation de la réalité.

### Échantillonnage

La méthode d'échantillonnage que nous avons utilisée est de type non probabiliste. Plus précisément, l'échantillonnage par contraste (Pires, 1997) est la méthode qui se rapporte à notre démarche. Ce type d'échantillon est constitué d'informateurs clés et permet « ...d'assurer la présence dans l'échantillon d'au moins un représentant (de préférence deux) de chaque groupe pertinent au regard de l'objet de l'enquête » (Pires, 1997, p. 157). Dans cette perspective, la généralisation est atteinte par la comparaison et non par la saturation. C'est ainsi que notre objectif était d'interviewer un donneur et un usager pour chaque site d'accès de la région de Trois-Rivières. Par l'entremise du comité intersectoriel sur les UDI, nous avions identifié sept sites d'accès au matériel. Un huitième site fut identifié par la suite, mais le propriétaire refusa de participer à la recherche pour des raisons de disponibilité. En tout, 15 entretiens ont été réalisés sur une période d'un peu plus de cinq mois (du 4 juin au 24 novembre 2008) auprès de huit donneurs (provenant de sept sites d'accès) de matériel d'injection et sept usagers de ce service. Pour l'un des sites d'accès, nous avons rencontré deux donneurs différents puisque ce site offre deux services d'accès au matériel, tandis que tous les autres sites ont été représentés par un donneur. Ceci n'est pas le cas des usagers, car les donneurs que nous avons interviewés n'ont pas tous été en mesure de nous référer un usager de

leur service. Les sept usagers de l'échantillon ne sont donc pas associés chacun à un site de distribution différent. L'ordre dans lequel les entretiens ont été réalisés fut sans égard à la catégorie de répondants si ce n'est d'avoir débuté la collecte en rencontrant un donneur pour qu'il puisse ensuite nous référer à un usager de son service. Comme les donneurs ne nous ont pas tous référé à un usager, il s'est avéré que les donneurs ont été rencontrés plutôt dans les débuts de la collecte de données alors que la plupart des usagers ont été rencontrés à la fin de la collecte de données. Le numéro du répondant exposé à la fin de chaque citation présentée dans le chapitre résultats se réfère à l'ordre dans lequel l'entretien est survenu dans le déroulement global de la collecte de données.

### Collecte de données

Au-delà des entretiens que nous avons faits auprès de 15 participants, il est important de préciser que l'auteur a été présent dans de nombreux contextes d'observation et de discussion en lien avec le programme. Sans prétendre qu'il s'agit là d'observations participantes, notre présence régulière dans les milieux aura servi, avant même que les entretiens ne soient commencés, à alimenter cette recherche en mettant à profit la compréhension que nous avions du programme, de sa complexité et de ses enjeux, à l'élaboration des canevas d'entretien qui ont été adaptés pour les deux catégories d'acteurs (donneurs et usagers) que nous voulions interviewer.

D'autre part, les entretiens que nous avons faits étaient semi-dirigés. Bien que certains auteurs, Bess, King et LeMaster (2004) notamment, estiment que l'entretien non structuré doit être privilégié dans le cadre d'une évaluation de processus, nous avons plutôt opté pour l'entretien semi-dirigé qui nous apparaissait plus approprié dans le contexte qui nous concernait particulièrement. En fait, nous avions prévu que certains donneurs auraient peu de temps à nous consacrer pour l'entretien qui dans les circonstances gagnait à être élaboré autour de quelques thèmes précis que nous voulions obligatoirement aborder avec eux. Pour les mêmes raisons, nous avons aussi opté pour un entretien semi-dirigé avec les usagers. Cela étant plus prudent car un entretien entièrement ouvert aurait pu être de nature à leur faire vivre certains malaises. L'entretien semi-dirigé trouve néanmoins ses assises dans les paradigmes interprétatif et constructiviste (Savoie-Zajc, 2009). Ce type d'entretien s'élabore autour d'une interaction souple, ressemblant à une conversation et permet une compréhension plus riche du phénomène. Malgré que certains thèmes pouvaient conduire à plusieurs sous-questions, l'intervieweur, qui en l'occurrence est l'auteur de ce mémoire, voulait en tout temps que les répondants restent libres de s'exprimer à leur guise, avec plus ou moins d'intensité, en regard des questions qui leur étaient posées.

Or, les thèmes que nous avons abordés avec les donneurs sont : (1) leurs rôles et fonctions dans le cadre du programme, (2) les opérations qu'ils sont appelés à faire, (3) les difficultés reliées à la tâche, (4) le programme, ses forces et faiblesses et les moyens de l'améliorer et (5) leur vision du problème auquel s'adresse le programme et les

retombées de son implantation. Avec les usagers, l'entretien s'élaborait autour de : (1) leurs habitudes et leurs préférences pour se procurer le matériel d'injection, (2) le programme, les sites et l'accès au matériel, (3) la récupération, (4) le programme, ses forces, ses faiblesses et les moyens de l'améliorer et (5) leur vision du problème auquel s'adresse le programme et les retombées de son implantation. Pour plus de détails sur ces thèmes et les questions qui y sont reliées, veuillez consulter les canevas d'entretien placés à l'Appendice A. Une fiche signalétique (voir Appendice B) devait également être remplie par les répondants à la fin de chaque entretien, celle-ci donnant à recueillir des informations supplémentaires, notamment des données sociodémographiques (âge, milieu de provenance, niveau de scolarité et profession) et le profil de consommation des usagers.

#### *Le recrutement des donneurs, leur profil et le déroulement des entretiens*

Les membres du comité intersectoriel sur les UDI ont prêté main forte au recrutement en nous référant des donneurs, ceux qu'ils estimaient être dans la meilleure position pour nous entretenir sur les processus du programme. À cet égard, nous avons indiqué aux membres du comité que nous voulions interviewer des donneurs des sites qui faisaient régulièrement de la distribution de matériel, soit ceux qui avaient le plus d'expériences reliées au programme. Pour ce faire, les membres du comité et/ou les employeurs, des sites d'accès au matériel d'injection, ont été rencontrés ou joints par téléphone afin de leur expliquer la recherche. Puis, ces personnes nous ont référé aux donneurs identifiés

qui ont, eux aussi, été rencontrés ou joints par téléphone. Ces rencontres ou appels visaient à leur expliquer les objectifs et les modalités de la recherche et à prendre un rendez-vous pour l'entretien. Aucun donneur n'a refusé l'invitation de participer à cette étude.

Huit donneurs de sept sites d'accès ont donc été interviewés, ceci en raison du fait qu'un des sites offre deux services d'accès au matériel, l'un est fixe et l'autre est mobile en se déplaçant dans les milieux d'injection. Parmi ces huit donneurs, nous comptons trois femmes et cinq hommes. Les donneurs que nous avons rencontrés ont un âge moyen de 42 ans (27 à 63 ans), cinq détiennent un diplôme d'étude universitaire (certificat ou baccalauréat) qu'ils ont acquis dans différents programmes d'études (intervention psychosociale, soins infirmiers, intervention en toxicomanie, pharmacie). Deux autres donneurs possèdent pour leur part un diplôme d'études secondaires et un dernier n'a pas répondu à la question. Le nombre d'années d'expérience pour le poste qu'ils occupaient au moment de l'entretien est de 8 ans en moyenne (entre 2 ans et demi à 25 ans d'expérience). Toutes ces personnes avaient pour tâche de distribuer du matériel d'injection auprès d'UDI. Les sites auxquels ils sont rattachés sont deux hôpitaux (Sainte-Marie et Cloutier du Rivage), un CLSC (Des Forges), trois organismes communautaires (Point de rue, Trips du Rivage et Sidaction) et une pharmacie (Jean Coutu).

Les entretiens se sont déroulés dans le milieu de travail des répondants à l'exception de deux donneurs, où les entretiens furent réalisés dans un local de l'organisme Point de rue (le donneur venait d'un autre site d'accès au matériel d'injection) et dans une résidence privée. La durée moyenne des entretiens auprès des donneurs est de 53 minutes, la plus longue étant de 70 minutes et la plus courte de 38 minutes. Règle générale, ces répondants ont fait preuve d'ouverture face à la discussion. Cependant, un entretien dû être écourté auprès d'un donneur qui se devait d'intervenir rapidement auprès d'un client de son établissement.

#### *Le recrutement des usagers, leur profil et le déroulement des entretiens*

Nous avons pu également rejoindre sur une base volontaire sept usagers du programme. Certains de ces participants ont été recrutés directement, étant donné que nous avions déjà des liens avec eux dans le cadre de notre travail, tandis que les autres nous ont été référencés par l'entremise d'informateurs clés, en l'occurrence des donneurs que nous avions déjà rencontrés. Dans ces cas précis, les informateurs ont fait les premiers pas auprès de ces usagers et bénéficiaires du programme et leur ont expliqué la recherche de manière générale. Puis, nous joignions directement ces personnes. Ces contacts étaient bien entendu facilités par le fait que nous savions où les joindre. Tous ont accepté de participer à l'étude à l'exception d'un usager qui devait nous être référé par un donneur déjà rencontré. Nous tenons également à préciser qu'après avoir terminé la collecte de données (15 entretiens) d'autres usagers qui avaient été informés, par les

usagers rencontrés, de l'existence de cette recherche se sont proposés pour participer à cette étude.

Avant le recrutement, nous avons anticipé que des usagers ayant une forte consommation quotidienne de drogues (ayant des répercussions importantes sur leur condition physique et mentale) ne pourraient pas participer à la collecte de données. C'est pourquoi nous avons envisagé la possibilité de mettre à l'écart ces usagers, considérant que la passation d'un tel entretien pourrait être difficilement réalisable pour eux. Cependant, malgré ce critère de sélection, aucun usager abordé lors du recrutement et de la collecte de données n'a été exclu de l'échantillon. Nous avons donc jugé que la condition physique et mentale de tous les usagers, sollicités pour les entretiens, leur permettait de participer à une telle rencontre.

Sept usagers ont donc été rencontrés dont une femme et six hommes. Ces répondants ont un âge moyen de 31 ans. Six n'ont pas obtenu leur diplôme d'étude secondaire et un possède un diplôme d'études collégiales. Ces personnes ont connu leur première injection à l'âge de 21 ans en moyenne (entre 12 à 29 ans). Un des participants s'injecte depuis moins de six mois, quatre autres ont connu une période d'injection s'étendant sur une période de trois à 10 ans, tandis que chez les deux autres, leur injection s'est échelonnée sur plus de 10 ans. Au moment des entretiens, la moitié des usagers ont affirmé qu'ils ne s'étaient pas injectés durant la dernière semaine. Les usagers que nous avons rencontrés ne visitent pas apparemment les sites avec la même fréquence et ne

fréquentent pas tous les mêmes sites. Les sites que ces usagers fréquentent pour se procurer du matériel d'injection sont généralement le CLSC, la pharmacie Jean Coutu et les autres pharmacies, les organismes Sidaction, Trips du Rivage et Point de rue, ainsi que l'hôpital Sainte-Marie.

Les entretiens se sont déroulés dans un local de l'organisme Point de rue à l'exception d'un usager, où l'entretien fut réalisé dans une résidence privée. Leur durée moyenne fut de 39 minutes, la plus longue étant de 46 minutes et la plus courte de 29 minutes. Malgré que les usagers que nous avons identifiés pour participer à cette recherche pouvaient en principe et à notre connaissance se concentrer sur une période d'une heure, plusieurs d'entre eux ont éprouvé de la difficulté à répondre aux questions après 35 minutes. Ils semblaient alors avoir de la difficulté à se concentrer et l'un d'eux s'est contredit de manière importante au fil de l'entretien. Deux usagers ont confié qu'ils avaient consommé tout juste avant l'entretien, ceci pour éviter d'avoir des malaises durant la rencontre. À cet égard, nous avions informé les usagers lors de la prise de rendez-vous pour l'entretien qu'une heure pourrait être nécessaire pour sa réalisation et qu'ils devaient se préparer en conséquence. Une liste des coordonnées de différentes ressources d'aide (voir Appendice C) fut remise aux usagers après la rencontre, considérant que certaines questions d'ordre plus personnel auraient pu les rendre inconfortables.

À la fin de l'entretien, ces répondants ont également reçu un certificat-cadeau d'une valeur de 20\$ des restaurants Subway (voir Appendice D). Cette compensation monétaire visait à remercier les participants de s'être déplacés pour participer à cette recherche.

### *Les considérations éthiques*

Conformément aux règles de l'éthique à la recherche, nous avons d'abord expliqué les objectifs de cette recherche à chacun des répondants, de même que ses modalités et les personnes qui en sont responsables. Avant de signer le formulaire de consentement (voir Appendice E), les répondants avaient aussi été informés sur les moyens qui allaient être pris pour respecter leur anonymat et la confidentialité des données. Ils savaient également qu'ils pouvaient à tout moment mettre fin à l'entretien sans que cela ne leur cause aucun préjudice. Cette recherche a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER -08-136-06.06 a été émis le 20 mai 2008.

### Analyse des entretiens

De prime abord, les entretiens ont été retranscrits de manière intégrale. Une seconde écoute fut ensuite réalisée pour une meilleure appropriation du contenu et pour assurer la qualité des transcriptions. Puis, une lecture flottante des verbatims nous a conduit à

identifier les points saillants, émergeant du discours des répondants. Ces éléments ont ensuite été repris et regroupés pour former les principaux thèmes (unités de signification) sur lesquels s'est appuyée plus fondamentalement l'analyse. De cette analyse verticale, certains des thèmes que nous avons identifiés répondent directement aux questions du canevas d'entretien, tandis que d'autres émergent plus subtilement du discours des répondants qui ont abordé des sujets que nous n'avions pas prévus au départ. De cette manière, nous croyons avoir été fidèles au processus de l'analyse inductive qui est propre à la recherche qualitative. Deslauriers et Kerisit (1997) décrivent bien cette méthode en disant qu'« une fois le champ de recherche défini, le chercheur organise ses données à l'aide d'un cadre descriptif et interprétatif assez large, à la lumière de concepts topologiques s'appuyant sur des éléments structurels et des processus propres au phénomène étudié » (p. 99). Cette première étape de structuration des données fut ensuite soumise à l'analyse transversale servant à mettre en relief les points de convergence et de divergence entre les répondants. Finalement, nous avons distingué les résultats se rapportant au groupe des donneurs et au groupe des usagers. Ces deux corpus ont été traités séparément afin de pouvoir identifier les réalités et les enjeux qui sont propres à chacune de ces catégories de répondants. Dans cette démarche, le logiciel Nvivo fut utilisé pour codifier le matériel et pour faciliter son analyse.

## *Résultats*

## 1) Défis de l'application du programme

Tel que mentionné dans le chapitre sur la méthode, l'analyse qualitative permet notamment d'identifier les principaux éléments de convergence et de divergence entre les points de vue des répondants, que ce soit à l'intérieur des groupes (donneurs et usagers) ou entre les groupes. Nous tentons donc de mettre en évidence ici les résultats qui sont ressortis de cette démarche, en tentant le plus possible de bien représenter chacun des groupes de répondants.

### *Portrait général de la fréquence et de la durée des rencontres lors de la distribution de matériel d'injection*

Les donneurs indiquent d'abord que la plupart des personnes qui participent au programme au sein de leur organisme, fréquentent déjà leurs services sur une base régulière. Les rencontres qu'ils tiennent avec ces personnes dans le cadre précis du programme seraient d'une durée allant de 30 secondes à une heure (rencontre ayant lieu suite à l'échange, rattachée au don de matériel). L'échange de matériel d'injection en tant que telle, s'effectue habituellement en cinq minutes et moins. Il arrive cependant que les rencontres reliées à l'échange de matériel durent plus longtemps. Le nombre d'usagers différents qu'ils peuvent rencontrer dans le cadre du programme varie d'une

semaine à l'autre, d'un donneur à l'autre et d'un site à l'autre. Ainsi, certains donneurs distribuent du matériel à deux usagers par semaine tandis que d'autres peuvent en distribuer à 20 usagers différents. En fait, près de la moitié des donneurs sont appelés à donner du matériel à une vingtaine d'usagers par semaine alors que l'autre moitié des donneurs en donnent généralement à moins d'une dizaine de personnes par semaine.

De leur côté les usagers confirment, en bonne partie, qu'ils se présentent à tous les jours dans un des sites pour obtenir du matériel. D'autres indiquent qu'ils le font entre une à trois fois par semaine.

#### *Des approches différentes selon les donneurs et les circonstances*

D'entrée de jeu, le discours des donneurs révèle que deux approches différentes sont généralement employées lors de l'accueil et la distribution de matériel auprès des utilisateurs du programme. Les donneurs ont apparemment différentes façons de faire lorsqu'un usager se présente pour obtenir le matériel d'injection, donnant à voir que leurs buts ou priorités sont sans doute différents.

#### *L'approche globale axée sur la personne et ses besoins*

De prime abord, il semble que près de la moitié des donneurs se sont questionnés sur la façon d'accueillir les UDI. Le discours de ces donneurs laisse transparaître leur

préoccupation soit : que les usagers se sentent bien lorsqu'ils viennent se procurer du matériel. Alors, une bonne poignée de main et être naturel démontrent l'importance qu'ils accordent à la qualité de l'accueil. L'un d'eux décrit bien cette façon de faire.

*[...] On a pas non plus à leur poser de questions, si on leur pose trop de questions probablement y reviendront pas, euh y vont se sentir jugés encore une fois, ce qu'on veut pas, facque on les accueille euh comme n'importe qui viendrait dans le bureau, salut comment ça va, c'est tu la première fois que tu viens icitte, ah, ah pis t'aimes-tu ça, pis tu vas voir on est bin correct, on, on fait des farces avec lui pis c'est, c'est comme ça que, c'est comme ça qu'on, qu'on agit comme, comme n'importe qui viendrait dans le bureau, on change pas notre attitude parce que c'est un UDI. (Donneur no 9)*

Ainsi, ces donneurs respectent une indication de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec voulant que l'accueil soit « chaleureux et le plus discret possible » et que les donneurs doivent « conserver la même attitude envers la clientèle UDI qu'envers la clientèle régulière de l'établissement ou de l'organisme » (guide de l'intervenant, version 2007, p.23). Cette façon de faire les amène à dépasser le simple fait de donner du matériel d'injection.

*[...] Pis souvent bin on a du monde qui veulent, qui veulent s'asseoir pis qui veulent jaser avec nous autres euh y, euh y, y nous disent que c'est pas drôle, pis qui sont tannés pis que, d'autres qui disent bin moi j'suis bien là-dedans. (Donneur no 9)*

Ainsi, vous pouvez remarquer que ces donneurs ne s'arrêtent pas uniquement à la distribution de matériel d'injection. De plus, l'un d'eux souligne que lorsque l'usager

s'ouvre à la discussion, il en profite pour s'informer de sa stabilité et de son contexte de consommation pour mieux répondre à ses besoins en matériel d'injection. Tandis qu'un autre tente de voir si d'autres besoins (nourritures, vêtements, ...) pourraient être comblés. Dans certains cas, il oriente ces personnes vers les endroits appropriés (organismes ou établissements), sans poser de jugements ou dire quoi faire, mais en les guidant vers les meilleurs lieux pour leur santé et leur sécurité.

#### *L'approche axée sur l'accessibilité au matériel d'injection*

Toutefois, certains donneurs voient les choses autrement et considèrent qu'ils accomplissent bien ce qui leur ait demandé de faire en ayant une approche beaucoup plus technique<sup>10</sup>. Dans le cadre de l'accueil des usagers, les réponses qu'ils accordent à leurs questions sont davantage axées sur l'échange proprement dit. Un donneur (10) illustre bien cette façon de faire.

*Bin le, le nombre de seringues c'est lui qui va me le demander [...] On vient habitué hein c'est toujours les mêmes, quand j'vois que c'est une face nouvelle c'est la première fois, y dit oui, marque oui, là j'y explique la procédure là, quoi faire, les, les ramener autant que possible, pis son âge, ça revient toujours au même. (Donneur no 10)*

---

<sup>10</sup> Exemple d'une approche plus technique : l'usager se présente, on lui donne le kit, on fait notre enseignement, met l'accent sur la récupération et il s'en va.

De leur côté, la plupart des usagers affirment qu'il y a des différences dans les façons de faire chez les donneurs, selon les sites<sup>11</sup> d'accès au matériel d'injection auxquels ils sont rattachés. Des différences sont aussi perçues parmi des donneurs qui parfois sont rattachés au même site de distribution. Les différences que les usagers soulèvent sont du même ordre que celles que les donneurs ont eux-mêmes indiquées. Comparativement à d'autres, qui sans doute sont plus centrés sur la tâche, certains donneurs ne se limiteraient pas strictement à distribuer le matériel d'injection, mais prendraient le temps de s'asseoir, d'écouter et de conseiller. Le discours d'un usager illustre bien cette différence entre les donneurs d'un même site et de sites différents.

*Bin ça dépend, fifty fifty mettons, comme je te dis au, au YYYY y en a un qui est full sympathique, comment ça pis t'as-tu, pas trop dans la marde, t'en prends-tu gros ce temps-là tsé tu trippes tu gros c'temps icitte, t'es pas dans la marde, y a pas mal YYYY qui, bin la plupart y te pose pas de questions parce que c'est supposé être confidentiel justement pis j'imagine qui en a qui, ah pas de tes affaires, j'imagine qui doit répondre ça là, moi j'ai une grande yeule je suis sociable [...] Au XXXX y ont pas le temps c'est sûr, mais y en deux au YYYY, là mettons la moitié [...] Bin y a pas mal juste un tsé dans le fond qui s'intéresse, tsé à comment je vas pis toute. (Usager no 7)*

#### *Les approches différentes avec les nouveaux demandeurs*

Les donneurs auraient aussi tendance à adopter une approche différente dans les circonstances où des utilisateurs s'adressent à eux pour la première fois. Près de la moitié des donneurs tentent, par leurs questions, de savoir si ces nouveaux demandeurs

---

<sup>11</sup> Cependant, ces différences ne se rapportent pas à tous les sites. En effet, les comparaisons des usagers touchent principalement quatre sites.

se sont déjà injectés auparavant. Ils essaient ainsi de leur éviter les conséquences négatives que pourraient entraîner une première injection. Un donneur explique son intervention auprès des nouveaux demandeurs.

*[...] J'essaie tant bien que mal comme j'ai dit, à travers l'emploi que je fais de, d'essayer de déceler les gens qui ça serait la première fois qui passeraient à l'acte [...] Mon questionnement va surtout à savoir oui c'est la première que je te vois euh t'as-tu déjà consommé, t'as-tu déjà consommé intraveineux, qu'est-ce que tu consommes intraveineux, combien de fois, parfois je vais jusque-là et, tout dépendant de la réceptivité de la réponse, je vais voir si je suis capable de continuer un petit peu plus loin à savoir bon est-ce que, t'es conscient qui existe d'autres moyens que l'injection, oui ou non, y as-tu quelqu'un qui t'embarque là-dedans pis tu veux suivre, t'es tu dans une mauvaise passe pis tu veux, passer du, de, d'un autre moyen à l'injection. (Donneur no 3)*

Un autre donneur aborde d'une toute autre façon les nouveaux demandeurs qui se présentent à son site pour obtenir du matériel d'injection.

*[...] Mais moi j'y demanderai pas si c'est la première fois qui fait ça, parce que euh premièrement y va partir en courant ou y va, y va le prendre pis y reviendra pu, parce qui va avoir peur que je lui pose d'autres questions euh, mais c'est assez rare, ça été assez rare qu'on arrive avec des personnes qui demandent juste un kit, ça ça, j'pense à, à moi ça met pas arrivé. (Donneur no 9)*

Nous voyons ainsi que les façons de faire des donneurs auprès des nouveaux demandeurs varient aussi de manière importante. La bonne moitié de ceux que nous avons rencontrés, n'abordent en contrepartie que le mode de fonctionnement du programme et ne mettent l'accent que sur la récupération.

*Pressé d'obtenir le matériel d'injection : pas le moment de discuter*

Il est à dire aussi que parfois les usagers imposent eux-mêmes une certaine approche. Particulièrement lorsqu'ils se présentent dans l'unique but d'avoir des seringues rapidement pour aller faire leur «hit». Les donneurs jugent qu'en de telles circonstances, le moment n'est pas propice à la discussion. Ils préfèrent alors attendre que l'usager soit plus calme pour entamer une discussion. Il semble donc important pour ces donneurs de respecter l'usager en tenant compte de son état d'esprit lorsqu'il se présente.

[...] *C'est important dans la mesure du possible tout dépendant de l'état et de l'ouverture dans le fond de l'UDI, de pouvoir euh accéder à une discussion comme celle-là ouia, bien entendu des fois euh je ne peux pas, euh je, tout ce qui veulent c'est donne moi un kit je suis pressé y a quelqu'un qui m'attend, c'est la formule beaucoup que j'entends bien entendu et bon bin dans ces cas là bien entendu que je dois euh je lui donne leur kit et y a pas de problème avec ça, moi je je respecte ça.* (Donneur no 3)

Pour un autre donneur, de telles situations, où les usagers sont pressés d'obtenir du matériel pour s'en aller, se présentent fréquemment à l'endroit où il travaille, ce qu'il déplore et considère difficilement acceptable. Apparemment, il aurait du mal à endosser le rôle de simple distributeur.

*Bin pour le reste tsé c'est de l'enseignement qu'on f, qu'on c'est ça, tsé dans notre profession on fait, on en fait de l'enseignement [...] Si la personne est réceptive on on, tout le monde va faire sa job pis, mais la problématique j'pense c'est qui sont pas écoutants, y veulent vraiment avoir leur kit pis s'en aller, même si des fois on essaye là « écoute euh où t'as mis ton ancien » pis*

*on essaie de de discuter, pis rentrer dans une conversation là, y me coupe tout suite, tout suite, tout suite [...] Y'ont toujours une raison, y ont toujours quelque chose pour pas qui arrêtent un deux minutes, pour qu'on essaie de rentrer en, en relation avec eux autres, on est vraiment un distributeur là.*  
(Donneur no 8)

Toutefois, tous les sites de distribution ne seraient pas des lieux où les usagers quittent rapidement et tous les usagers n'auraient pas le même profil, ni toujours la même attitude. En ce sens, un autre donneur évoque deux tendances distinctes chez les usagers lorsqu'ils demandent du matériel. Soit qu'ils sont très pressés, désirent obtenir le matériel et repartir, soit qu'ils veulent s'asseoir et discuter. Du reste, cette observation est la même que celle que font les usagers. En répondant à la question *Est-ce que ça te va quand on te parle?*, certains ont évoqué en effet que cela dépendait de leur empressement à consommer. Il y aurait donc des moments où certains usagers ne désirent pas avoir de discussion, mais seulement obtenir le matériel.

Mais, d'une manière ou d'une autre, le temps d'attente pour accéder au matériel d'injection semble être un facteur déterminant pour plusieurs usagers au point qu'il constitue pour certains d'entre eux le principal critère sur lequel ils fondent leur choix pour le meilleur site. Plus de la moitié des usagers ont signalé leur préférence en fonction de la rapidité à obtenir le matériel. Un de ces usagers explique bien l'importance que prend ce critère pour lui.

[...] *Ce que j'aime mieux c'est icitte [...] Je les prends moi-même, pis l'XXXX à cause c'est vite, c'est juste une question, tsé quand t'es pressé de t'en faire un c'est toute là [...] Y a pas de place que je, j'aime en particulier.* (Usager no 7)

Dans le même ordre d'idées, le choix du site de distribution chez les usagers dépend aussi de la distance qu'ils ont à parcourir depuis l'endroit où ils habitent.

[...] *Les sites que je préfère, c'est XXXX et le YYYY ou les places proches de chez vous, pour aller chercher tes kits, c'est sûr que c'est plate marcher 20, 50 minutes pour aller chercher un kit [...] C'est l'fun parce que y en a, un petit peu partout [...] Peu importe le quartier où que tu es, y a un site ou une place qui te donne des, des seringues.* (Usager no 13)

### *Les commentaires inadéquats et inconforts*

Sur un autre plan, certains donneurs évoquent le malaise que les usagers peuvent vivre, le sentiment d'être jugés et les difficultés qu'ils peuvent éprouver en allant se procurer du matériel d'injection. Un donneur en particulier aurait été témoin de situations précises auxquelles, à son avis, devraient être sensibilisés les instigateurs du programme.

[...] *Y a peut-être un travail de sensibilisation à faire auprès des acteurs soit terrain ou des tsé dans les institutions, dans les centres de santé toute ça [...] Y en a une aussi avec qui j'étais pis qu'on est allé ensemble pis tsé, je sentais, je sentais que la personne qui donnait des kits était pas à l'aise [...] Tsé juste par des commentaires « ouin ça va y aller fort à soir ».* (Donneur no 1)

Pour sa part, un usager confirme que certains donneurs lui auraient déjà fait des commentaires inappropriés. Mais ceci ne semble pas être légion puisque les usagers sont apparemment plus nombreux à n'avoir jamais vécu de telles situations. Même qu'ils estiment que les donneurs sont généralement sympathiques. À vrai dire, un seul usager déclare qu'il se sent jugé lorsqu'il se présente pour obtenir du matériel d'injection. C'est pourquoi, il demande à d'autres d'y aller pour lui. Un répondant évoque d'ailleurs qu'il lui arrive de jouer ce rôle pour d'autres.

[...] *Y en a qui sont gênés [...] Moi je m'en fais demander souvent, de mes poches à moi là par du monde là, parce qui veulent pas aller au CLSC parce qui [...] Y veulent pas que le monde le sache j'imagine tsé tu comprends, ah j'aime pas ça que le monde me voit là nanana.* (Usager no 7)

En fait, les usagers ont utilisé plusieurs différents termes pour témoigner du fait que les démarches qu'ils doivent faire pour se procurer du matériel d'injection ne sont pas en soi des expériences qui sont faciles à vivre. L'un d'eux exprime bien comment un usager peut se sentir en de telles circonstances.

[...] *C'est pas le genre d'affaire que tu veux te vanter asti quand tu commences ça [...] C'est ça que t'es quand que tu te piques, une belle merde, pis je le savais, mais quand j'allais là ça faisait juste me le rem, le remarquer encore plus, parce que tout le monde sont là pour prendre leur pilule euh à cause que leurs flots sont malades, na na na na na, pis toi t'es fais attendre pour aller te péter dins toilettes là.* (Usager no 15)

Cet inconfort que vivent les usagers pourrait laisser croire qu'avec un lien de confiance, les donneurs pourraient leur faciliter les choses. Toutefois, ce dont témoigne ici l'un des donneurs va à l'encontre de cette idée. Au moment de leurs premières injections, les personnes avec lesquelles il a un lien de confiance se procurent apparemment leur matériel d'injection auprès d'autres donneurs.

*[...] C'est des des usagers de longue date comme je te dis leur prem, on a été témoin de leur première expérience mais, de par le lien de confiance qu'on a avec eux autres ou je sais pas trop y sen, y ont peut-être l'impression de nous trahir mais euh la vraie raison je la connais pas trop mais, y viennent pas s'approvisionner en seringue pour leur première expérience icitte, y vont s'approvisionner ailleurs. (Donneur no 5)*

De la même manière, un usager indique ici qu'il préfère se procurer son matériel par le biais d'un autre donneur que celui avec lequel il a un lien de confiance.

*[...] J'ai plus de misère avec XXXX ou euh [...] Bin je le sais pas ça fait longtemps que je le connais, je le sais pas asti, j'aime pas ça montrer que. (Usager no 12)*

#### *Limite dans la quantité de matériel donné*

Tel que libellé par l'Agence de la santé et des services sociaux (2007), le programme indique que les donneurs doivent distribuer la quantité de matériel demandé par les usagers, quelle que soit cette quantité. Or, parmi les donneurs que nous avons rencontrés, plusieurs laissent entendre qu'ils se rapprochent de cette directive, même que

la moitié d'entre eux ont répondu qu'ils ne croient pas qu'il devrait y avoir de restrictions dans la quantité de matériel donné. Toutefois, ce ne sont que deux donneurs qui appliquent véritablement cette directive.

[...] Écoute quatre boîtes si, si y se pique cinquante fois par jour euh, y revient sa fin de la semaine pis y n'a pus, pis si y sont trois, quatre comme lui chez eux bin, c't'en, c'est ça, tsé c'est c'est, la même affaire, facque non je je, on en donne t'en qui en veulent [...] C'est c'est, c'est ça la politique. (Donneur no 9)

En outre, d'autres donneurs semblent respecter cette politique dans la mesure où la quantité demandée s'inscrit à l'intérieur des balises qu'ils se sont fixées. Une limite dans la quantité donnée semble même être imposée dans la majorité des sites. On dénote ainsi un inconfort, chez plusieurs donneurs, lorsque vient le temps pour eux de donner la quantité maximale (ou plus) qu'ils ont jugé (ou que leur site a jugé) adéquate de donner.

[...] Y gossaien pour avoir une boîte facque, graduellement ça l'a monté mais on a jamais voulu dépasser deux boîtes, tsé un moment donné, j't'allé des fois en mener trois pis on s'en ai parlé pis euh (bruit avec la bouche) on trouvait ça gros un peu, criss deux boîtes c'est assez là pis y rappelleront là, déjà là, bin c'est énorme là deux boîtes là, c'est quand même euh 40 kits, à quatre seringues du kits là, c'est c'est beaucoup là, facque non c'est ça on a décidé de braker ça à deux boîtes pis je trouve que c'est déjà énorme là facque, c'est pas mal là qu'on a mis la limite là parce que sinon. (Donneur no 4)

C'est dire que la quantité de matériel distribué varie énormément d'un donneur à l'autre (et\ou d'un site à l'autre). Un donneur que nous avons rencontré se démarque par

le fait qu'il est plus strict que les autres. Dix trousses représentent pour lui une grande quantité de matériel à donner. Il exige d'ailleurs que l'usager fournisse des explications pour fournir une telle quantité de matériel. Règle générale, ce donneur ne distribue pas plus que deux trousses à la fois.

*[...] Y en a un qui m'a déjà demandé 10 [...] Normalement c'est un ou deux qu'on donne par personne [...] Bin tsé quand qui m'a dit 10 là euh, c'est sur qu'on y demande des explications, ah je fais un gros party, y va avoir du monde euh, y me dit euh, tsé je veux pas que tout le monde réutilise les mêmes seringues votre programme est faite pour ça, donne moi z'en 10.*  
 (Donneur no 8)

Pour sa part, un autre donneur précise qu'il peut lui arriver de donner plus de matériel que la quantité limite habituelle, lorsqu'il évalue que cela est nécessaire. Il ajuste donc la quantité à donner selon les circonstances.

*[...] Consommation, d'ajuster la, la distribution de seringues en conséquence du party possible ou qui aura c'te soir-là, tout à fait, parce que même dans ces situations-là si y dit « on est 20 là, pis on va s'amuser pendant 24 heures », bin je m'excuse je donnerai pas juste une boîte là (rire), dans ces cas-là je pense qu'y a des situations où ce que je suis capable de juger, qui va en avoir peut-être plus que 20 fois, 80 seringues c'est pas beaucoup.*  
 (Donneur no 3)

Si de leur côté les donneurs imposent apparemment certaines limites dans la quantité de matériel qu'ils donnent, variant d'une fois à l'autre, les usagers, pour leur part, évoquent au contraire qu'il n'y pas de limite à la quantité de matériel qui leur ait donnée. Ce point de divergence entre le discours des deux catégories de répondants pourrait

laisser croire notamment que la quantité de matériel demandée par les usagers dépasse rarement la limite que les donneurs (et\ou les sites) jugent adéquates. Un usager confirme ici qu'il n'a jamais demandé de grande quantité de matériel aux donneurs.

*Non, j'ai jamais euh bin j'ai jamais pris la peine d'en demander 100 là, mais d'après moi je verrais pas pourquoi y voudraient pas, c'est gratuit facque y devraient t'en donner. (Usager no 14)*

Toutefois, malgré que les usagers ne décèlent apparemment pas de limite, d'autres éléments de leur discours laissent entendre qu'il y aurait tout de même certaines limites. Pour preuve, certains ont dit qu'ils devaient aller dans certains sites en particulier lorsqu'ils avaient besoin d'une plus grande quantité de matériel. Dans cette foulée, l'un d'eux précise que certains donneurs les laissent prendre la quantité de matériel qu'il désirent alors que d'autres sites de distribution n'auraient pas suffisamment de matériel en réserve pour pouvoir faire une telle chose, sans courir le risque de priver les autres usagers. C'est pourquoi d'ailleurs, il s'impose lui-même certaines limites.

*Ouia, quand j'en veux beaucoup je vas chez XXXX, parce que XXXX, bin dans le fond, au ZZZZ, au YYYY aussi y disent qu'on peut en prendre t'en qu'on veut mais y en ont pas gros pareil facque j'essaie de pas trop en prendre pour en laisser aux autres parce que ça arrive des fois qui en manquent, c'est chien pour les autres, mais XXXX y s'en, je suis allé souvent pis y, y m'ont dit, les intervenants là-bas ou bien les personnes qui travaillent là, y m'ont dit : « vient, gêne toi pas on en donne pas assez ». (Usager no 7)*

Cependant, ce problème entourant les réserves insuffisantes de matériel pourrait être, dans certains cas, une stratégie visant à réduire la quantité de matériel à donner. Un donneur explique ici comment il présente les choses.

*[...] Souvent j'ai comme un moyen détourné de ce côté-là [...] Souvent je leur dis bin regarde je peux pas vraiment te donner deux boîtes parce que je suis à la fin, je fais ma commande pis j'en ai d'autres qui vont venir m'en, m'en demander donc faut que je partage. (Donneur no 3)*

*Trois facteurs pouvant expliquer pourquoi la quantité de seringues données est parfois limitée*

Plusieurs donneurs (et\ou sites) semblent donc avoir des limites dans la quantité de matériel qu'ils distribuent. Voici trois facteurs pouvant expliquer, en partie, pourquoi ces donneurs décident d'instaurer des limites.

*Une question de légitimité.* Un donneur explique d'abord que, dans son milieu, certaines règles restrictives ont été mises en application après qu'ils aient réfléchi à leur légitimité à faire une telle tâche. Cette réflexion aurait conduit à mettre en perspective que ce milieu puisse ne pas être le meilleur endroit pour faire de la distribution de matériel et que la référence à d'autres organismes, jugés plus aptes à donner du matériel d'injection, puisse être une meilleure solution. Dans cette foulée, ce donneur a diminué à dix trousses par visite la quantité maximale qu'il donnait à chacun des demandeurs. Toutefois, cette politique aurait ensuite été modifiée, allant vers une distribution à la

hausse après qu'on ait constaté que les usagers réutilisaient le matériel au lieu de s'en procurer dans un autre site. À cet égard, un usager confirme que des limites ont déjà été imposées dans ce site, mais que le maximum avait plutôt été fixé à trois trousses. Il établit un lien direct entre cette politique de restriction et le fait qu'il ait contracté le virus du VHC.

*[...] Criss y me donnaient deux, trois boîtes de seringues par semaine pour moi pis ma colocataire, pis un moment donné du jour au lendemain [...] « Non, non, on a pas le droit de faire ça pis on a jamais faite ça » aille c'est quoi ton asti de problème, « bin là t'as n'a assez avec trois kits par jour », mais comment tu fais pour savoir ça [...] Nous autres on était euh des gros consommateurs mettons là, on faisait pas juste de la morphine facque criss là, ça ça nous on toffait la journée pis le lendemain on était rendu sur nos vieilles pis un moment donné on s'est mélangé, pis j'ai pogné l'asti d'hépatite asti pis moi je leur avais dit vous êtes caves câlisse là « pis aie tu viendras pas m'refiler ton asti d'hépatite sur le dos ». (Usager no 15)*

*Une question d'abus.* D'une autre manière, le site d'un autre donneur aurait mis en application des restrictions après avoir jugé qu'il y avait des abus chez les usagers et, par voie de conséquence, qu'ils demandaient trop de matériel. Sur ce site, on aurait donc réduit à dix trousses par visite, la limite qui jadis était fixée à 20 trousses par visite. Sans compter que des coupures ont été également appliquées sur la quantité de caisses de matériel d'injection données par mois.

En fait, la moitié des donneurs dénoncent que certains usagers s'adonnent au trafic de seringues. Étant donné que cette situation soulève leur indignation, ils tentent alors par différents moyens de contrôler la distribution. Toutefois, ceci n'est pas l'avis de tous.

Pour sa part, un donneur va à l'encontre de cette position et précise que pour lui l'important reste que les usagers puissent s'injecter avec des seringues neuves, peu importe qu'elles proviennent ou non de trafiquants.

*Une question de nouveauté.* Puis, d'autres donneurs révèlent qu'ils imposent parfois certaines limites dans le matériel qu'ils donnent face aux personnes qui s'adressent à eux pour la première fois. L'un d'eux précise qu'il se sent obligé d'intervenir dans de telles circonstances, étant donné qu'il se refuse à donner du matériel d'injection à des gens qu'il ne connaît pas. Un autre donneur va aussi dans le même sens et décrit deux situations où il aurait décidé de refuser de donner du matériel d'injection.

*Yes, si c'est la première fois, écoute si euh écoute ça m'a déjà arrivé d'en, d'en refuser, deux fois, à deux jeunes qui n'avaient jamais consommé de cette façon-là, pis je les trouvais pas trop sérieux dans leur demande [...] J'ai jugé que c'tait préférable de pas leur donner de seringues à eux autres [...] Je pense qui étaient capables de passer par-dessus ça là, pis je croyais pas au danger de euh qui s'injectent avec une seringue souillée là, je suis pas sûr que le désir de consommer était si fort que ça, mais pour être bin sûr qu'après avoir pris une couple de bière ou je sais pas quoi, qui aient pas ça sur eux autres pour l'essayer de même là tsé c'tait des ti-culs quand même là.* (Donneur no 5)

### *Seringues à la traîne et récupération*

En contrepartie, l'enjeu de la récupération de seringues revêt une grande importance pour plusieurs donneurs. La récupération des seringues viendrait influencer directement la quantité que les donneurs jugent adéquate de donner. Par exemple, un donneur se dit

très réticent à donner 10 trousses et préfère imposer une limite allant de une ou deux trousses, mais que toutefois sa position serait sans doute bien différente si les usagers rapportaient leurs seringues. Comme d'autres donneurs, celui-ci considère donc que les règles sur le retour de seringues devraient être plus strictes.

Pour leur part, les usagers présentent des avis partagés en ce qui concerne l'ampleur des comportements liés à l'injection dans les lieux publics, entraînant que des seringues soient parfois laissées à la traîne. Un usager indique qu'il ne connaît que deux personnes pouvant faire une telle chose, tandis qu'un autre usager dit en connaître une bonne dizaine. Puis, un autre soulève la possibilité qu'il y ait eu une amélioration sur ce plan durant les dernières années. Il évoque que ce progrès pourrait être relié à deux éléments en particulier : il est possible que certaines personnes s'assurent de ramasser les seringues à la traîne et que les comportements des usagers se soient améliorés sur ce plan.

*[...] J'trouve ça va de mieux en mieux là, me semble comparé avant là, on en trouvait partout là, me semble à c't'heure euh j'en vois pas souvent là [...] L'année passée, v'là deux ans, tsé on en trouvait partout en-dessus de l'église euh partout [...] Ça l'air qui a du monde qui se promènent pis qui les ramassent ou je le sais pas là, pour les spots là, si j'en trouve pus, moi j'en vois pus en tout cas, bin rare que je vais voir une seringue traîner là [...] J'pense que le monde y apprennent tranquillement pas vite, de mieux en, de plus en plus là, à pu le faire sté, mais tsé c'est tannant pour tout le monde pis euh, ça je trouve que ça s'améliore, ce côté-là là. (Usager no 12)*

En outre, les UDI qui laissent leurs seringues à la traîne ne feraient pas l'admiration de la plupart des usagers que nous avons rencontrés. Certains d'entre eux sont même d'avis que ces UDI « fautifs » méritent d'être corrigés.

[...] *Ça m'a déjà arrivé deux trois de voir un de mes chums pitcher leur seringue à terre carrément, pis moi je la prenais pis j'y replantais dans l'épaule asti, men, tu y plantes dans cuisse pis là je leur disais regarde asti t'aimerais-tu ça asti men que ça soit pas la tienne que je viens de te planter là là tsé, vu que c'est la tienne tu pogneras rien là, en général le monde y la catchait là.* (Usager no 15)

Ainsi, plus de la moitié des usagers que nous avons rencontrés affirment qu'ils brisent leur aiguille après s'être injectés. Pour ce faire, ils font tournoyer l'aiguille jusqu'à ce qu'elle brise pour ensuite mettre l'aiguille à l'intérieur de la seringue et introduire le piston par-dessus. Ils le feraient pour éviter que des citoyens ne soient victimes de piqûres accidentelles, mais aussi pour éviter de se piquer sur leurs propres seringues. D'une autre manière, des usagers expliquent qu'il leur arrive de transporter leurs seringues souillées dans leurs poches. Ceci laisse voir la préoccupation qu'ils ont pour éviter les piqûres accidentelles, de même que l'attention qu'ils portent à la récupération des seringues.

Un répondant nous amène cependant à réfléchir sur la justesse des données dont nous disposons se rapportant au phénomène des seringues à la traîne.

*Non, non, j'ai jamais faite ça dans un lieu public vraiment [...] Mettons oui un parc là, mais ça c'est au Cap-de-la-Madeleine parce qui avait personne dans le parc, pis à part de t'ça les seuls lieux publics que j'ai faite ça c'est dans un fond de ruelle, facque qui a pas grand monde qui vont jouer là [...] Mais là j'ai faite mon shoot asti drette ça maine, en arrière d'une statue.*  
(Usager no 14)

En fait, cet usager répond ici qu'il ne s'est jamais injecté dans les lieux publics pour ensuite indiquer qu'il l'a fait dans un parc, dans le fond d'une ruelle et au centre-ville. Ce passage, pour le moins contradictoire, laisse entendre que le discours de certains usagers en lien avec l'injection sécuritaire et la récupération des seringues souillées doit être considéré avec prudence et que des répondants pourraient avoir omis de rapporter en entretien certains gestes qu'ils ont déjà commis.

#### *Les changements de comportement une fois injecté*

Sur un autre plan, près de la moitié des usagers mentionnent que la consommation de fortes doses de drogue entraîne généralement, chez eux comme chez les autres usagers, une importante anxiété. Ceci constitue un enjeu majeur pour la récupération puisque dans cet état, les UDI auraient tendance à se débarrasser de leurs seringues souillées sur les lieux de l'injection ou dans les environs. À cet égard, un usager aurait été témoin de commentaires et de gestes contradictoires.

*[...] Pis souvent le monde qui vont crisser ça dins rue vont juger parce qui ont trouvé une seringue à terre, y vont dire aye c'est écoeurant, bin regarde toi tu l'as faite toi-même là, regarde hier ou avant-hier, ou aujourd'hui tu*

*l'as faite, pourquoi tu serais dégoûté là pis que toi, pis que toi tu le fais pareil [...] J'en connais une dizaine qui font ça là. (Usager no 13)*

Près de la moitié des donneurs rapportent des éléments semblables. Une fois injectés ou en état avancé de consommation, les UDI oublient de récupérer et d'observer des comportements appropriés pour une injection sécuritaire.

#### *L'influence du lieu de l'injection*

Aussi, pour d'autres raisons et en d'autres circonstances, certains usagers nous amènent à comprendre qu'il n'est pas toujours évident pour eux d'adopter des comportements sécuritaires. L'un d'eux soulève, par exemple, sa crainte de perdre son logement (maison de chambre) s'il se faisait prendre, par son propriétaire, à s'injecter à l'intérieur. Sans doute pour les mêmes raisons, cet usager témoigne du fait qu'il a déjà vu des UDI s'injecter à l'extérieur devant tout le monde (sur le trottoir ou dans le parc). De son côté, un autre répondant se serait même injecté dans les toilettes du CLSC. L'injection dans les toilettes publiques pourrait en fait constituer une option à l'injection à l'extérieur tout en diminuant la crainte de se faire prendre sur le fait.

#### *Les endroits où l'on dispose des seringues et facteurs influençant la récupération*

Les entretiens que nous avons menés auprès des usagers, nous apprennent également que certains d'entre eux recourraient à d'autres endroits que les sites indiqués par le

programme pour se débarrasser de leurs vieilles seringues. Cependant, cette pratique ne serait qu'occasionnelle. Ainsi, lorsque ces usagers se retrouvent démunis de contenants ou lorsqu'ils sont aux prises d'une intense anxiété (après l'injection de fortes doses), les égouts constituent parfois le lieu qu'ils privilégient pour se débarrasser de leurs seringues. L'un d'entre eux dit avoir été tenté déjà de s'en débarrasser dans les poubelles. En fait, un seul usager se débarrasserait de manière régulière de ses seringues usagées dans des contenants de récupération qui ne sont pas ceux ayant été identifiés pour la récupération de seringues. Pour ce faire, il utiliserait les bacs bleus servant à la récupération de cannettes et de carton notamment. Il enroulerait ses seringues dans un ou plusieurs sacs de manière à ce que l'éboueur qui s'occupe de vider ces bacs ne se pique pas accidentellement.

À ce sujet, plusieurs usagers ont également avoué qu'ils éprouvaient un malaise à rapporter leurs seringues à la vue de tous. De plus, leur discours laisse croire que les usagers n'auraient pas eu toute l'information nécessaire sur les endroits où ils peuvent se débarrasser de leurs seringues. À preuve, un répondant suggère qu'il y ait plus de bacs de récupération à l'extérieur, sans pouvoir nommer les endroits où se trouvent actuellement tous les bacs extérieurs disponibles.

Dans le même ordre d'idées, un usager identifie un autre facteur pouvant avoir un impact négatif sur la récupération des seringues. Ce dernier déplore avoir été suivi à

deux reprises par des policiers alors qu'il rapportait ses seringues dans le bac de récupération arrière (à l'extérieur) du CLSC.

*Les flics là, sont venus voir ce que je faisais pendant que j'allais rapporter mes seringues là, j'ai trouvé ça con en asti moi, tsé le monde essaie de faire des bonnes asti d'actions pis les flics les font chier là [...] Y ont checké voir ce que je faisais, je m'en allais en arrière du CLSC, pis j'imagine qui pensaient j'allais me faire un hit, là le cave je m'en vas y rapporter mes vieilles [...] Moi je m'en crisse parce que je connais mes droits [...] Le gars après y va avoir la chienne de les rapporter, criss y va dire, y vont tu me spotter tsé quand je vas porter mes seringues [...] Au CLSC dans la boîte à malle pis après ça, vont tu me courir, tsé quelqu'un qui est parano là, bin y va les câlisser n'importe où ses seringues. (Usager no 7)*

Malgré le fait que cette pratique policière n'ait été rapportée que par un seul usager et qu'elle ne semble donc pas être couramment employée, il demeure important de considérer que lorsque cela se produit, les UDI peuvent craindre les représailles des policiers et, par conséquent, être moins enclins à persévéérer dans leurs comportements pour une récupération sécuritaire des seringues souillées.

#### *L'initiative des usagers pour la récupération des seringues*

Or, plus de la moitié des usagers signalent que des contenants de récupération (boîte de carton et bac de récupération) sont généralement installés dans les lieux publics où il y aurait consommation par injection. Ces contenants ont parfois été mis en place par des UDI qui souhaitent éviter que des seringues soient laissées à la traîne. Un répondant

dénonce toutefois qu'il arrive cependant que « les concierges de la ville » ramassent ces contenants.

*Que les astis de concierges de la ville y arrêtent de ramasser les bacs jaunes pis de dire que ça incite le monde à aller se junker là, ça c'est vraiment cave, tsé y se promène avec sa poubelle, y a son bac jaune accroché sur sa poubelle, on accroche un bac jaune à quelque part ok nous autres on va se faire des hits là-bas, eux autres y passent y l'enlèvent, y le jettent dans poubelle, mais après ça y viennent chialer aye criss y laissent trainer ça partout, bin oui mais regarde j'ai accroché un bac jaune là pour pas les laisser traîner pis tu viens l'enlever. (Usager no 14)*

#### *Le bac de récupération est-il proposé ?*

Pour leur part, les donneurs indiquent que le bac de récupération est proposé le plus souvent possible. En fait, si certains arrivent à le faire systématiquement, d'autres précisent qu'ils le font plutôt régulièrement, en voulant évoquer par là qu'il n'est pas toujours possible de le faire dans toutes les situations. Par exemple, l'un d'eux souligne qu'il n'offre pas de bac aux usagers qui n'ont pas de domicile fixe. Il poursuit en disant qu'il arrive que les usagers ne soient pas ouverts non plus à l'idée de traîner un bac avec eux. Ceci serait relié à la crainte qu'ils ont d'être identifiés comme « junkies » par les policiers et de vivre avec les répercussions de porter une telle étiquette. En revanche, certains usagers viendraient toutefois porter leurs seringues directement dans le contenant prévu à cette fin. À cet égard, un usager décrit bien ici l'inconfort que comporte le fait de transporter le bac de récupération.

[...] Bin souvent j'la prenais juste pas à cause que ça me tentait pas de traîner ça sur moi parce que j'avais pas de pac sac pis des conneries de même, mais j'aurais peut-être dû pareil, mais tsé là ça te tente pas de te promener en ville avec ta grosse boite jaune Twity asti là, ça paraît là tu t'en vas faire quoi là. (Usager no15)

Pour sa part, un autre répondant, un donneur cette fois, aimerait toutefois pouvoir donner des bacs de récupération pour faciliter le retour des seringues. Son intervention laisse croire en fait qu'il n'aurait apparemment pas de bac de récupération disponible à offrir aux usagers lorsqu'ils viennent s'approvisionner en matériel.

Parmi les usagers que nous avons rencontrés, certains confirment toutefois que le bac de récupération est proposé à chaque endroit où ils vont s'approvisionner. À l'inverse, d'autres évoquent plutôt qu'il n'est pas proposé dans plusieurs sites et qu'il devrait l'être davantage. L'un d'eux précise que trois sites qu'il fréquente ne proposent pas le bac de récupération. Il poursuit en soulignant qu'un site le propose maintenant, alors qu'il ne le proposait pas avant, tandis qu'un autre site aurait pour politique de l'imposer (le donneur te le donne et l'usager se doit de partir avec). Enfin, un autre usager permet de mieux comprendre pourquoi certains sites ne proposent pas le bac de récupération. Vraisemblablement, la distribution de bacs de récupération pourrait être influencée par le fait que les donneurs de ces sites ne voient pas l'usager rapporter ses seringues. Dans ces sites, les usagers n'ont pas à rapporter leurs seringues aux donneurs. Ils utilisent plutôt une boîte de récupération (boîte à lettre pour la récupération des petits bacs jaunes) à proximité du lieu où s'effectue la distribution de matériel. Ainsi, un usager

explique ici que lorsqu'il se présente pour se procurer du matériel d'injection, les donneurs lui demandent s'il a rapporté ses seringues et ne lui offrent jamais de bac.

*[Petit bac jaune] Ça m'a jamais été offert [...] Y m'ont juste dit est-ce que vous avez amené vos seringues, est-ce que vous avez mis dans, je dis oui madame j'ai z'ai mis là, là, des fois c'est pas vrai là. (Usager no 6)*

Dans un tel contexte, les donneurs auraient donc tendance à se fier sur le fait que les usagers puissent utiliser les autres bacs de récupération et n'auraient pas développé le réflexe de proposer le bac personnel de récupération.

#### *Difficultés à accomplir la tâche*

Malgré les résultats que nous avons rapportés jusqu'à maintenant, donnant à voir la complexité des situations dans lesquelles se trouvent les acteurs du programme (les donneurs comme les usagers), tous les donneurs que nous avons rencontrés prétendent d'emblée être confortables avec la tâche de donner du matériel d'injection. Ils ne considèrent pas que la tâche soit difficile. Pour différentes raisons, ils ne sont toutefois pas nécessairement à l'aise avec l'idée de distribuer du matériel d'injection. Ceci va au-delà du simple geste de donner des seringues à des UDI. Plus précisément, les difficultés qu'ils éprouvent sont apparemment de deux ordres différents. Il s'agit d'une part de difficultés d'ordre technique et d'autre part, de difficultés d'ordre éthique ou morale.

### *Les difficultés d'ordre technique*

Ainsi, certains donneurs se demandent si leur site constitue le bon endroit pour donner du matériel d'injection. En ce sens, le manque de temps et par conséquent, la faible disponibilité des donneurs semble être l'élément auquel ils accordent la plus grande importance. D'ailleurs, les principales difficultés que les donneurs rencontrent avec les usagers seraient apparemment bien souvent reliées au temps d'attente.

*[...] Ça arrive mais c'est c'est une mineure, parce que 99 % des UDI qui viennent, rien à dire, bin correct, c'est toujours le un pourcent malheureusement la minorité qui fait que, la, comment qu'on peut, la stigmatisation est là [...] Un pourcent de la clientèle qui vont euh agresser verbalement la réception parce que c'est trop long. (Donneur no 3)*

Or, un donneur est d'avis que ce programme peut être perçu comme un irritant par des employés surchargés qui font déjà du temps supplémentaire. L'obligation de remplir la feuille de collecte de données après avoir distribué le matériel s'ajoute à la charge de leur travail. Deux donneurs, qui n'ont pas cette obligation, ont souligné que la tâche de distribuer du matériel d'injection serait plus difficile s'ils avaient à remplir cette feuille. On évoque également que dans le contexte où on est déjà débordé, il est mal vu et frustrant de voir les UDI passer devant tous les autres clients. En de telles circonstances, il est bien difficile d'ailleurs d'établir un lien de confiance. Du reste, ce ne sont pas toutes les personnes qui peuvent intervenir auprès de ces individus. Un donneur se questionne sur sa compétence et celle de ses collègues pour offrir un tel service.

[...] Je me considère pas comme une place de choix, comme vous autres vous êtes groundés sur la clientèle tout le temps [...] On s'entend là, des organismes travailleurs de rue euh je ne crois pas détenir cette compétence-là que vous avez, absolument pas, je me sens plutôt comme un aide supplémentaire, un moyen, mais, j'pas un service proprement dit je me sens pas un service euh complet [...] On le fait du mieux qu'on peut avec ce qu'on est vraiment puis ce qu'on a le goût de faire avec cette clientèle-là, mais jamais qu'on pourra arr, arriver avec la compétence des personnes qui travaillent journalier avec cette clientèle-là [...] Tout ce, ce, cette portion de ground là que que je peux faire avec ces gens-là, bin mon employeur est pas au courant de t'ça, de un là, je veux dire euh j'ai pas faite de formation par rapport à ça, j'ai pas été formé pour ça, mais je suis faite de même, c'est une question d'être hein je pense [...] La travailleuse sociale à côté qui fait de l'accueil social m'excuse là mais, a un maudit bon vouloir, a veut toute ce qu'à, donner toute l'énergie possible mais c'est peut-être pas nécessairement, la meilleure personne. (Donneur no 3)

### *Les difficultés d'ordre éthique ou morale*

D'une autre manière, plusieurs donneurs soulignent l'inconfort qu'ils éprouvent en distribuant des seringues (et\ou de grande quantité de seringues). Ceux-ci évoquent que les seringues qu'ils distribuent ne sont pas toutes rapportées et se retrouvent malheureusement dans les lieux publics. À cet effet, certaines situations qui leur ont été racontées ont eu pour effet de les ébranler et de maintenir leur inconfort.

[...] On a eu comme un cas euh une petite fille qui jouait dans un parc et puis d'un coup sa mère a regarde pis est en train de jouer, une petite fille de, je pense 18 mois quelque chose dans le style, en train de jouer avec une seringue, le bout de la seringue dans bouche [...] Ça faite là wouff, tsé c'est nous autres qui donne ces seringues-là [...] Sté ça vient assez régulièrement, tsé tu dis bon son bac, y doit pas être plein, mais c'est parce qui nous les rapportent pas, super souvent là, on tsé y a pas de suivi là-dessus, je sais pas

*où c'est qui les rapportent, je sais pas qu'est-ce qui font avec. (Donneur no 11)*

En outre, la préoccupation des donneurs ne s'arrête pas à la récupération des seringues. Certains d'entre eux se questionnent sur l'influence que pourrait avoir l'accessibilité au matériel sur l'ampleur du phénomène de la consommation de drogues par injection. Plus précisément leur malaise est relié à l'idée que la distribution de matériel d'injection puisse encourager l'injection chez les individus qui consomment des drogues. Tandis que certains se posent simplement la question, d'autres tentent d'y répondre plus directement. Leurs observations et commentaires seront rapportés dans la partie consacrée à la *Vision du problème et des objectifs du programme*.

Plus fondamentalement, d'autres donneurs révèlent que la consommation par injection va à l'encontre de leurs valeurs et de leurs principes. L'un d'eux affirme avoir de la difficulté à voir ces personnes, les usagers, qui ne font pas attention à elles. Ceci rejoint l'opinion de la moitié des donneurs ayant évoqué qu'il est difficile de voir les usagers se détruire de la sorte en usant de ce mode de consommation. Pour comprendre le programme et accomplir la tâche, un autre donneur précise qu'il a dû mettre ses principes de côté. Pour ces donneurs, à défaut qu'il soit difficile d'accepter l'existence de la consommation de drogues par injection, la distribution de matériel devient un moyen d'atténuer les conséquences de ce mode de consommation.

[...] Au début, c'est sûr qu'on a des principes, on a des euh on a des, des, je je, je, j'ai des principes de vie moi qui euh qui est pas, moi j'aimerais pas ça donner ça à ma fille, pis qu'a se pique, c'est bin sur j'aimerais pas ça, mais euh je me dis euh c'est là, c'est c'est, c'est ici maintenant, y en a de besoin, pis j'aime mieux ça, j'aime mieux lui donner que, qui prenne n'importe quoi pour se, pour se shooter, pis euh, qui se shoote deux trois sur la même seringue, oui j'aime mieux lui en donner, euh j'ai j'ai, j'ai compris ça, vite au, au départ, parce que ça, ça devr, ça ares, aura le, garder les principes que j'avais, j'aurais eu bin de la difficulté à, à les, à donner ça, mais euh j'irai pas jusqu'à voir se shooter là. (Donneur no 9)

Enfin, certains donneurs ne veulent pas se considérer comme de simples fournisseurs de seringues. Ils désirent s'assurer que cette distribution puisse porter des résultats positifs. D'ailleurs, l'un d'eux explique qu'il intervient d'une certaine façon pour éviter de se sentir comme un pourvoyeur de seringues.

[...] Je dis bien parfois j'ai été capable au moins de re, de retarder cette injection-là, de ou et et en plus de, de démystifier certaines choses et même de référer à l'intervenante sociale dans certains cas, donc c'est sûr et certain que ces, ces cas-là que je suis capable de, entre guillemets, de de de, de récupérer, j'aime pas l'expression, bin c'est déjà ça, ça veut pas dire qui iront pas ailleurs pis ils l'auront pas, sauf que moi pour ma part je me sens mieux que d'être un simple pourvoyeur de seringues et de contenants euh jaune pour récupérer les seringues. (Donneur no 3)

## 2) Vision du problème et des objectifs du programme

### *Perspectives et visions différentes en regard des objectifs à atteindre*

La question, *Croyez-vous que le programme atteint ses objectifs?*, avait pour but de recueillir les connaissances des répondants sur les objectifs du programme et de connaître leurs perceptions à savoir si ces objectifs sont atteints ou non. En guise de repères, voici d'abord les objectifs du programme tels que définis par l'Agence de la santé de services sociaux :

Rendre accessible à la clientèle utilisatrice de drogues injectables, du matériel d'injection stérile et des condoms, dans le but de limiter la transmission du VIH et des hépatites chez cette clientèle et leurs proches. (...) Le programme vise également à rendre accessible à la clientèle cible, toute l'information pertinente sur la prévention du sida, des hépatites et sur les ressources d'aide disponibles sur le territoire (dépistage, désintoxication, réadaptation, etc.) (Côté & Drouin, 2007, p. 8).

À cette question, la moitié des donneurs ont donc répondu que le programme n'atteignait pas ses objectifs. Cependant, leurs réponses laissent entrevoir des différences importantes au plan de la perception qu'ils ont à l'égard des objectifs que le programme est sensé atteindre. Les cinq objectifs que nous avons identifiés dans le discours des répondants sont présentés ci-après.

### *Objectifs axés sur l'accessibilité au matériel d'injection*

Dans la perspective où le principal objectif du programme consiste à rendre le matériel d'injection accessible aux utilisateurs, l'un des donneurs que nous avons rencontré croit que le programme atteint ses objectifs. Ce répondant est celui qui vraisemblablement se colle le plus près des objectifs du programme, tels qu'ils apparaissent dans les documents écrits.

*[...] J'imagine que oui parce que le programme euh tsé continue dans tout ça et puis euh quand qu'on commande des kits on en reçoit [...] Parce que vraiment c'est de plus en plus accessible, j'ai l'impression que c'est l'objectif numéro un euh l'objectif euh bin numéro un ensemble en faité là ça doit être de diminuer les problèmes de transmission de maladies, j'espère que ça réussit à le baisser, j'ai pas vu les statistiques là, mais euh souhaitons.*  
 (Donneur no 11)

### *Objectifs axés sur la quantité de seringues à donner*

Un autre donneur croit également que le programme atteint ses objectifs, mais pour des raisons différentes. Son jugement se fonde sur une conception différente de l'objectif principal du programme qu'il associe à la quantité de seringues distribuées. En limitant à dix trousse par usager le nombre de seringues à donner et à trois caisses par mois, il estime que le programme atteint ainsi ses objectifs.

### *Objectifs d'éducation et de continuité des soins*

Toutefois, un autre donneur juge que le programme ne parvient pas à atteindre ses objectifs, ce qui ne saurait se faire qu'en distribuant des seringues propres. À vrai dire, ce répondant ne semble pas croire que le simple fait de donner du matériel d'injection puisse conduire à des résultats concluants. Cet extrait de l'entretien que nous avons eu avec lui illustre bien son opinion.

*Ah non pas du tout [...] Le seul objectif qui, qui atteint c'est d'en donner des propres c'est tout, y pas de contrôle sur le reste, tant qui auront pas de contrôle sur le reste bin, sur toute le, le programme au complet, je le connais pas toute au complet mais, c'est, c'est c't'objectif que je trouve qu'on, qu'on respecte quand qu'on en donne des nouvelles, pas d'enseignement qui se fait euh pas de continuité dans les soins, pas de rien, y a pas de continuité à nulle part, on, ça rentre un bord, pis c'est tout. (Donneur no 8)*

### *Objectifs spécifiques selon les individus et réinsertion sociale*

Puis, un autre donneur indique que le programme atteint partiellement ses objectifs. Mais que l'évaluation qui peut en être faite dépend notamment des objectifs personnels que se fixent au départ les acteurs (donneurs) qui y participent.

*[...] Partiellement, ça dépend qui [...] Ce que je crois par rapport au programme ça dépend comment tu le fais [...] Si tu les fais dans une vision globale [...] Tu vas atteindre tes objectifs que tu t'es mis toi-même [...] Moi les objectifs que j'ai par rapport à ça c'est toujours [...] La réinsertion sociale [...] Moi j'y crois totalement qui sont réchapables [...] C'est du cas par cas rendu là [...] Je peux pas passer à côté que mes objectifs sont*

*minimes là, je veux dire si déjà en partant je suis la personne ressource et avec le sticker écrit seringue dans le front, pour certains mon objectif va être atteint, parce que déjà c'est, y ont été durs d'approche, y vont avoir été plus difficiles à aller chercher, pis aujourd'hui y ont, y se sont améliorés envers moi, euh y viennent chercher avant qui soient en manque [...] Pis y en a d'autres que, qui se prennent en main euh que que, qu'y sont par, ça va bien pis que, au lieu d'être rendus à à une boîte par jour, criss y sont rendus à un kit par jour. (Donneur no 3)*

#### *Objectifs reliés à la diminution d'infections et d'abcès*

Pour terminer, un autre donneur arrive mal à se prononcer à savoir si le programme atteint ou non ses objectifs. Il faut dire que les critères sur lesquels il s'appuie sont relativement larges.

*[...] J'ai aucune idée, sûrement, sûrement parce que euh tsé y a des individus dans le fond qui m'en demandent plus des kits pis tsé, tsé je vois qui font moins d'abcès souvent par exemple euh y font moins d'infections à ce niveau. (Donneur no 1)*

#### *Perception des acteurs sur l'efficacité du programme*

Plus encore, nous avons demandé aux acteurs du programme d'identifier ses effets en lien notamment avec la transmission de virus chez des usagers. Il convient toutefois de souligner que les résultats que nous recueillons ici demeurent de l'ordre des perceptions. Il ne s'agit donc pas d'une évaluation de l'efficacité du programme au sens propre du

terme, mais d'un autre moyen que nous avons pris pour cerner la compréhension et les perceptions qu'en ont les acteurs qui y participent.

Or, à la question, *À votre connaissance est-ce qu'il y a des individus qui n'ont pas été infectés par le virus du VIH ou des hépatites grâce à ce programme?*, aucun donneur n'a répondu de manière clairement positive. Certains ont répondu, tout au plus, que le programme pouvait sûrement ou probablement avoir un tel effet. Puis d'autres se sont montrés plus pessimistes dans leur réponse.

*Probablement, j'espère câlissee, j'espère qui a au moins une personne [...] Non, je peux pas t'en nommer une [...] Je peux t'en nommer du monde qui ont commencé à se shooter depuis que le programme est parti, mais je peux pas t'en nommer qui ont rien pogné depuis tsé, c'est dur, mais je te dis pas que ça se peut pas par exemple.* (Donneur no 4)

De leur côté, les usagers offrent des réponses qui varient considérablement. Certains d'entre eux ont répondu qu'ils ne savaient pas si le programme avait de tels effets, tandis que d'autres ont simplement répondu que oui, sans expliquer davantage. Ou encore, plus catégoriques et descriptifs dans leur réponse, des répondants estiment que certains usagers auraient été infectés si ce n'était pas du programme.

*[...] Ah ouia, qui a pas, qui a pas encore l'hépatite ou pas encore le sida, qui a pas peu importe les maladies transmissibles, j'en connais du monde qui l'ont pas encore, pis ça fait longtemps qui font ça, parce que, y ont l'intelligence de de, de toujours prendre des neuves parce que, y ont l'intelligence, le programme, y ont l'intelligence de donner des neuves, c'est*

*sûr, c'est ça que ça sert, ça c'est [...] Ah oui, sûrement, même, moi j'pourrais te dire euh 110 % qui l'auraient la maladie. (Usager no 13)*

Par contre, un autre usager tient un discours complètement différent qui vient à l'encontre de cette position.

*Bin non je connais pas vraiment de junkies qui ont pas l'hépatite, toutes ceux que je connais y ont l'hépatite [...] À part moi, pis même moi j'suis pas sûr facque euh non je connais personne. (Usager no 14)*

Ainsi, seulement deux répondants sont parvenus à identifier des cas précis qui démontrent que le programme peut permettre à des utilisateurs d'éviter les infections. Il n'était cependant pas surprenant d'obtenir peu de réponses claires et positives à cette question puisque l'on demande aux répondants des informations sur d'autres personnes qu'ils ne peuvent pas vraiment détenir. Cette question a néanmoins son importance dans le déroulement des entretiens car elle permet aux répondants d'explorer les faits sur lesquels s'appuient leur perception à l'égard de l'efficacité du programme et de nous les rapporter pour ainsi amener les répondants à approfondir et préciser leur position.

*Le programme permet-il de limiter la transmission des virus ?*

Bien que les réponses des usagers aient été très variées à la question précédente (*À votre connaissance, est-ce qu'il y a des personnes qui n'ont pas été infectées par les virus du VIH ou des hépatites grâce à ce programme?*), tous ont répondu par

l'affirmative à la question *Le programme permet-il de limiter la transmission des virus?*

Et bien qu'aucun donneur n'a été en mesure d'identifier une personne en particulier qui ne se serait pas infectée parce qu'elle aurait participé au programme, près de la moitié des donneurs ont simplement répondu oui à cette question. Les autres donneurs ont précisé leur réponse.

L'un d'eux se questionne notamment sur la capacité du programme à atteindre ses objectifs en raison du fait que les comportements changent beaucoup moins rapidement que le virus de l'hépatite tend à se propager. Règle générale, les usagers seraient donc déjà contaminés avant qu'ils n'aient eu le temps de changer leurs habitudes de consommation. Ce répondant décèle néanmoins des indices chez les usagers pouvant laisser croire que la sensibilisation s'installe tranquillement dans les milieux.

*[...] Je pense que la sensibilisation, la responsabilisation face à, à sa propre consommation pour un utilisateur de drogues injectables c'est long tsé [...] Ça pourrait, euh à long terme [...] Tout de suite je ne la vois pas nécessairement, mais tsé on commence à entendre plus parler pis euh, tsé des fois je peux arriver pour donner une information « oui oui je le savais » pis « non non je les donne pas mes seringues », euh tsé « moi j'ai déjà l'hépatite je ne veux pas infecter personne pis tsé » des fois sensibilise entre eux autres aussi tsé, « Moi tsé pis moi je l'ai l'hépatite facque tu prends pas mes seringues ». (Donneur n°1)*

Par contre, certains donneurs soulèvent un enjeu important. Plus précisément, ces derniers seraient témoins d'une augmentation du taux d'hépatite C. Toutefois, en dépit

de ces observations pour le moins inquiétantes, ces répondants croient tout de même que le programme permet de limiter la transmission des virus.

*[...] Est-ce que ça permet, oui sûrement [...] Dans une parcelle oui, mais avec les taux que je vois d'hépatite C [...] Et même VIH, y ont tendance à la hausse, euh est-ce que c'est uniquement à cause du programme d'échange de seringues, ça peut être les relations sexuelles on s'entend là, sauf l'hépatite C là, qui est dans des, très rares cas [...] Oui j'espère que ça a aidé quelqu'un, qui a suivi à la lettre les recommandations. (Donneur no 3)*

De plus, un des donneurs précise que les UDI sont bien souvent en dehors du cadre médical et qu'ils apprennent généralement qu'ils ont l'hépatite seulement après avoir arrêté le mode de consommation par injection. Par conséquent, nous pouvons nous questionner sur le taux actuel d'hépatite C parmi les usagers du programme.

Avant même que nous lui posions la question sur les retombées du programme, un donneur affirme, pour sa part, que le programme n'atteint pas son but qui consiste à limiter la transmission des virus. Il évoque que pratiquement la totalité des personnes qu'il connaît ayant commencé à s'injecter, ont été infectées par le virus de l'hépatite C. Il précise que même avec des seringues propres, et malgré l'information qu'ils ont reçue sur la transmission des infections, les usagers du programme contractent quand même ce virus.

*[...] Pas du tout [...] Si les objectifs du programme étaient d'empêcher la propagation des virus hépatite VIH, on est à côté de la trac, 100, presque 100 % des usagers ici on l'hépatite C, on les a vus, y consommaient pas, y*

*l'avaient pas, y ont consommé, on leur a donné des seringues neuves, fait attention, (bruit avec la bouche), hépatite, tous, en cas qu'y aille un on va dire .99 mais, ici à l'heure, aujourd'hui, à l'heure où on se parle, ceux qui viennent me chercher des seringues ont l'hépatite C, tous, tous. (Donneur no 5)*

Ce point de vue rejoint celui d'un autre donneur qui avance l'idée que le programme est peut-être même venu empirer la situation.

*Bin le nombre de personnes que j'ai vues qui ont commencé à se shooter depuis ce temps-là, pis qui ont l'hépatite anyway, pis en plus de t'ça euh ça peut-être rempiré quelque chose en faite parce que c'tait loin d'être accessib, accessible comme ça avant là, là c'est beaucoup plus accessible de un, pis de deux je ne vois pas la diminution des maladies là, je l'a vois pas. (Donneur no 4)*

Dans la citation qui suit, nous voyons même qu'un donneur estime que le programme a contribué à l'augmentation de la consommation par injection. Et, comme il considère que la transmission du virus de l'hépatite C est rapide (en deux mois) et systématique chez les consommateurs de drogues par injection, il en déduit du coup que le programme a entraîné une augmentation de la transmission des virus. Il tient à préciser cependant que le programme n'est pas responsable du fait qu'il y ait plus de consommateurs de drogues, mais bien qu'il a incité les consommateurs à recourir à l'injection. Il appuie d'ailleurs ses propos en affirmant avoir sondé les UDI sur le terrain qu'il connaît, ceux qui utilisent le programme.

*[...] J'ai qu'en même sondé le terrain auprès de, en essayant autant que possible de pas euh biaiser les réponses des gens tsé mais, en jasant de t'ça,*

*de c'te programme d'échange là, on m'a souvent euh à plusieurs reprises verbalisé que effectivement, si les seringues étaient pas si accessibles jamais y auraient essayé ça tsé, mais là euh trop facile, trop facile [...] Un jeune d'ici c'est-à-dire qui, qui a perdu un chum euh qui fait un lien direct avec l'acc, l'accessibilité aux seringues tsé c'tait son premier hit, euh pis son chum y disait ah non essaye pas ça, ah oui, pis y est allé chercher une seringue comme on va chercher un chip au dépanneur, y l'a essayé et pis y a mal dosé son affaire pis euh y est parti sté, y a aussi c'te risque là, je te dis y tsé y en meurt pas à tous les jours de même là mais, un c'est encore trop.* (Donneur no 5)

Ce donneur reconnaît toutefois, qu'avant que le programme ne soit mis en application, il était très difficile de se procurer des seringues, problème qui poussait les utilisateurs à partager leur matériel d'injection. Cependant, le nombre d'individus qui s'injectaient auparavant était moindre à son avis. Autrefois, les personnes qui s'injectaient étaient plus marginalisées et pouvaient même être victimes d'agressions en raison de ce mode de consommation. Les perceptions à leur endroit auraient donc changées depuis l'apparition du programme, ce qui tend à démontrer qu'il ne présenterait pas que des côtés positifs.

*[...] C'est devenu entre guillemets une mode pour certains euh certains punks, certains jeunes punks qui regardent des vieux, pis euh ont le goût de faire pareil, on, ressent dans les débuts en tout cas une certaine fierté à s'injecter pis à nous montrer leur bras meurtris, ça leur fait une petite fleur sur su, à quelque part un petit velours, sont contents de t'ça y appartiennent maintenant aux ligues majeures [...] Pis encore bin en rendant ça bin accessible pis en en parlant pis bin je trouve qu'on le banalise pis en banalisant bin, c'est plus facile de, de tomber dedans-là tsé euh, c'est moins pire aujourd'hui de se shooter qu'avant tsé euh, avant c'tait, c'tait grave de se shooter, aujourd'hui c'est (bruit avec la bouche) pas bon mais c'est pas euh, ça fait pu frecker grand monde là dans le milieu là.* (Donneur no 5)

Ce donneur évoque non seulement que dans ces dernières années le nombre de consommateurs de drogues par injection aurait augmenté dans la région de Trois-Rivières, mais aussi que les individus qui passent à l'injection seraient de plus en plus jeunes. Il rejoint ainsi les propos d'un autre donneur.

*Bin c'est pas des gens super heureux dans ce qui sont hein, euh qui ont des paquets de problèmes pis qui consomment sûrement à cause d'une partie de ça, puis que bin souvent c'est bin triste parce qui sont de plus en plus jeunes.*  
(Donneur no 11)

Ainsi ce donneur estime que les effets bénéfiques du programme sont inférieurs à ses effets pervers, sans compter que la distribution de matériel d'injection crée bien des malaises. Toutefois, il se questionne tout autant sur l'impact négatif qui pourrait survenir si la distribution de matériel était interrompue. Il avoue donc ne pas avoir de solution et en conclut que nous sommes en quelque sorte pris avec ce programme. Dans cette perspective, un autre donneur apporte l'explication qui suit.

*[...] Même que c'est rendu trop accessible facque, non seulement le programme a pas atteint ses buts jusqu'à maintenant mais, y a développé un nouveau problème peut-être, ça c'est plate parce que je suis convaincu qui avait plein de bonnes intentions là-dedans en partant ça, je trouvais ça cool c'te programme là au début, pis je le trouve encore correct, y a besoin d'une puissante réforme par exemple parce que, parce que ça améliore pas les choses là.*  
(Donneur no 4)

En contrepartie, c'est pratiquement la totalité des usagers que nous avons rencontrés qui estiment que ce programme est une bonne chose. Seulement l'un d'entre eux prétend

que non et associe le programme au début de sa consommation par injection.

*Bin non, moi je suis pas d'accord avec ça pen toute, parce que si ça existerait pas peut-être que je n'aurais, j'aurais jamais faite ça aussi là.*  
(Usager no 6)

Dans le même ordre d'idées, un autre usager croit qu'il y aurait sans doute moins de personnes qui s'injecteraient s'il n'y avait pas de programme, mais que celles-ci seraient dix fois plus infectées (virus et abcès) en raison du fait qu'elles réutiliseraient fréquemment leurs seringues. Puis, un autre va dans le même sens en tentant de peser les avantages et les inconvénients du programme, de même que l'accessibilité au matériel.

*[...] Je suis d'accord oui mais, je trouve que c'est trop facile de s'en trouver pareil, c'est sûr que, oui si ça serait plus tough, peut-être à cause de l'hépatite, c'est sûr que le monde prendrait toutes les mêmes mais, en même temps c'est rendu facile en asti se faire un hit là, criss y ont marqué comment faire tabarnac [...] Qui a entendu what ever au parc Champlain ou quelque chose, what ever que c'tait facile de se shooter ça, bin va au CLSC se pogner un kit pis y commence à se shooter avec les pilules de sa mère tsé tu comprends tu, faut pas un bacc en physique nucléaire pour savoir comment se faire un hit [...] Moi je suis sûr que c'est trop facile [...] Ouia ouia si ça serait tough à trouver je pense qui a bin moins de monde qui en ferait là une première fois [...] Un petit peu trop facile pour les jeunes.*  
(Usager no 7)

*Facteurs pouvant avoir influencé la distribution et la réutilisation de matériel*

Suite à ces résultats, la prochaine partie fera état de quatre facteurs ayant émergés du discours des répondants, des facteurs qui auraient pu avoir une influence sur les résultats du programme.

*Présentation du programme aux donneurs*

En premier lieu, les donneurs que nous avons rencontrés auraient apparemment reçu des indications bien différentes sur le programme, ce qui pourrait expliquer en partie pourquoi ils ont des perceptions si hétérogènes de la tâche à accomplir et de la façon qu'ils sont sensés la mettre en application. Par exemple, pour un donneur le programme est venu s'ajouter à ses tâches sans qu'il ne reçoive pour cela aucune explication en particulier.

*Bin je suis pas sûr que ça m'a été présenté, je te dirais plus ça m'a été dit, c'est comme euh, je peux pas te dire euh, tsé ça fait partie de ma job, on m'a dit si ça se présente au XXXX euh on a un formulaire à faire remplir pis on a ça à donner pis euh, mais tsé le pourquoi, le comment pis le où on s'en va avec ça euh pas vraiment. (Donneur no 8)*

Il est à souligner que l'entretien que nous avons conduit auprès de ce donneur est empreint d'une grande amertume et témoigne du dédain que soulève chez lui la tâche qu'il a à accomplir.

En outre, un autre donneur semble être sensiblement dans la même situation, sans qu'il ne présente pour autant les signes d'un ressentiment. Il aurait apparemment eu plus d'informations sur sa tâche. Puis, il semble que d'autres donneurs auraient accepté assez facilement leur participation au programme. Ces derniers ayant pour la plupart déjà travaillé auprès de consommateurs de drogues. Ainsi, l'attention portée à la présentation du programme pour obtenir le consentement des donneurs à contribuer à la distribution de matériel d'injection constitue apparemment un facteur déterminant de l'attitude qu'ils développeront à l'endroit de la tâche elle-même et de la façon de la mettre en application. Dans cette perspective, certains donneurs apportent quelques illustrations plus concrètes, notamment celui-ci qui révèle que la compréhension qu'il a à propos de ce qui est attendu de lui est relativement floue.

*Ce qui est attendu de, bin ce qui est attendu de moi, c'est d'offrir un service de, d'échange de seringues, c'est ça qui est attendu, c'est aussi brouillon que ça là, je veux dire comme j'ai dit oui j'ai eu une petite formation y a plusieurs années de t'ça, mais dans le fond les gens qui font ce que je fais euh à Trois-Rivières, c'est aussi vague que ça, je pense qui fffff y ne savent, y ne peuvent pas définir une tâche comme celle-là vu qu'est un petit plus difficile à comprendre pour certains de mes, de mon employeur. (Donneur no 3)*

Il s'avère toutefois qu'une formation fut donnée. Deux des répondants en auraient bénéficié. Pour l'un, cette formation visait à expliquer le programme et son but, tandis que pour l'autre donneur, sa formation semble lui avoir donné plus de matériel au plan du savoir faire.

[...] *J'avais eu une légère formation au niveau de l'agence aussi comme quoi c'était quoi le programme, le but du programme d'échange de seringues euh, la réduction des méfaits, bon dans le fond c'est, c'est un peu très vague là dedans, mais je veux dire euh, ça disait ce que c'était le programme d'échange de seringues et le pourquoi et le comment ouais.* (Donneur no 3)

[...] *Dans le fond y nous montre un peu comment, comment que les gens doivent se piquer sécuritairement avec la trousse, y nous présentent un peu qu'est-ce qu'on retrouve dans la trousse, euh avec les tampons d'alcool, avec les seringues qui a, avec l'eau stérilisée pis tout ça.* (Donneur no 1)

Ce même donneur évoque également l'existence d'une autre formation qui essentiellement se rapportait à la manière de récupérer de façon sécuritaire les seringues souillées.

#### *Difficulté des usagers de se déplacer*

Comme nous l'avons déjà rapporté, la consommation altère l'état des usagers, au point où leurs déplacements deviennent parfois difficiles. À cet effet, certains donneurs soulignent que pour cette raison, les UDI ne peuvent pas bien souvent accéder au matériel stérile d'injection. Pour illustrer ce fait, voici ce qu'une utilisatrice rapporte à ce sujet.

[...] *Quand je suis trop gelée pour sortir parce que moi aussi je fais attention aussi pour pas que les gens me voient parce que souvent je suis pleine de sang, moi ça me coule partout moi j'ai j'ai pas le réflexe de m'essuyer parce que je suis trop buzzée, facque je dégoûte, facque moi euh,*

*j'aime mieux, si je commence à consommer le matin pis j'ai envie de pisser là pis je suis pleine de sang je suis pas capable de me changer, trop gelée là, m'a attendre à nuite pour y aller pisser. (Usager no 2)*

Ces propos démontrent non seulement combien il est difficile pour les UDI de se déplacer, mais également combien il est difficile d'amener ces gens à adopter des comportements sécuritaires d'injection, ce qui laisse entrevoir des risques élevés de propagation des virus.

#### *Réutilisation de matériel d'injection*

En plus des effets négatifs de la drogue sur leurs déplacements, le contexte dans lequel s'injectent les UDI pourrait aussi être favorable à l'échange de matériel. Ce donneur soulève en effet que le matériel est partagé bien souvent sur les lieux mêmes où les individus se regroupent pour s'injecter et qu'après une injection, ils ne sont plus aptes à départir le matériel des uns de celui des autres. Il déplore le fait que les instigateurs du programme n'aient pas tenu compte, au départ, de ces considérants : lieux, contextes d'injection et condition des personnes ayant consommé. De son côté, un usager confirme que de tels lieux existent à Trois-Rivières (au centre-ville) et que la fréquentation de ces endroits par les UDI favorise le partage du matériel.

*[...] On passait une boîte par jour criss, ciboire là y en 20 fois quatre, 80 seringues, on en passait plus qu'une même des fois, c'tait mongole (rire), bin y avait plein de monde qui passait chez nous aussi là, c'tait comme genre on était les seuls qui avaient un appart dans le centre-ville cet hiver-là là, tout*

*le monde venait se geler chez nous, y venait se faire des hits chez nous, c'tait comme là on payait pas notre dope, asti que c't'est l'fun. (Usager no 7)*

Un des répondants rapporte ici que le contexte festif et désorganisé dans lequel il s'est déjà injecté pourrait bien être à l'origine du fait qu'il ait contracté le virus de l'hépatite C.

*[...] Je suis sorti pis y me restait comme je te dis des seringues de sang pis y reste du stock dedans, y a une fille qui est arrivée pendant que j'étais pas là, a l'a utilisé une de ces seringues, seringues-là, a se les vidée dans le bras, a me l'a pas dit, a l'a mis là, moi j'ai réutilisé c'te seringue là, pis après a m'a dit [...] « Pourquoi que tu laisses autant de stock dans ton chose, je suis gelée bin raide », t'as pas pris ma seringue, a dit : « oui », j'avais été dépisté avant j'avais rien, je suis allé me faire dépister après j'avais l'hépatite C. (Usager no 2)*

De plus, les répondants soulèvent une certaine problématique reliée au fait que le matériel d'injection ne soit pas accessible durant la nuit. Certains donneurs expliquent que les consommateurs de drogues par injection seraient très actifs durant la nuit. À cet égard, l'un d'eux semble dire que le service 24 heures d'accès au matériel d'injection actuellement offert à Trois-Rivières n'est pas adéquat.

*[...] Je veux dire y a beaucoup de gens dans le fond qui s'injectent la nuit hein faut pas s'en faire là, qui qui est ouvert de nuit à part l'hôpital, y n'a pas, est-ce qui a un service adéquat, pas sûr. (Donneur no 3)*

De leur côté, les usagers sont beaucoup plus catégoriques dans leurs réflexions. Près de la moitié d'entre eux, parmi ceux que nous avons rencontrés, s'expriment sur le fait que l'inaccessibilité du matériel d'injection la nuit au centre-ville constitue un problème. Cet usager illustre bien cette situation.

*[...] Ça m'est arrivé très souvent que, j'en avais plus besoin quand c'tait fermé que quand c'tait ouvert, pis j'y pensais pas tout le temps là mais ça pouvait être un adon que, encore à 10 heures quelqu'un arrive m'en donne, ah là j'ai le goût d'en faire, j'vas n'en faire, facque tsé ça ça pouvait arriver souvent, ça c'est, le trois quart du temps c'tait ça dans le fond [...] J'faisais dur là, soit que je prenais mes vieilles quatre cinq fois pis ça faisait mal en asti soit faisais le, tour du monde que je connaissais pour n'avoir, ou bin soit que, j'en faisais pu. (Usager no 14)*

À cet effet, certains usagers évoquent aussi que la distance entre le centre-ville et le site de distribution de 24 heures de l'hôpital Sainte-Marie aurait une incidence sur la réutilisation du matériel d'injection la nuit.

*Combien de fois moi j'ai pris mes vieilles seringues à cause que ça me tentait pas de marcher jusqu'à Sainte-Marie, mais j'aurais marché jusqu'à Saint-Joseph par exemple j'tais à côté, parce c'tau centre-ville, Sainte-Marie c'est pas au centre-ville. (Usager no 15)*

#### *Méconnaissances des virus et des moyens de transmission*

Par contre, certains usagers réutiliseraient leur matériel d'injection parce qu'ils sont apparemment mal informés sur les risques de transmission des virus. À preuve, l'un des répondants affirme que le virus de l'hépatite C meurt au contact de l'air après seulement

quelques secondes. Il croit qu'il est impossible par la suite de contracter le virus en réutilisant le même matériel. Or, selon l'Agence de la santé publique du Canada le virus du VHC pourrait survivre sur des surfaces à la température ambiante au moins 16 heures (Gouvernement du Canada, 2009).

Un donneur déplore d'ailleurs qu'il n'y ait pas beaucoup d'éducation qui se fait auprès des consommateurs et qu'ils ne lisent pas le dépliant que contiennent les trousses de matériel qu'il fournit. Celui-ci ajoute que même si certaines personnes consomment par injection depuis un bon moment déjà, ces dernières ne connaissent pas nécessairement les modes de transmission des virus et ceci semble se confirmer par le discours de certains usagers. En fait, nous avons dû poser plusieurs questions (dans près de la totalité de nos entretiens) afin de connaître leur degré de connaissances face aux risques de transmission des virus liés au partage du matériel différent de la seringue (filtre, eau, ...). Les usagers ont surtout parlé des relations sexuelles et du contact par le sang.

### 3) Le programme : comment l'améliorer

Par l'entremise du discours que les répondants ont tenu sur les premières questions du canevas d'entretien, nous pouvons déjà dégager plusieurs points forts et points faibles du programme. Dans cette partie qui porte plus spécifiquement sur les réponses qu'ils ont données sur les moyens d'améliorer le programme, nous devons, quitte à nous

répéter, évoquer de nouveau certains éléments en raison de l'importance que les répondants y accordent.

#### *Points forts du programme*

Ainsi, à l'égard des points forts du programme, la moitié des usagers, de même que certains donneurs ont évoqué que l'accès au matériel d'injection constituait en soi un facteur important. Sur ce, un donneur précise que l'avantage repose principalement sur le fait que les usagers puissent avoir autant de seringues qu'ils en demandent. Il préférait que ces consommateurs ne s'injectent pas, mais puisqu'ils le font, il est préférable qu'ils puissent avoir du matériel stérile en tout temps. Plusieurs donneurs soulignent également que le programme constitue un moyen d'entrer en relation avec ces personnes déjà difficiles à rejoindre. De plus, ce contact peut ouvrir la porte à une démarche éventuelle.

Un usager indique, pour sa part, qu'il apprécie que les donneurs ne lui fassent pas la morale comme ceci était le cas auparavant. Un autre voit d'un bon oeil que le gouvernement soit ouvert à fournir du matériel d'injection à des UDI et que cette initiative ne soit pas considérée comme un incitatif à la consommation. La gratuité du service et la préoccupation pour les usagers sont aussi rapportées comme d'autres points forts par un utilisateur que nous avons rencontré.

### *Points faibles du programme*

Des usagers ont évoqué toutefois des problèmes reliés à la confidentialité, des problèmes qui se manifestent dans un site en particulier. Cet usager exprime bien le malaise qu'il éprouve de se procurer du matériel dans un tel contexte.

*[...] J'ai moins de facilité à demander des seringues YYYY, je sais pas pourquoi mais tsé, c'est moins confidentiel, le monde sont toute là, pis ça, c'est euh c'est comme donné à, quasiment à la vue de tout le monde [...] Ça met plus ou moins confortable dans ça. (Usager no 13)*

Un autre usager déplore une situation qu'il aurait vécue dans l'un des sites.

*[...] Je m'ai confié à eux autres c'tait après que m'ont dit ah bin on travaille en équipe XXXX, c'est sûr que l'autre le sache là, ouin mais c'est pas ça que tu m'as dit au début là, tu m'as dit qu'est-ce qui se dit dans le bureau reste dans le bureau, moi je t'ai cru, je t'ai faite confiance mais là c'est fini, je veux rien savoir de toi, là ça resté de même, j'y parle pus. (Usager no 6)*

Celui-ci poursuit en disant que l'un des sites qu'il fréquente lui demande son nom lorsqu'il s'y présente pour obtenir du matériel d'injection. En de telles circonstances, il donnerait toutefois un faux nom. Apparemment, il serait le seul à devoir faire une telle chose, tandis que tous les autres usagers que nous avons rencontrés qui se procurent également du matériel par l'entremise de ce site, n'auraient eu en aucun cas à révéler leur nom.

Sur un autre plan, un donneur considère, pour sa part, que les quantités de matériel distribuées ne sont pas suffisantes et qu'il est clair qu'elles doivent être augmentées.

Dans cette perspective, il établit un lien entre l'augmentation du taux de transmission des virus (hépatites et VIH) chez les UDI et le partage de matériel qu'il associe à ces quantités de matériel qu'il juge insuffisantes.

Pour sa part, un usager prétend avoir de la difficulté à entrer en contact avec les donneurs qui lui amènent habituellement son matériel stérile. Ceci particulièrement lorsqu'il désire consommer dans l'immédiat ce qui a pour conséquence qu'il ne peut pas accéder rapidement au matériel. Pour lui, la distance entre son logement et les sites de distribution constitue une difficulté importante.

Un autre usager déplore le temps d'attente pour obtenir le matériel, qu'il considère toutefois comme étant le seul point faible du programme. Il rapporte ici les répercussions que peut avoir le temps d'attente.

*[...] Quand qui est parti [...] Y a personne, ça peut prendre 20 minutes même une demi heure même [...] C'est long, je trouve ça con parce des fois le monde qui ont vraiment envie de s'en taper un, bin y dit : « fuck off on va prendre la même, vient t'en » [...] C'tait long [...] Une fois sur deux quasiment. (Usager no 7)*

*Recommandations des donneurs et des usagers pour l'amélioration du programme*

Les questions élaborées sous le quatrième thème des canevas d'entretien se centrent sur l'amélioration du programme. Afin de pousser plus loin la réflexion, nous demandons aux répondants de se mettre dans la position du gouvernement ou encore, de l'Agence de la santé et des services sociaux. Les réponses que nous avons ainsi obtenues sont nombreuses et variées. Nous les rapportons ici sans tellement les regrouper dans l'intérêt d'en tirer le maximum. Nous prenons pour acquis que chaque recommandation peut en soi comporter des pistes de solutions intéressantes pour l'amélioration du programme. Voici donc 15 recommandations qui ressortent du discours des répondants

1) *Plus d'intervenants.* Une des premières recommandations des répondants tient au fait qu'il faudrait plus d'intervenants dans la rue. Un donneur précise que les ressources humaines actuelles ne sont pas suffisantes pour rejoindre cette clientèle et pour répondre à leurs besoins tant pour le matériel d'injection que pour l'intervention.

2) *Un site d'injection supervisé.* Plusieurs répondants ont suggéré qu'un site d'injection supervisé soit instauré dans la région. Mais l'un d'eux soulève que ceci demande d'abord de franchir plusieurs étapes.

*[...] Y faut que ça soit accepté par la population [...] Est-ce que c'est un besoin, est-ce que ça va engendrer les résultats qu'on devrait avoir, c'est-à-dire de réduire les risques de transmission, les risques de méfaits, une supervision adéquate au niveau biopsychosocial, environnemental [...] C'est*

*comme une étude de marché hein faut faire, carrément avec ça là, est-ce que vous allez être supervisés, est-ce que vous allez être supportés et vous-même supervisés, qui, comment, beaucoup de questions. (Donneur no 3)*

3) *Changement de matériel distribué.* Des recommandations ont également été faites en lien avec le matériel utilisé. Deux donneurs envisagent les seringues rétractables comme moyen pouvant diminuer la transmission des virus et éviter les piqûres accidentelles au sein de la population.

*[...] Les nouvelles seringues rétractables là, j'ai entendu parler de t'ça, je sais pas trop là c'est peut-être un, ça diminuerait encore mais, au niveau de l'échange pis des erreurs de prendre la seringue de l'autre parce qu'un coup utilisé est pus bonne pis tu peux pus te piquer avec là, pis au moins les personnes là qui sont pas impliquées dans, dans ce processus d'injection-là je pense aux enfants, aux piétons ou euh, bin y seraient moins en danger en marchant sur une seringue comme ça. (Donneur no 5)*

Les pipes à crack sont également au nombre des recommandations de l'un des deux donneurs. Celui-ci croit en fait que les pipes à cracks devraient être distribuées pour venir remplacer le matériel d'injection qui est actuellement utilisé.

*[...] Les pipes à crack tsé, bon le monde vont tu moins consommer, peut-être pas, mais c'est dur en criss de pogner le sida en fumant tsé, déjà en partant [...] Tu coupes la poire en deux, quelqu'un là qui, qui a pas le sida pis qui a pas l'hépatite pis qui commence à faire de la poudre pis qui a puff, criss y le pognera pas le sida là, on s'entend là, déjà en partant câlisse là au lieu de donner des asti de seringues là, braker ça là [...] Ramener ça comme avant là, pis donnez donc une couple de pipes à crack. (Donneur no 4)*

L'autre, par contre, n'est pas du même avis. Il croit que la distribution de pipes à cracks pourrait avoir pour effet d'accentuer ce mode de consommation. Il estime d'ailleurs que c'est ce qui s'est passé avec la distribution de seringues.

*4) Distribuer du matériel seulement aux usagers qui rapportent leurs vieilles seringues.* Plusieurs répondants ont indiqué qu'ils changeraient la procédure et forceraient la récupération par le mode de distribution : une seringue souillée pour une seringue neuve. L'un d'eux soulève cependant les difficultés que pourrait engendrer ce genre de procédure.

[...] Ça va nous prendre des registres [...] Son nom ou son initiale ou j'sais pas quoi [...] Y est venu en chercher cinq euh, y faut qui m'en ramène cinq, c'est compliqué là, pis c'est pas quelque chose que tout le monde va sauter dans les airs si on part un affaire de même là, mais tsé c'est peut-être une façon que y en aille moins en circulation. (Donneur no 11)

*5) Boîtes de récupération.* Pour assurer une meilleure récupération des seringues, on suggère d'augmenter le nombre de boîtes de récupération dans la ville. Mais ceci n'est pas l'avis de tous. Un usager considère pour sa part que la quantité actuelle est suffisante et qu'on ne peut pas en mettre partout.

*6) Un site de distribution 24 heures plus près du centre-ville.* Les usagers souhaiteraient qu'un site de distribution 24 heures, situé plus près du centre-ville, soit ouvert, ceci pour pallier au problème actuel voulant que le seul service d'accès 24 heures

soit trop éloigné. De cette façon, les UDI pourraient obtenir du matériel plus facilement, pendant que les autres sites sont fermés.

*7) Plus de sites ouverts pour faciliter l'accès.* Dans la même perspective, certains usagers aimeraient qu'il y ait un plus grand nombre de sites de distribution. Plus de pharmacies, par exemple, pourraient participer au programme.

*8) Un meilleur contexte d'intervention.* Des donneurs évoquent, pour leur part, un certain malaise avec le simple fait de donner du matériel d'injection, qu'ils jugent en soi insuffisant. Ces donneurs aimeraient que dans le cadre des contacts avec le UDI, une place plus importante soit accordée au *counselling*. Pour ce faire, des locaux devraient être aménagés et réservés pour des intervenants qui possèdent une expertise dans le domaine de la consommation. Toutefois, ce travail ne pourrait pas se faire dans les organismes qui sont déjà en place, sans que des sommes supplémentaires soient investies. Sinon, le temps passé auprès des UDI pourrait priver les autres clientèles.

*9) Travail de sensibilisation auprès des donneurs.* On suggère aussi qu'il y ait un travail de sensibilisation qui soit fait auprès des donneurs afin que tous les acteurs participant au programme puissent entrer en contact avec les usagers de manière plus adéquate et aller au-delà de leur comportement d'injection. Cette recommandation rejoindrait aussi cette observation, déjà énoncée, voulant que certains donneurs se disent trop peu informés sur le programme.

*10) Meilleur financement des organismes communautaires et ouverture 24 heures de ces organismes.* Un donneur souligne également que les UDI s'injectent fréquemment durant la nuit et que pour cette raison, l'emplacement du seul site de distribution qui soit ouvert 24 heures devrait être reconstruit. Celui-ci est difficilement accessible par un grand nombre de consommateurs et pour palier à ce problème, les organismes communautaires devraient être soutenus financièrement pour pouvoir eux aussi offrir un tel service sur 24 heures.

*11) Infirmier allant dans des organismes en travail de rue et dans la rue.* Les organismes communautaires pourraient aussi être visités par un infirmier pour soigner les personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas se présenter à l'hôpital. Plus encore, on suggère que cet infirmier se déplace dans la rue pour joindre le maximum de personnes possible, leur donner des soins et les référer aux endroits appropriés.

*12) L'éducation dans les milieux.* Malgré qu'il estime qu'il n'y ait pas de solution miracle pour améliorer la situation, un donneur croit néanmoins que de l'éducation devrait être faite dans les milieux d'injection pour prévenir la transmission des virus. Cette pratique reviendrait aux travailleurs de rue particulièrement.

*13) Que les principaux donneurs soient consultés.* Les donneurs souhaiteraient aussi être consultés et pouvoir échanger avec les décideurs, ceci pour faire mieux connaître

leur réalité, de même que celle des personnes auxquelles est destiné le service de distribution de matériel d'injection.

*14) Avoir des cartes avec des numéros de téléphone pour donner aux usagers.* Pour sa part, un donneur avoue se sentir impuissant face aux divers problèmes que vivent les usagers. C'est pourquoi il aimerait pouvoir mieux les référer bien souvent et ferait bon usage de cartes à distribuer contenant les numéros de téléphone d'un ensemble d'organismes pouvant répondre plus directement à leurs besoins.

*15) Gaspillage de matériel et moyens d'améliorer le contenu des trousses à distribuer.* La moitié des donneurs sont d'avis qu'il y a un énorme gaspillage de matériel, en ce qui a trait particulièrement aux condoms que contiennent les trousses qui sont distribuées. Un usager abonde en ce sens.

*[Condoms] Ah ça je m'en sers pas [...] Y a personne qui s'en sert [...] Y les jettent toutes ou y les criss là, y font rien pis toute, c'est rare là sérieux là, tu vas te péter quatre hits pis tu vas baiser quatre fois, c'est rare en asti.*  
 (Usager no 14)

La majorité des donneurs confirment donc que les usagers désirent avant tout obtenir des seringues et non pas tout le matériel que contiennent les trousses. Un autre usager illustre bien le problème.

[...] *M'en donne deux trois là tsé, je veux pas avoir des tampons, j'en en veux pas de kit là, je veux juste avoir deux trois, c'est trop gros l'affaire là tsé, j'peux pas le cacher dans les poches comme que je le veux là, c'est ça aussi là, ça parait trop là.* (Usager no 6)

Pour cette raison, ces donneurs ont aussi avancé l'idée que le matériel soit distribué à l'unité. Par contre, cette pratique pourrait causer d'autres insatisfactions selon cet usager qui laisse entendre que les trousse devraient contenir plus de matériel d'injection.

[...] *Facque y devrait en mettre plus [...] Quelqu'un va arriver chez vous [...] On va le faire à deux, un quart, m'a donner un point prend un point, bon bin tu y en donnes une t'en prends une, pis là t'en a un autre à faire, bon bin on va la faire à deux, mais tsé dans le fond tu viens juste d'utiliser deux seringues, pis lui y n'a utilisées deux, toi si tu veux en faire un autre après là pis y est rendu minuit là, pis tu rush là, y a pas de place qui en donne là, sauf l'hôpital Sainte-Marie, pis c'est loin en asti là à pied [...] Deux tampons par seringue pis six seringues [...] Six cups, six cossins d'eau [...] Douze tampons, ça serait été correct.* (Usager no 14)

Cette idée voulant que les trousse contiennent une plus grande quantité de matériel d'injection est aussi celle que défend l'un des donneurs que nous avons rencontré. Reste à voir toutefois quels seraient les meilleurs éléments à ajouter. Un usager aimerait de son côté que des garrots soient insérés dans les trousse tandis qu'un donneur dit le contraire, en soulignant que c'est une excellente chose que les trousse ne contiennent pas de garrots. Comme le recommande l'un des donneurs, pour ajuster le contenu des trousse à distribuer, le mieux serait sans doute de sonder d'abord les usagers qui bénéficient du programme.

*Discussion* ,

Pour entamer cette discussion, nous souhaitons rappeler aux lecteurs que l'évaluation que nous avons conduite ne sert pas à mesurer les effets du programme, à savoir s'il parvient ou non à atteindre ses objectifs, mais à connaître ses dynamiques et par le fait même, à comprendre la réalité et les difficultés que rencontrent, d'une part, les personnes qui utilisent le programme et, d'autre part, les personnes qui y participent à titre de donneurs. Cette précision est importante. Elle vient camper l'interprétation des résultats de cette recherche.

Dans cette perspective, nous avons opté pour une méthodologie qualitative, nous donnant accès aux perceptions des acteurs concernés. Dans cette foulée, les questions que nous leur avons posées sur le programme visaient à cerner la compréhension qu'ils en ont. Les réponses que nous avons obtenues à ces questions ne sont donc, tout au plus, que des opinions à l'égard du programme et de son efficacité.

Il reste néanmoins que les résultats que nous avons obtenus sur ce plan sont intéressants. Ils révèlent que les donneurs ont des positions très différentes, non seulement sur l'efficacité du programme mais, plus fondamentalement encore, sur ses objectifs et ses finalités. En soi, ceci constitue un indicateur important. Ce constat laisse entendre qu'il serait sans doute difficile de conduire une évaluation des effets du

programme dans ces conditions. Une telle opération demanderait que le programme ait des acteurs qui ont, à tout le moins, une vision commune et partagée de ses objectifs.

De plus, comme nous l'avons vu dans le premier chapitre, il semble que la mesure de l'efficacité de tels programmes doit s'appuyer sur des opérations et des méthodologies complexes. À cet égard, nous nous rappelons que Bastos et Strathdee (2000) soulèvent plusieurs questions à propos de la validité de diverses recherches qui prétendent mesurer l'efficacité de tels programmes. Bien peu d'entre elles ne semblent réunir les conditions nécessaires que ces auteurs ont identifiées pour dresser un portrait complet de la situation. Ils entendent par là que plusieurs niveaux d'analyse doivent être considérés, individuel, microsocial et macrosocial, et qu'il ne suffit pas, comme la plupart des recherches le font, de se concentrer sur les taux de VIH. En fait, l'efficacité de ce type de programmes serait tributaire de différentes conditions qui notamment concernent une combinaison de stratégies (Van Den Berg et al., 2007), la quantité de seringues qui sont distribuées (Bluthenthal et al., 2007) et les services de prévention qui sont dispensés aux UDI (Heinzerling et al., 2006).

Quoi qu'il en soit, nous pensons qu'il est néanmoins important de rapporter ici les résultats des recherches les plus récentes que nous avons pu trouver à ce sujet. Ces dernières proviennent de l'Institut national de santé publique du Québec et portent un regard critique sur les mesures mises en place pour contrer la transmission des virus. Elles peuvent ainsi se joindre aux éléments pertinents que nous tentons de réunir pour

nourrir la réflexion de ceux qui voudraient apporter des améliorations au PES de notre région.

Or, Noël et Cloutier (2008), dont l'article traite de diverses statistiques témoignant des services de prévention des virus qui sont offerts aux UDI, concluent que les programmes mis en place au Québec souffrent généralement d'une trop faible concertation entre les partenaires, de peu de services de santé qui soient véritablement accessibles pour les toxicomanes infectés par le VHC et que c'est avec plus d'énergie que l'on devrait tenter de contrer l'épidémie de VHC chez les toxicomanes du Québec. Puis, d'une autre manière, l'étude de Noël, Gagnon, Bédard et Dubé (2009), se base plutôt sur une analyse de la documentation scientifique pour ainsi donner un avis sur la pertinence des services d'injection supervisée. Les auteurs les recommandent en fait comme mesure supplémentaire servant à combler un vide dans les services. Plus précisément, ils recommandent « que des services d'injection supervisée soient accessibles dans des organismes communautaires dédiés à la prévention auprès des personnes faisant usage de drogues par injection ou dans des établissements du réseau de la santé » (p. 47). Nous ne saurions dire toutefois si cette option devrait être considérée pour notre région. Et de toute façon, de telles considérations pourraient nous éloigner pour l'instant de ce qui nous concerne plus directement. C'est-à-dire les résultats découlant de notre propre recherche, celle que nous avons conduite et dont le premier et véritable objectif était de savoir comment se vit le programme sur le terrain et par le fait

même, quels sont les principaux enjeux et défis auxquels sont confrontés ceux qui en bénéficient, d'une part, et ceux qui y participent à titre de donneurs, d'autre part.

En somme, les résultats de notre recherche montrent que les donneurs ne conçoivent pas de la même manière, les modalités à respecter pour l'application du programme. Ceci se manifeste d'entrée de jeu, dans leurs propos concernant l'accueil des usagers. Deux tendances se dégagent avec d'un côté, ceux qui privilégient une approche qui est centrée sur la personne et ses besoins, et d'un autre côté, ceux qui optent plutôt pour une approche technique, centrée sur l'échange du matériel d'injection en tant que tel. De plus, deux politiques s'appliquent aussi dans la manière d'aborder les nouveaux demandeurs. Pour tenter de les influencer dans leur décision et éviter ainsi les conséquences négatives que ce mode de consommation pourrait avoir dans leur vie. Certains donneurs cherchent à savoir si les nouveaux demandeurs qu'ils ne connaissent pas se sont déjà injectés auparavant. Cette préoccupation n'est toutefois pas partagée, puisque les autres donneurs se contentent de leur expliquer, le mode de fonctionnement du programme ainsi que les consignes à suivre pour la récupération.

De plus, les donneurs semblent aborder de manière très différente la question du nombre de seringues à distribuer. Si certains d'entre eux n'appliquent aucune restriction sur la quantité de seringues qu'ils dispensent, d'autres par contre, hésitent à donner de grandes quantités de matériel. Ils se fixent plutôt des limites qui, selon leurs propos, respecteraient les politiques de distribution que se sont données les milieux dans lesquels

ils travaillent. Et ces limites que s'imposent parfois les milieux eux-mêmes seraient associées à divers facteurs. Certains évoquent la question de la légitimité, ne considérant pas être le meilleur endroit pour exécuter une telle tâche. Puis d'autres dénoncent les abus dont ils ont été témoins, auxquels s'adonnent notamment les usagers qui font le trafic de seringues. Les derniers enfin, soulèvent encore une fois l'enjeu que comporte le fait de donner du matériel d'injection à une personne qui adopte ce mode de consommation pour la première fois. La décision que prend l'usager et le geste que pose alors le donneur constituent, de leur point de vue, un point tournant dans la trajectoire de consommation.

Puis sur un autre plan, plus fondamental encore, les donneurs présentent également des points de vue divergents sur les finalités et les objectifs du programme, comme nous l'avons déjà établi. Parmi les huit donneurs que nous avons rencontrés, nous relevons pas moins de cinq manières différentes de concevoir les choses. Pour un, l'essentiel de ce programme consiste à rendre accessible le matériel d'injection à ceux qui en ont besoin, tandis que pour un autre, la quantité de matériel à distribuer constitue la principale dimension à observer, la plus importante que le programme doit respecter pour atteindre ses objectifs. En contrepartie, un donneur s'attache plutôt à l'éducation et aux soins qu'il faut pouvoir donner aux usagers, qui pour lui, sont les assises du programme. Un autre considère que les objectifs du programme, les plus importants à ses yeux, sont ceux que les donneurs se fixent eux-mêmes au départ. Dans cette perspective, le programme serait en quelque sorte un outil servant à atteindre des

objectifs d'intervention plutôt qu'une entité en soi qui poursuit ses propres finalités. Enfin, pour un dernier donneur, les objectifs du programme sont apparemment assez larges, car il y associe notamment la possibilité de réduire d'autres problèmes de santé chez les personnes qui utilisent ce mode de consommation.

Devant de tels écarts de perception entre les donneurs, nous avons cru bon de réfléchir aux principaux éléments qui pouvaient en être la cause. Nous posons ici quelques hypothèses possibles.

#### *Les bases et la formation des donneurs*

Notre première hypothèse est que les donneurs, à tout le moins ceux que nous avons rencontrés, n'ont pas été suffisamment formés. Les connaissances qu'ils ont sur le programme et ses objectifs sont apparemment très variables. Seulement deux d'entre eux ont confirmé qu'ils avaient bénéficié d'une formation, en bonne et due forme, qui d'ailleurs ne serait pas exactement la même dans les deux cas. Cette situation indique qu'une interruption s'est sans doute produite depuis 1995. Le rapport d'évaluation de 1996 (Tétreault & Janelle, 1996) confirme que des formations avaient alors été offertes à tous les intervenants des sites d'échange de seringues et que 100 personnes en tout en avaient bénéficiées. En outre, on retrouve dans ce rapport une recommandation voulant « favoriser la participation des intervenants aux sessions de formation continue relative au programme » (p.13). Dans les circonstances, ceci viendrait expliquer en partie les

visions très différentes que les donneurs entretiennent et véhiculent sur le programme. Et en l'absence d'une formation formelle sur le sujet, ces derniers se voient sans doute dans l'obligation de s'appuyer encore plus fortement sur leurs propres bases, notamment leur formation académique qui encore ici présente des disparités importantes (certification en toxicomanie, baccalauréat en soins infirmiers, ...). C'est donc sur ces bases, personnelles et expérientielles, que les donneurs s'accommodent de la tâche qu'ils ont à accomplir et élaborent leur propre compréhension et perception du rôle qu'ils ont à jouer à l'intérieur du programme. De plus, nous devons considérer qu'ils occupent dans leur établissement respectif des fonctions différentes (agent de sécurité, infirmier, intervenant, ...) qui sont également de nature à orienter la conception qu'ils ont de leur rôle et des obligations qu'ils ont à l'endroit des usagers. À cet effet, le rapport d'évaluation, paru en 1996, évoque toutefois que cette dimension aurait été considérée au moment de l'implantation du programme. Des rencontres auraient été organisées au préalable pour bien situer les participants. Mais comme cette opération remonte déjà à plus d'une dizaine d'années, il est possible que les balises établies, à cette époque, se soient perdues avec le temps.

### *La réalité complexe des usagers*

C'est donc en s'appuyant sur des expériences très différentes que les donneurs font face à la réalité complexe que constitue la tâche de distribuer du matériel d'injection. À ce propos, le discours des usagers est d'ailleurs éloquent. Leur besoin de consommer

demande qu'ils soient servis rapidement, dans bien des cas. La rapidité avec laquelle les usagers obtiennent le matériel semble d'ailleurs être un critère important dans la préférence qu'ils manifestent pour certains sites. Dans ce cadre, les donneurs n'auraient que peu de temps pour s'exécuter, sans compter que les lieux mêmes où s'effectue l'échange de matériel représentent parfois une source de malaise important pour les usagers. Dans certains sites, ceux particulièrement où ils se sentent à la vue de tous, les usagers vivent des inconvénients tels : la gêne, la honte et la peur d'être jugés. Il faut dire que la stigmatisation constitue pour eux une lutte de tous les jours. D'ailleurs, elle ne se logerait pas que dans le regard des gens, mais dans les commentaires à leur endroit. Des commentaires qui parfois proviennent des donneurs eux-mêmes, bien que les UDI que nous avons rencontrés estiment que la majorité des donneurs sont sympathiques à leur endroit. Qui plus est, les jeunes de la rue et même les jeunes UDI désapprouvent généralement ce mode de consommation (Roy et al., 2006b). Ainsi, le contact avec les donneurs, qui bien souvent se limite à l'échange de matériel, les renvoie au fait qu'ils sont dérangeants et renforce le sentiment qu'ils éprouvent d'être en marge de la société.

Dans cette perspective, l'approvisionnement de nuit pourrait s'avérer une expérience moins exigeante et plus confidentielle pour les usagers puisque moins de personnes seraient témoins de leur visite. Mais trop peu de sites offrent un tel service à leur avis. Un seul site existe et celui-ci est passablement éloigné du centre-ville. Et la distance à parcourir, le jour ou la nuit, constitue en soi un autre obstacle important pour ces consommateurs qui bien souvent sont en quelque sorte en état d'urgence.

Sur un autre plan, les usagers nous font comprendre également qu'il est difficile pour eux d'adopter des comportements sécuritaires en tout temps et nous croyons, en raison des périodes de manque, de l'intensité et de la fréquence d'injection, que cela peut être encore plus difficile pour certains usagers qui ont un niveau de dépendance aux drogues plus élevé. Après avoir consommé, leur vigilance se voit évidemment diminuée, faisant qu'ils sont moins attentifs aux règles qu'ils devraient suivre pour éviter que leurs seringues souillées ne soient laissées à la traîne. Par crainte d'être évincés de leur logement, certains d'entre eux évoquent également qu'ils n'ont pas d'autre choix que de consommer dans des lieux publics. Puis d'autres expliquent que la récupération comporte aussi son lot de complexité. Certains ne semblent pas apprécier l'idée de porter sur eux de petites boîtes jaunes destinées à cet usage, y voyant un facteur supplémentaire à l'identification. Et d'autres évoquent, de différentes façons, qu'il n'est pas toujours facile pour eux d'utiliser les bacs de récupération. Là est la raison pour laquelle certains d'entre eux auraient tenté de se fabriquer des bacs de fortune, que les responsables de l'entretien détruisent au moment de la collecte des déchets. Ainsi, ces usagers manifestent une préoccupation certaine pour la santé de la population, mais n'ont apparemment pas les moyens, de par leur situation, d'assumer cette responsabilité jusqu'au bout.

*La distribution de matériel d'injection, pas une simple tâche technique*

La réalité complexe dans laquelle vivent ces usagers se répète parfois aussi chez les donneurs. Ainsi, plusieurs d'entre eux éprouvent des réticences face au geste qu'ils sont appelés à poser, celui de devoir distribuer du matériel d'injection. À cet égard, quelques-uns ont mentionné qu'ils ne voulaient pas être strictement des distributeurs de matériel. De plus, ces derniers semblent se sentir en partie responsables des conséquences malheureuses que peut avoir la circulation de matériel d'injection, comme par exemple un enfant qui en jouant dans un parc se piquerait par accident avec une seringue souillée. L'enjeu de la récupération se trouve donc à la source de l'inconfort qu'éprouvent plusieurs donneurs face à la responsabilité qui leur est confiée de distribuer du matériel d'injection. Noël et al. (2007b) ajoutent que ce malaise s'accentue chez les donneurs lorsqu'il n'y a pas de retour de seringues.

D'une autre manière, nous avons vu également que des donneurs s'interrogent sur l'influence que pourrait avoir le programme sur le phénomène de l'injection de drogues dans la région. Ils s'inquiètent, en fait, que cette pratique puisse encourager ce mode de consommation. Pour ainsi dire, ces derniers sont, comme d'autres l'ont exprimé plus clairement, heurtés dans leurs valeurs et leurs principes.

Cette situation ne serait d'ailleurs pas particulière à notre région. Les études américaines que nous avons consultées, mentionnent que ce type de programme est

généralement difficile à planter (Downing et al., 2005; Tempalski, 2007). C'est d'ailleurs pourquoi dans le processus d'implantation du PES en 1995, les organismes et les établissements de la région avaient été sollicités et consultés (Tétreault & Janelle, 1996). Toutefois, les situations bien concrètes et difficiles auxquelles les donneurs sont confrontés à tous les jours, sont de nature à les ébranler dans leurs convictions et exigent sans doute que les efforts, qui jadis avaient été faits pour considérer cette dimension, soient aujourd'hui renouvelés. La distribution de matériel d'injection est donc un geste qui est difficile à poser machinalement. Les donneurs se sentent aussi concernés par la santé des usagers et des autres membres de la communauté, qui pourrait en être affectée. Cette responsabilité comporte une dimension morale pour laquelle les donneurs semblent recevoir peu d'accompagnement, malgré qu'il soit indiqué dans les documents officiels que l'échange de matériel est censé se faire avec un accueil chaleureux et le souci de donner les services supplémentaires dont les utilisateurs pourraient avoir besoin. Dans les faits, il semble que certains donneurs ne peuvent que rarement répondre à de telles exigences (par manque de temps le plus souvent), ce qui fait que non seulement les usagers en souffrent parfois, mais qu'ils sont eux aussi, en tant que donneurs, mitigés dans l'exercice de leur fonction.

#### *La réduction des méfaits, un principe difficile à mettre en application*

Pour compléter notre réflexion sur les raisons pouvant expliquer la disparité des points de vue des donneurs sur le programme, ses finalités et ses modalités

d'application, de même que les dilemmes auxquels ils sont parfois confrontés, nous pensons qu'il est pertinent de revenir aux fondements de l'approche sur laquelle s'appuie le PES. Comme nous le savons, il s'agit d'une approche de réduction des méfaits qui se distingue fondamentalement de la criminalisation et de la médicalisation qui malgré qu'elles soient répandues, ont rencontré déjà certaines limites face à la problématique de la consommation des drogues. À cet effet, Tammi et Hurme (2007) expliquent que la réduction des méfaits réfère principalement à la notion de liberté individuelle, dans la mesure où cette liberté ne nuit pas à celle d'autrui, alors que la prohibition renvoie à la notion du collectivisme pour laquelle les normes établies par la communauté dominent les droits individuels. Toutefois, bien que les PES s'inscrivent dans une approche de réduction des méfaits, ceci ne garantit pas en soi que les acteurs qui participent au programme, notamment ceux qui font la distribution de matériel d'injection, soient en accord avec les principes fondamentaux que préconise cette approche et qu'ils les mettent en application. D'ailleurs, selon Stafford (2007), les donneurs de services en réduction des méfaits ne se conforment généralement pas aux principes de cette approche, ce qui aurait une influence considérable sur les interactions qu'ils ont avec les usagers lors la distribution de matériel d'injection.

Ces considérations nous rappellent à quel point la stigmatisation guette constamment les personnes qui s'injectent (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2003; Noël et al., 2007b; Tempalski, 2007) et que ceci peut constituer une entrave importante au développement de stratégies efficaces en réduction des méfaits.

Tempalski (2007) ajoute que la stigmatisation, qui s'enracine dans les croyances sur les drogues et les VIH/ITSS, contribue non seulement à déprécier les personnes qui sont concernées par ces problèmes, mais des groupes et des populations entières, de même que les lieux qui leur offrent des services. En ce qui nous concerne ici au Québec, nous n'échappons apparemment pas à cette réalité puisque dans le Cadre de référence pour la prévention (de la transmission du VIH chez les personnes qui font usage de drogues) paru en 1994, le Gouvernement du Québec invitait les intervenants à changer de mentalité à l'endroit des toxicomanes dans l'intérêt de pouvoir développer avec eux de solides liens thérapeutiques. Ce cadre de référence appuie également l'importance d'adopter des attitudes non discriminatoires envers les UDI et de reconnaître leurs besoins, de même que leurs droits.

#### *Le travail de proximité, un couteau à double tranchant*

Or, si le programme n'est pas si simple à mettre en application, nous pensions néanmoins que certains donneurs auraient pu être avantagés par le fait que dans leur milieu et par leur emploi, ils sont déjà appelés à intervenir et à établir des liens avec la population ciblée. Ces liens qu'ils ont déjà avec les personnes ciblées, celles qui notamment sont les plus isolées, en font en quelque sorte des donneurs privilégiés dans le cadre du programme. Toutefois, ils sont ceux qui entretiennent les doutes les plus sérieux à l'égard des effets du programme. La proximité qu'ils ont avec les usagers, souvent en dehors du cadre du programme, leur apporte d'autres informations sur eux

qui les amènent à remettre en question les bienfaits du programme. Ils sont ceux qui s'inquiètent du fait que le programme puisse être lié à l'augmentation de la transmission des virus. L'un d'eux est même convaincu que le PES a contribué à la transmission du virus de l'hépatite C.

Ces donneurs, qui d'une part, sont privilégiés par le fait qu'ils sont les seuls bien souvent à joindre les personnes les plus isolées, se trouvent donc, d'autre part, « fragilisés » par le fait qu'ils ont une certaine connaissance de la vie des usagers et des nombreuses conséquences de leur consommation des drogues par injection. Pour eux, il serait d'ailleurs inconcevable de fermer les yeux sur les contrecoups que subissent ces gens, étant donné qu'ils sont d'abord des soignants, des intervenants et des aidants. Cette catégorie de donneurs, qui déjà ont une expérience d'intervention auprès des UDI et qui parfois même arrivent à joindre les plus isolés, ne vivraient pas que des avantages dans cette position. Ces donneurs n'auraient pas, pour ainsi dire, le détachement nécessaire pour pouvoir se soustraire ou se protéger des dilemmes éthiques que comporte la tâche de distribuer du matériel d'injection. Or, s'ils ont, d'une part, une meilleure compréhension de la problématique et parviennent ainsi à accompagner les usagers sans exacerber la stigmatisation dont ils sont tous les jours victimes, ces donneurs ont, d'autre part, des liens avec les bénéficiaires du programme qui entraînent d'autres difficultés pour eux, qui se traduisent apparemment en une certaine dualité. Ils ne seraient d'ailleurs pas les seuls puisque des usagers qui se procurent du matériel

auprès de donneurs avec lesquels ils ont des liens, ont également exprimé la crainte de les décevoir.

Nous ne saurions toutefois tirer de conclusion simple face à une situation aussi complexe. Dans la documentation, certaines recherches tendent à dire que les meilleurs programmes demeurent ceux qui ne se contentent pas de distribuer du matériel et comptent dans leurs opérations, des moments pour accueillir, informer, sensibiliser et soigner les usagers.

#### *Les recommandations et pistes de solutions*

L'évaluation de processus que nous avons conduite sur le PES de notre région nous place devant l'évidence que le programme comporte de grands défis. Ces derniers ne sont pas tellement différents de ceux des autres programmes que nous avons recensés, qui généralement ont fait face à d'importantes résistances au sein de leur communauté. Pour en faciliter l'implantation, nous avons vu dans un rapport paru en 1996, que les responsables ont regroupé déjà les organismes et les établissements concernés (Tétreault & Janelle, 1996). Cette stratégie est la même que d'autres ont déjà utilisée aux États-Unis (Downing et al., 2005). Il semble toutefois que cette opération aurait avantage à être reconduite. Bien des années ont passées depuis la mise en marche du programme en 1995 et de nouveaux échanges pourraient être nécessaires pour que les acteurs actuels du programme, dont certains sont tout à fait nouveaux, puissent s'ajuster les uns aux autres.

et considérer le programme, dans ses finalités et ses applications, sur une base commune.

C'est pourquoi notre première recommandation consiste à créer un espace de réflexion destiné aux principaux acteurs concernés. Un lieu d'échange qui leur permettrait pour commencer de considérer les positions très différentes qu'ils occupent et la diversité des situations auxquelles ils font face. Les moyens qu'ils mettent en action et les représentations qu'ils ont sur l'utilité et les conséquences de leur rôle dans le programme, à titre de donneurs de matériel d'injection. Nous souhaitons que cette piste de solutions puisse conduire les acteurs du programme à élaborer ensemble une procédure efficace et réaliste, qui tienne compte des défis que représente la tâche qu'ils ont à accomplir sur le terrain. Cette démarche aurait pour but, ultimement, d'uniformiser la pratique, ce qui par ricochet permettrait au programme d'atteindre un meilleur niveau de fonctionnement améliorant ainsi, sans doute, son efficacité. Cette recommandation rejoint, à certains égards, celle que les donneurs ont eux-mêmes apportée. Certains ont d'ailleurs signifié qu'ils souhaitaient participer à des échanges sur le programme avec les responsables et les décideurs.

Pour alimenter cette démarche, une formation sur le programme (histoire, études, fondements, orientation, objectifs) et sur le problème auquel il s'adresse (dépendance aux drogues, effets de la consommation, injection, récupération et transmission des virus), serait également incontournable. Celle-ci pourrait sans doute s'inspirer des

contenus qui ont été développés dans les débuts du programme en 1995 (Tétreault & Janelle, 1996). Mais pour favoriser une plus grande cohérence dans l'application du programme, cette formation devrait aller au-delà de la distribution du matériel et permettre aux donneurs de construire le sens de leurs actions, autour des principes de l'approche de la réduction des méfaits. Nous croyons en fait qu'un véritable virage paradigmatique ne pourrait être entrepris qu'en offrant aux participants le droit d'exprimer leurs inquiétudes et de raconter leurs expériences. Qui plus est, pour atteindre cet objectif, la formation devrait pouvoir se répéter dans le temps, sur une base régulière, en s'articulant autour de discussions et non seulement dans le cadre de cours magistraux.

En contrepartie, pour répondre à un autre besoin, manifesté cette fois par les usagers, nous croyons qu'il y aurait lieu d'améliorer l'accès au matériel d'injection durant la nuit. Les problèmes qu'engendrent cette carence ont été illustrés de diverses façons dans cette recherche, tant par les donneurs que par les usagers, et nous incitent donc à recommander que la possibilité d'ouvrir un site d'accès 24 heures plus près du centre-ville soit considérée. Dans le même ordre d'idées, nous croyons aussi que les instigateurs et responsables du programme devraient étudier la possibilité qu'un plus grand nombre d'organismes ou d'établissements soient impliqués, pour ainsi multiplier les points de service qui soient situés à distance raisonnable pour les usagers. Il reste toutefois que cette mesure aurait pour conséquence d'augmenter et de diversifier le nombre de participants (les donneurs). À notre avis, cette mesure ne pourrait donc pas

être prise sans être combinée à la première recommandation que nous avons faite, reliée aux échanges et à la formation.

Dans cette foulée, certains diraient sans doute que la formation à donner aux participants devrait les rendre capables d'intervenir, dans une certaine mesure, auprès des personnes ciblées. Ou encore que les donneurs devraient être sélectionnés en s'assurant d'avoir en plus grand nombre des intervenants dans la rue, des infirmiers notamment, capables d'éduquer et de soigner les usagers là où ils sont, sachant que certains d'entre eux ne se déplaceront probablement jamais vers aucun site de distribution de matériel. Cependant, à la lumière des résultats que nous avons obtenus, illustrant bien les enjeux éthiques du travail de proximité, nous préférions être prudents sur ce plan. C'est pourquoi nous recommandons à tout le moins que, si de nouveaux intervenants devaient venir s'ajouter en grand nombre au programme, qu'ils puissent bénéficier d'un accompagnement et d'une supervision qui soit à la mesure de la complexité et des défis que représente la tâche de distribuer du matériel d'injection dans un tel contexte. Ces éléments devraient en soi être considérés comme faisant partie intégrante du programme et ne pourraient pas non plus relever que de la bonne volonté des organismes ou des établissements auxquels seraient associés ces intervenants. Pour ce faire, les organismes et les établissements devraient eux aussi être soutenus, pour ainsi éviter d'épuiser leurs propres ressources et de négliger les autres personnes et clientèles qu'ils desservent.

Nous pensons également qu'une autre recommandation que plusieurs donneurs ont eux-mêmes apportée devrait être considérée avec attention. Il s'agit de celle voulant que le travail des donneurs de matériel d'injection puisse se faire dans des locaux expressément conçus à cet effet, donnant ainsi la possibilité aux usagers de rencontrer des intervenants d'expérience qui connaissent bien la problématique entourant la consommation de drogues et l'intervention auprès des personnes qui vivent un tel problème. Cette recommandation s'apparente à ce que nous appelons les sites d'injection supervisée. Il reste cependant qu'une telle pratique ne pourrait être mise en place sans que certaines questions fondamentales n'aient d'abord été adressées, comme l'ont souligné certains répondants. Cette pratique est sans doute celle qui se rapproche le plus des principes fondamentaux de l'approche de réduction des méfaits.

Mais avant que de tels changements ne soient apportés au programme, il y aurait lieu aussi d'explorer plusieurs autres possibilités pour faciliter le travail des donneurs qui sont actuellement en opération. Nous pensons notamment à la recommandation de l'un des répondants, qui pour sa part, propose que les donneurs puissent recourir à des outils de référence (une carte par exemple contenant divers numéros de téléphone), lorsqu'ils se sentent impuissants à répondre aux besoins des usagers, et qu'ils sachent ainsi les diriger, à tout le moins, vers des organismes appropriés.

Pour terminer, notre dernière recommandation invite à accorder la plus grande attention aux propos de tous les usagers que nous avons rencontrés. Ces derniers ont

témoigné notamment des difficultés importantes qu'ils éprouvent à observer des comportements sécuritaires en tout temps et ceci, ne serait pas relié apparemment au fait qu'ils ne se préoccupent pas assez de la santé de la population. Le contexte de l'injection et la consommation de drogues par injection semblent être en soi des obstacles considérables. Ces éléments constituent, à notre avis, de précieuses informations à la lumière desquelles les enjeux et la pratique entourant la récupération des seringues souillées devraient considérés. Cette réflexion pourrait aussi faire une place au sujet des seringues rétractables que certains donneurs ont évoquées et considèrent comme une avenue intéressante, pouvant contribuer à la diminution de la transmission des virus et des piqûres accidentelles chez la population.

#### *Les forces et les limites de cette recherche*

Nous avons déjà élaboré sur les forces de cette recherche qui notamment s'appuie sur son approche qualitative qui offre la possibilité d'entendre des acteurs du programme sur les défis que pose son application permettant ainsi d'obtenir plusieurs informations utiles à son amélioration. C'est pourquoi, en terminant ce mémoire, nous identifions surtout les limites que cette recherche peut également présenter. Dans ce cadre, nous traitons ici des dimensions qui nous apparaissent être les plus fondamentales.

La première limite de cette recherche se rattache donc au même enjeu que vivent certains donneurs du programme, celui de la proximité avec les usagers. Il faut rappeler

en effet que certains usagers ont été joints par l'auteur de ce mémoire dans le cadre particulier de l'emploi qu'il occupe. Le travail de rue lui aura permis de joindre cette catégorie de répondants qui sans doute n'aurait pas été jointe autrement, mais induit du même coup que certains usagers connaissaient déjà l'intervieweur. Pour cette raison, nous devons considérer que ces usagers aient pu adapter leur discours en entrevue en contournant, par exemple, certains sujets plus sensibles par crainte d'être jugés et de révéler des facettes de leur vie jusqu'alors inconnues pour l'intervieweur. Toutefois, cette limite fait partie intégrante des recherches comme la nôtre qui adoptent une approche ethnographique dont le premier objectif demeure celui de se rapprocher le plus possible de la réalité du terrain et de donner la parole à ceux et celles qui habituellement demeurent silencieux. C'est pourquoi, le principal enjeu demeure pour nous celui de la désirabilité sociale. En ce sens, nous devons considérer en effet que certains usagers aient pu se montrer conservateurs dans leurs réponses, moins exigeants ou critiques à l'égard du programme, par crainte que cela puisse leur causer préjudice. En dépit du fait qu'ils aient été bien informés des règles éthiques que nous étions tenus d'observer comme chercheur, il est possible que malgré tout, ces usagers aient pu garder sous silence certaines réflexions ou préoccupations dans l'intérêt que le programme puisse rester avec tous les bénéfices qu'ils en retirent. Toutefois, nous pourrions dire aussi que tous les répondants, à leur niveau, peuvent vivre des enjeux et présenter différents biais. À cet égard, la méthode que nous avons privilégiée, nous amenant à croiser le regard de deux catégories d'acteurs, donneurs et usagers, voulait justement pallier à cette limite. Sans compter que leurs réponses ont été analysées en tenant compte d'une troisième

source qui constitue la recension de la documentation que nous avons également effectuée.

Les canevas d'entretien utilisés dans cette étude contiennent certaines questions fermées pouvant être identifiées comme une limite à cette étude. Ce genre de questions appellent des réponses courtes ne conduisant pas à la profondeur habituellement recherchée dans une étude qualitative. Ce type de questions était toutefois incontournable dans le contexte dans lequel nous faisions cette recherche. Les liens que nous avions déjà avec plusieurs acteurs du programme nous ont poussé en quelque sorte à vouloir connaître l'opinion des répondants sur divers éléments précis du programme. Mais nous pensons avoir pallié cette limite en utilisant des canevas d'entretien renfermant des questions associées les unes aux autres. Les réponses des répondants se sont donc répétées et précisées tout au long des entretiens, nous permettant ainsi d'atteindre la profondeur nécessaire pour enrichir les résultats.

Sur un autre plan, nous pourrions aussi questionner la constitution de l'échantillon en tant que tel, en ce qui concerne en particulier les usagers qui ont été recrutés principalement par l'entremise du réseau du chercheur, à titre de travailleur de rue. Il est donc possible que ces usagers répondent à certaines caractéristiques communes qui ne soient pas représentatives de celles qu'auraient d'autres usagers à Trois-Rivières. Rappelons toutefois que ceci n'est pas la vocation première de la recherche qualitative qui consiste à étudier en profondeur une problématique donnée. La connaissance

recherchée n'était pas celle que nous pouvions généraliser, mais bien celle qui nous donnerait accès à une compréhension intime des dynamiques du programme et des difficultés auxquelles peuvent être exposées les usagers et les donneurs.

Dans cette perspective, nous rappelons d'ailleurs que le petit nombre de répondants ayant participé à cette recherche ne pourrait pas être considéré en soi comme une faiblesse. Dans notre cas, la quantité de répondants n'est pas un critère valable, mais bien les caractéristiques qu'ils présentent servant à constituer un échantillon diversifié afin que les points de vue puissent être contrastés. Dans cette optique, il aurait sans doute été pertinent qu'un second donneur par site soit interviewé. Nous croyons toutefois qu'il aurait été difficile, même irréaliste, d'obtenir un plus grand nombre d'entretiens pour chacun des sites (puisque certains sites ont déjà eu de la difficulté à libérer un donneur pour l'entretien) et que les personnes que nous avons pu joindre nous ont entretenu sur un ensemble d'éléments pertinents qui déjà sont d'une grande richesse pour les réflexions que nous pouvons en tirer.

*Conclusion*

L'évaluation des processus du PES de la région de Trois-Rivières a permis de dresser un portrait de l'application actuelle du programme et de la vision des acteurs à son égard. Les résultats qui en découlent s'ajoutent aux arguments déjà énoncés à propos de la pertinence de cette démarche d'évaluation auprès des donneurs et des usagers. Ils nous confirment de façon évidente qu'il y a des différences marquées, chez les donneurs, en ce qui a trait à la façon d'appliquer le programme, de l'aborder et de comprendre ses objectifs fondamentaux. Par conséquent, ceci laisse entendre qu'une évaluation des effets du programme ne pourrait être entreprise sans que ces différences ne soient abordées et discutées pour que les principaux acteurs du programme aient développé une vision commune sur ses finalités. Une telle démarche, centrée sur la formation, l'information et la concertation, pourrait avoir pour effet d'uniformiser la pratique et de clarifier les rôles des donneurs et ce tout en considérant au départ les fonctions qu'ils occupent dans leur organisation respective.

En outre, cette recherche a permis aussi de connaître les difficultés que les répondants vivent sur le terrain en lien avec ce programme. Comme les usagers, les donneurs vivent apparemment plusieurs inconforts. Bien que la tâche de distribuer du matériel d'injection puisse paraître simple (faire un accueil chaleureux, donner la quantité de seringues voulue, compléter la grille de monitorage), les donneurs évoquent diverses situations qui illustrent bien sa complexité, de même que la dimension éthique que

comporte une telle opération, particulièrement pour les donneurs qui d'abord occupent des fonctions professionnelles les conduisant à intervenir ou à soigner les personnes qui sont dans le besoin. De plus, le fait que le PES souscrit à une approche de réduction des méfaits n'implique pas pour autant que tous les donneurs comprennent et adhèrent à ses fondements et acceptent de leur propre gré de participer à ce programme. Chez les usagers, leurs inconforts seraient reliés particulièrement au fait de se présenter dans certains sites d'accès pour se procurer du matériel d'injection. Les situations qu'ils rapportent sont de nature à faire réfléchir sur les très courts échanges qu'ils ont bien souvent avec les donneurs, dépourvus de temps et de moyens. Les entretiens que nous avons eus avec les usagers nous ramènent également à la base en rappelant que leur consommation de drogues par injection a des effets sur eux, c'est-à-dire leurs comportements et leur capacité à s'organiser. Or, malgré tout, on leur demande de suivre plusieurs directives et de s'organiser pour qu'ils se procurent et utilisent adéquatement leur matériel d'injection, qu'ils adoptent des comportements sécuritaires au moment de l'injection et veillent à la récupération de leurs seringues en tout temps. Ceci sans compter qu'ils doivent parfois faire face à d'autres contraintes, voulant notamment que certains donneurs ne dispensent pas toujours les quantités de matériel dont ils ont besoin et que le seul site qui soit disponible la nuit n'est pas situé au centre-ville. Dans cette foulée, nous avons voulu apporter quelques pistes de solutions, qui elles-mêmes s'appuient sur les recommandations que les répondants ont formulées. Dans cette perspective, la formation des donneurs serait une priorité, et sans doute avant tout chose, la possibilité de créer un espace commun, d'échanges et de réflexion. Nous souhaitons,

bien entendu, que ces recommandations puissent alimenter ceux qui voudront apporter des améliorations au programme.

Parmi les moyens que nous pourrions envisager pour faciliter les processus qui accompagnent l'application du PES, nous croyons aussi que le modèle de l'intervention psychoéducative devrait être considéré avec attention. Ce modèle convient à l'aide qu'il faut apporter à des sujets qui évoluent dans un système circonscrit par une communauté et qui se retrouvent dans une situation problématique d'interaction avec cette dernière (Renou, 2005). L'intervention psychoéducative cible fondamentalement l'équilibre entre l'individu et son environnement à l'aide de moyens concrets qui s'adressent directement aux processus d'interaction favorisant les ajustements mutuels entre les individus en difficulté et les autres acteurs de leur communauté. En ce sens, nous croyons que les fondements du modèle psychoéducatif pourraient être utiles à différents moments dans une éventuelle démarche d'amélioration du programme, notamment dans le cadre d'une formation qui serait offert aux donneurs. Cette formation devrait permettre de démystifier la problématique mais aussi d'outiller les donneurs pour faciliter leur interaction avec les usagers, ceci pouvant les conduire ultimement à contribuer au programme dans une perspective d'accompagnement.

Pour terminer, nous savons que cette recherche n'est pas une fin en soi et que pour augmenter la portée de ses résultats, elle devrait faire place à d'autres travaux. Nous pensons notamment que pour compléter le portrait de la situation, la parole pourrait

aussi être donnée à d'autres acteurs. À vrai dire, maintenant que nous avons rencontré des acteurs de première ligne, il serait sans doute fort pertinent de connaître la réalité et les contingences des acteurs de deuxième ligne. De la même façon que nous l'avons fait pour les donneurs et les usagers, ces responsables et ces coordonnateurs, pourraient aussi être rencontrés sur une base individuelle afin de mieux comprendre leur rôle et peut-être même découvrir de nouvelles facettes du programme (son histoire et ses logiques notamment). D'une manière ou d'une autre, leurs points de vue complémentaires, seraient importants et sans doute nécessaires pour bonifier la démarche que nous avons voulu amorcer. Puis une autre piste à explorer serait de se concentrer encore davantage sur la réalité des UDI de Trois-Rivières, leurs habitudes de consommation et leur fonctionnement au quotidien. Une telle étude axée de manière plus intensive sur les consommateurs par injection nous permettrait de développer une meilleure compréhension du phénomène d'injection dans cette région et des obstacles, chez les UDI, à se procurer et à récupérer le matériel d'injection pour ainsi faciliter, par la suite, l'ajustement des services du programme à cette clientèle. Enfin, puisque les acteurs interviewés dans cette recherche proviennent uniquement de la ville de Trois-Rivières et que nous ne pouvons pas associer ces résultats à l'ensemble du territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec, il serait pertinent et intéressant d'aller chercher dans le même cadre d'évaluation la parole des acteurs des autres villes de cette région.

*Références*

- Anadon, M. (2006). La recherche dite « qualitative » : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherche Qualitatives*, 26(1), 5-31.
- Bastos, F. I., & Strathdee, S. A. (2000). Evaluating effectiveness of syringe exchange programmes: current issues and future prospects. *Social Science & Medicine*. 51, 1771-1782.
- Beletsky, L., Macalino, G. E., & Burris, S. (2005). Attitudes of police officers towards syringe access, occupational needle-sticks, and drug use: A qualitative study of one city police department in the United States. *International journal of Drug Policy*, 16, 267-274.
- Bess, G., King, M., & LeMaster, P. L. (2004). Process evaluation : how it works. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 11(2), 109-120.
- Bluthenthal, R. N., Anderson, R., Flynn, N. M., & Kral, A. H. (2007). Higher syringe coverage is associated with lower odds of HIV risk and does not increase unsafe syringe disposal among syringe exchange program clients. *Drug and Alcohol Dependence*, 89, 214–222.
- Bruneau, J., Lamothe, F., Franco, E., Lachance, N., Désy, M., Soto, S., et al. (1997). High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programmes in Montreal : Results of a cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 146(12), 994-1002.
- Carrier, N., & Quirion, B. (2003). Les logiques de contrôle de l'usage des drogues illicites: La réduction des méfaits et l'efficience du langage de la périllisation. *Drogue, santé et société*, 2(1), 4-34.
- Cefaï, D. (2006). Une perspective pragmatiste sur l'enquête de terrain. Dans P. Paillé, *La méthodologie qualitative : Posture de recherche et travail terrain*, (pp. 33-62). Paris : Armand Colin.
- Chambers, D. E., Wedel, K. R., & Rodwell, M. K. (1992). *Evaluating social programs*. Boston. Allyn and Bacon.
- Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., & Denis, J. L. (1990). *La recherche évaluative en santé*. Document inédit, Université de Montréal.
- Cornellier, M. (2009, 6 et 7 juin). Un trou dans les nuages. *Le Devoir*. Récupéré le 3 octobre 2009 de <http://www.ledevoir.com/2009/06/06/253715.html>.

- Côté, A., & Drouin, M.-C. (2007). *Programme de distribution et d'échange de matériel d'injection : Guide de l'intervenant*. Agence de la santé des services sociaux de la Mauricie et du centre-du-Québec. Direction de santé publique.
- Côté, A., & Milette, J. (1998) *Programme de distribution et d'échange de seringues : Guide de l'intervenant*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Direction de la santé publique.
- Côté, A., & Milette, J. (2000) *Programme de distribution et d'échange de seringues : Guide de l'intervenant*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du centre-du-Québec. Direction de la santé publique.
- Côté, A., & Milette, J. (2004). *Programme de distribution et d'échange de seringues : Guide de l'intervenant*. Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Direction de santé publique.
- Cox, G. M., Lawless, M. C., Cassin, S. P., & Geoghegan, T. W. (2000). Syringe exchanges: a public health response to problem drug use. *Irish Medical Journal*, 93(5).
- Deslauriers, J.-P., & Kerisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. P. Pires, *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, (pp. 85-111). Boucherville : G. Morin.
- Dowing, M., Riess, H. T., Vernon, K., Mulia, N., Hollinquest, M., McKnight, C., et al. (2005). What's community got to do with it? Implementation models of syringe exchange programs. *AIDS Education and Prevention*, 17(1), 68-78.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2003). *Annual report 2003: the state of the drugs problem in the acceding and candidate countries to the European Union*. Luxembourg : Office for Official Publications of the European Communities.
- Gouvernement du Canada. (2002). *Profil de l'hépatite C et de l'utilisation de drogues injectables au Canada*. Agence de la santé publique du Canada. Récupéré le 11 octobre 2009 de <http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/pubs/prflhepciducan-prflhepcudican/udi-fra.php>
- Gouvernement du Canada. (2006). *Actualités en épidémiologie sur le VIH\Sida*. Agence de santé publique du Canada. Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses.

- Gouvernement du Canada. (2008). *Insite de Vancouver et autres sites d'injections supervisés : Observations tirées de la recherche*. Santé Canada. Récupéré le 6 janvier 2010 de [http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/\\_sites-lieux/insite/index-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/_sites-lieux/insite/index-fra.php).
- Gouvernement du Canada. (2009). *Foire aux questions sur l'hépatite C*. Agence de la santé publique du Canada. Récupéré le 17 août 2009 de <http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/faq-fra.php#a6>
- Gouvernement du Canada. (2010). *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. Récupéré le 6 janvier 2010 de <http://lois.justice.gc.ca/PDF/Loi/C/C-38.8.pdf>.
- Gouvernement du Québec. (1994). *L'usage de drogues et l'épidémie du VIH : cadre de référence pour la prévention*. Ministère de la santé et des Services sociaux. Centre de coordination sur le sida.
- Gouvernement du Québec. (2009). *Liste officielle des centres d'accès au matériel d'injection au Québec (distribution et vente) 2008-2009*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Institut national de santé publique du Québec.
- Heinzerling, K. G., Kral, A. H., Flynn, N. M., Anderson, R. L., Scott, A., Gilbert, M. L., et al. (2006). Unmet need for recommended preventive health services among clients of California syringe exchange programs: Implications for quality improvement. *Drug and Alcohol Dependence*, 81, 167-178.
- Hurley, S. F., Jolley, D. J., & Kaldor, J. M. (1997). Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection. *Lancet*, 349(9068), 1797-1800.
- Islam, M. M., & Conigrave, K. M. (2007). Syringe vending machines as a form of needle syringe programme: Advantages and disadvantages. *Journal of Substance Use*, 12(3), 203-212.
- Janelle, F., & Marchand, S. (1995). *Programme de distribution et d'échange de seringues : Guide de l'intervenant*. Régie régionale de la santé et des services sociaux Mauricie—Bois-Francs. Direction de la santé publique.
- Joly, J., Touchette, L., & Pauzé, R. (2009). Les dimensions formative et sommative de l'évaluation d'implantation d'un programme : Une combinaison des perspectives objective et subjective en lien avec les modèles d'évaluation basés sur la théorie des programmes. Dans M. Alain, & D. Dessureault, *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale*, (pp. 117-145). Québec : Presses de l'université du Québec.

- Kermode, M., Harris, A., & Gospodarevskaya, E. (2003). Introducing retractable needles into needle and syringe programmes: a review of the issues. *International Journal of Drug Policy*, 14, 233–239.
- Lamoureux, H., Lavoie, J., Mayer, R., & Panet-Raymond, J. (2002). *La pratique de l'action communautaire* (2<sup>e</sup> éd.). Sainte-Foy : Presses de l'université du Québec.
- Leclerc, P., Morissette, C., & Tremblay. (2006). *Le matériel stérile d'injection : combien faut-il en distribuer pour répondre aux besoins des UDI de Montréal?* Québec : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- MacDonald, M., Lawa, M., Kaldor, J., Hales, J., & Dore, G. J. (2003). Effectiveness of needle and syringe programmes for preventing HIV transmission. *International Journal of Drug Policy*, 14, 353–357.
- Macpherson, D., Mulla, Z., & Richardson, L. (2006). The evolution of drug policy in Vancouver, Canada: Strategies for preventing harm from psychoactive substance use *International Journal of Drug Policy* 17, 127–132.
- Martinez, A. N., Bluthenthal, R. N., Lorvick, J., Anderson, R. Flynn, N., & Kral, A. H. (2007). The impact of legalizing syringe exchange programs on arrest among injection drug users in California. *Journal of Urban Health: Bulletin of the new York Academy of Medicine*, 84(3), 423-435.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitative* (2e ed.). Paris : De Boeck.
- Monterroso , E. R., Hamburger, M. E., Vlahov, D., Des Jarlais, D. C., Ouellet, L. J., Altice, F. L., et al. (2000). Prevention of HIV infection in street-recruited injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology*, 25(1), 63-70.
- Noël, L., Allard, P.-R., & Cloutier, R. (2007a). *Statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention du VIH et des hépatites B et C offerts aux utilisateurs de drogues par injection du Québec : avril 2005 à mars 2006*. Gouvernement du Québec. Institut nationale de santé publique du Québec.
- Noël, L., & Cloutier, R. (2008). *Statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention du VIH et des hépatites B et C auprès des personnes UDI au Québec : avril 2006 à mars 2007*. Gouvernement du Québec. Institut national de santé publique du Québec.

- Noël, L., Côté, N., Godin, G., & Alary, M. (2002). Processus de marginalisation et risque pour la VIH chez les utilisateurs de drogues par injection. *Psychotropes*, 8(2), 7-27.
- Noël, L., Gagnon, F., Bédard, A., & Dubé, È. (2009). *Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée : Analyse critique de la littérature*. Gouvernement du Québec. Institut national de santé publique du Québec.
- Noël, L., Laforest, J., & Allard, P.-R. (2007b). *Usage de drogues par injection et interventions visant à réduire la transmission du VIH et du VHC : revue systématique de la littérature et validation empirique*. Gouvernement du Québec. Institut national de santé publique du Québec.
- Parent, R., Alary, M., Morissette, C., Roy, É., Leclerc, P., & Allard, P.-R. (2009). *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection : Épidémiologie du VIH de 1995 à 2008 / Épidémiologie du VHC de 2003 à 2008*. Gouvernement du Québec. Institut national de santé publique du Québec.
- Patton, M. Q. (1987). *How to use qualitative methods in Evaluation*. Newbury Park : Sage Publication.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (2e éd.). Newbury Park : Sage Publication.
- Pires, A. P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. P. Pires, *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, (pp. 113-169). Boucherville : G. Morin.
- Renou, M. (2005). *Psychoéducation : une conception, une méthode*. Montréal : Sciences et Culture.
- Rich, J. D., Hogan, J. W., Wolf, F., Delong, A., Zaller, N. D., Mehrotra, M., et al. (2007). Lower syringe sharing and re-use after syringe legalization in Rhode Island. *Drug and Alcohol Dependence* 89, 292–297.
- Roy, É., Haley, H., Leclerc, P., & Boivin, J.-F. (2005). L'injection de drogues chez les jeunes de la rue. Dans L. Guyon, S. Brochu, & M. Landry, *Les jeunes et les drogues : Usages et dépendances*, (pp. 107-141). Saint-Nicolas : Les presses de l'université Laval.
- Roy, É., Morissette, C., Alary, M., & Parent, R. (2006a). *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection : Épidémiologie du VIH*

*de 1995 à 2005 / Épidémiologie du VHC de 2003 à 2005.* Gouvernement du Québec. Institut national de santé publique du Québec.

Roy, É., Morissette, C., Haley, N., Gutiérrez, N., Rousseau, L., & Denis, V. (2006b). Pourquoi commencer? L'initiation à l'injection de drogues selon les jeunes de la rue. *Drogues, santé, société*, 5(1), 45-76.

Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier, *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données*, (5<sup>e</sup> éd.), (pp. 337-360). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Stafford, N. (2007). Using words : The harm reduction conception of drug use and drug users. *International journal of Drug Policy*, 18, 88-91.

Strathdee, S. A., Patrick, D., Currie, S. L., Cornelisse, P. G. A., Rekart, M. L., Montaner, J. S. G., et al. (1997). Needle exchange is not enough: lessons from the Vancouver injecting drug use study. *AIDS*, 11(8), 59-65.

Tammi, T., & Hurme, T. (2007). How the harm reduction movement contrasts itself against punitive prohibition. *International Journal of Drug Policy*, 18, 84-87.

Tempalski, B. (2007). Placing the dynamics of syringe exchange programs in the United States. *Health & Place*, 13, 417-431.

Tétreault, H., & Janelle, F. (1996). *Programme d'échange de seringues : Rapport d'évaluation*. Régie régionale de la santé et des services sociaux Mauricie—Bois-Francs. Direction de la santé publique.

Tyndall, M. W., Kerr, T., Zhang, R., King, E., Montaner, J. G., & Wood, E. (2006). Attendance, drug use patterns, and referrals made from North America's first supervised injection facility. *Drug and Alcohol Dependence*, 83, 193-198.

Vancouver CoastalHealth. *Saving lives : Vancouver's supervised injection site*. Récupéré le 17 février 2008 de [http://www.vch.ca/sis/docs/insite\\_brochure.pdf](http://www.vch.ca/sis/docs/insite_brochure.pdf).

Van Den Berg, C., Smit, C., Brussel, G. V., Coutinho, R., & Prins, M. (2007). Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction*, 102, 1454–1462.

Verbick, J. S., Burris, S., & Strathdee, S. A. (2003). Public opinion about syringe exchange programs in the USA: an analysis of national surveys. *International Journal of Drug Policy*, 14, 431-435.

- Witteven, E., & Schippers, G. (2006). Needle and syringe exchange program in Amsterdam. *Substance Use & Misuse*, 41, 835-836.
- Wodak, A., & Cooney, A. (2004). *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV\Aids among injecting drug users*. Suisse : World Health Organization.
- Wood, E., & Kerr, T. (2006). What do you do when you hit rock bottom? Responding to drugs in the city of Vancouver. *International Journal of Drug Policy*, 17(2), 55–60.

*Appendice A*  
Canevas d'entretien des donneurs et des usagers

## Canevas donneurs de service

### Thème 1

#### Rôle, fonction

- Depuis combien de temps avez-vous la responsabilité de faire de l'échange de seringues ?
- Comment avez-vous été amené à faire cela? Comment vous a-t-on présenté les choses ?
- Qu'est-ce qu'on vous demande de faire lorsqu'un UDI se présente pour avoir des seringues (procédure, questions à poser) ? Y a-t-il des indications à respecter ?

### Thème 2

#### Opérations

- Comment les choses se passent-elles lorsqu'un UDI se présente pour avoir des seringues ?
  - La première fois (ce que vous dites, faites, nbre de seringues données)
  - Si c'est un client régulier (ce que vous dites, faites, nbre de seringues données)
- Sur la quantité de seringues\kits à donner aux usagers...
  - Y a-t-il une politique dans votre organisme à ce sujet ?
  - Est-ce que la quantité de seringues données répond aux besoins des usagers (augmenter ou diminuer) ?
  - Devrait-il y avoir des restrictions sur la quantité à donner?
- Que proposez-vous ou donnez-vous comme matériel d'injection (kits, bacs de récupération, seringues à l'unité, garrot, tampons d'alcool, ...).
- En moyenne, combien de temps est-ce que vous passez avec un UDI lorsqu'il vous demande du matériel d'injection ?
- En général, à combien d'UDI est-ce que vous donnez du matériel d'injection, par semaine (la personne interviewée et non l'organisme) ?

### Thème 3

#### Difficultés reliées à la tâche

- Êtes-vous en mesure d'accomplir ce qui est attendu de vous? Est-ce possible, est-ce réaliste ?
- Êtes-vous confortable avec cette tâche (donner des seringues à des consommateurs de drogues) ?
  - o Que trouvez-vous le plus facile et le plus difficile à faire ?
  - o Est-ce que c'est plus facile ou plus difficile avec certains usagers ?

## Thème 4

### Le programme, comment l'améliorer

- Qu'est-ce qui vous aiderait, de quoi auriez-vous besoin pour vous permettre d'accomplir plus facilement cette tâche ?
- Existe-t-il des conditions particulières ou un contexte d'intervention particulier qui permet aux individus d'atteindre les comportements sécuritaires d'injection et ainsi diminuer les risques de transmission ?
  - o Et que peut-on faire pour que ces conditions soient mises en place ?
- De façon plus générale, quels sont les points faibles du programme ?
  - o Supposons que vous êtes à la tête de l'agence de santé ou du gouvernement et que vous avez la possibilité de changer quelque chose dans le programme actuel, que changeriez-vous?
- De façon plus générale, quels sont les points forts du programme ?
  - o Qu'est-ce qui doit être conservé ?

## Thème 5

### Vision du problème

- Croyez-vous que le programme atteint ses objectifs ?
  - o Qu'est-ce qui vous fait dire cela, sur quoi vous basez-vous ?
  - o À votre connaissance, est-ce qu'il y a des individus qui n'ont pas été infectés par les virus du VIH ou des hépatites grâce à ce programme?
    - Le programme permet-il de limiter la transmission des virus ?
- Si vous disposiez d'un budget illimité, que feriez-vous pour régler le problème de la consommation de drogues par injection ?
- Comment décririez-vous les personnes qui sont prises avec un problème de consommation de drogues par injection ?

## Canevas UDI

### Thème 1

#### Habitudes et préférences

- En général, de quelle façon te procures-tu ton matériel d'injection ?
  - o À quel(s) endroit(s) et auprès de qui ?
  - o Est-ce qu'il y a une façon de te procurer des seringues que tu préfères ?

### Thème 2

#### Le programme, les sites et l'accès au matériel

- Comment as-tu appris que le programme de distribution et d'échange de matériel d'injection existait ?
  - o Où a été ta première visite et comment ça s'est passé ?
- Habituellement, lorsque tu te présentes dans un site et que tu demandes des kits ...
  - o Est-ce que les personnes te parlent, échangent avec toi (discussions, questions) ?
  - o Est-ce que ça te va quand on te parle ?
  - o Quel matériel t'es proposé ? (kits, bac de récupération, seringues à l'unité, garrot, tampon d'alcool, ...)
  - o Aimerais-tu avoir d'autre matériel ?
  - o Est-ce que les choses se passent toujours de la même façon ... (discussions, questions, matériel proposé).
    - Avec les personnes qui te donnent du matériel (du même site)
    - Dans les différents sites (en comparaison)
- Au niveau de la quantité de seringues\kits qu'on te donne dans les sites ...
  - o Est-ce le nombre que tu désires obtenir ? Sinon, combien aimerais-tu en avoir? Pourquoi ?
  - o Est-ce qu'il y a des limites ou des restrictions au niveau de la quantité de matériel qu'on te donne ?
- Quels sont les avantages et les inconvénients de te procurer des seringues en passant par le programme ?
  - o Que trouves-tu le plus facile et le plus difficile à faire ?
  - o Est-ce que c'est plus facile ou plus difficile avec certaines personnes (donneurs de service) ou à certains endroits ?
  - o Est-ce qu'il y a un site que tu préfères ? Pourquoi ?

- Comment te sens-tu lorsque tu vas aux sites pour te procurer des seringues\kits ?
- Combien de fois te présentes-tu (par semaine ou par mois) à l'un ou l'autre des sites d'accès ?

### **Thème 3**

#### **Récupération**

- Comment te débarrasses-tu de tes « vieilles » seringues ?
- Comment les autres personnes que tu connais et qui s'injectent, se débarrassent-elles de leurs « vieilles » seringues ?
- Selon toi, qu'est-ce qui pourrait être fait pour faciliter la récupération des seringues à Trois-Rivières ?
  - o Et toi, que pourrais-tu faire pour éviter que les seringues se retrouvent dans des lieux publics?

### **Thème 4**

#### **Le programme, comment l'améliorer**

- De façon générale, quels sont les points faibles du programme actuel ? (lieux, procédures, personnes, attitudes, quantité et type de matériel distribué)
  - o Supposons que tu sois à la tête de l'agence de santé ou du gouvernement et que tu as la possibilité de changer quelque chose dans le programme actuel, que changerais-tu pour faciliter ta participation?
- De façon générale, quels sont les points forts du programme actuel? Ce que tu aimes dans ce programme?

### **Thème 5**

#### **Vision du problème**

- Est-ce que tu es d'accord avec l'idée qu'un tel programme existe ?
- À quoi sert, selon toi, le programme d'échange de seringues (but, objectifs)?
  - o À ta connaissance, est-ce qu'il y a des personnes qui n'ont pas été infectées par les virus du VIH ou des hépatites grâce à ce programme?

- Selon toi, est-ce que le programme permet de limiter la transmission des virus?
- À ta connaissance, est-ce que le partage de seringues est la seule façon d'attraper un virus du VIH ou des hépatites ?
- En ce qui te concerne, qu'est-ce qui pourrait être fait pour que tu t'injectes de manière sécuritaire pour ta santé ? (qu'est-ce qui pourrait être mis en place dans le programme ?)
- Si tu disposais d'un budget illimité, que ferais-tu pour régler le problème de la consommation de drogues par injection ?
- Comment décrirais-tu les personnes qui sont prises avec un problème de consommation de drogues par injection ?

*Appendice B*  
Fiches signalétiques

**Fiche signalétique pour les donneurs**  
**À remplir à la fin de l'entretien à titre de complément d'informations**

Numéro d'identification :

Date :

Lieu :

**DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES**

Âge :

Citoyenneté :

Statut : ( ) célibataire ( ) marié ( ) divorcé

Sexe : ( ) féminin ( ) masculin

**FORMATION SCOLAIRE ET PROFESSIONNELLE**

Diplôme le plus élevé obtenu :

Domaine d'étude ou formation :

**TRAVAIL**

Nom du poste que vous occupez présentement :

Nombre d'années que vous occupez ce poste :

Nom du poste que vous occupiez avant celui-ci :

Nombre d'années que vous avez occupé ce poste :

**FORMATION SUR L'ACCÈS AU MATÉRIEL**

Avez-vous reçu une formation (ou rencontré une personne) qui vous a expliqué quoi faire lorsqu'un UDI se présente pour avoir des seringues? Cochez l'énoncé qui se rapproche le plus.

- ( ) Un collègue m'a dicté rapidement les consignes
- ( ) J'ai appris au fur et à mesure sans formation, ni l'aide de personne
- ( ) Une personne m'a donné clairement des consignes lors d'une rencontre

**FORMATION SUR LES DROGUES**

Avez-vous reçu une formation (ou rencontré une personne) qui vous a donné de l'information sur les types de drogues et sur leurs effets?

Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_

Quel type de formation avez-vous reçu ? \_\_\_\_\_

**Fiche signalétique pour les UDI**

À remplir à la fin de l'entretien à titre de complément d'informations

Numéro d'identification :

Date :

Lieu :

**DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES**

Âge :

Sexe : ( ) féminin ( ) masculin

Citoyenneté :

Statut : ( ) célibataire ( ) marié ( ) divorcé

**FORMATION SCOLAIRE ET PROFESSIONNELLE**

Dernière année de scolarité complétée :

Diplôme le plus élevé obtenu :

**CONSOMMATION PAR INJECTION**

À quel âge as-tu commencé à t'injecter ? \_\_\_\_\_

Au cours de ta vie, sur quelle période s'étend ton utilisation de drogues par injection ?

- Moins de six mois \_\_\_\_\_  
 Entre 6 mois et 1 an \_\_\_\_\_  
 Entre 1 an et 3 ans \_\_\_\_\_  
 Entre 3 et 10 ans \_\_\_\_\_  
 Plus de 10 ans \_\_\_\_\_  
 Commentaire :  
 \_\_\_\_\_

**DROGUES CONSOMMÉES PAR INJECTION**

Au cours des six derniers mois, avec quelles drogues t'es-tu injecté ?

- ( ) Cocaïne  
 ( ) Amphétamines  
 ( ) Héroïne  
 ( ) Héroïne + cocaïne (speedball)  
 ( ) Autres Opiacés \_\_\_\_\_  
 ( ) Autres drogues \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ( ) Je ne me suis pas injecté au cours des six derniers mois  
 Quand t'es-tu injecté pour la dernière fois ? \_\_\_\_\_

Au cours du dernier mois, avec laquelle de ces drogues t'es-tu injecté le plus souvent?  
Encercler à la question précédente la drogue injectée la plus consommée.

### **NOMBRE D'INJECTIONS**

Dans la période de ta vie où tu as le plus consommé de drogues par injection, combien de fois tu pouvais t'injecter dans une journée ? \_\_\_\_\_ Dans une semaine? \_\_\_\_\_

Habituellement (maintenant), combien de fois peux-tu t'injecter dans une journée? \_\_\_\_\_ Une semaine? \_\_\_\_\_

### **UTILISATION ET PARTAGE DE MATÉRIEL**

Est-ce qu'il t'arrive d'utiliser plusieurs fois la même seringue pour t'injecter ?

As-tu déjà emprunté une seringue qui avait déjà été utilisée ?

*Appendice C*  
Liste de coordonnées de différentes ressources d'aide

## Liste de ressources

**Urgence :**

Ambulance.....	819-376-1414
Sécurité publique de Trois-Rivières.....	819-691-2929
Info-Santé.....	811

**Aide aux victimes d'actes criminels**

Cavac.....	819-373-0337
------------	--------------

**Aide aux victimes d'agression sexuelle**

Calacs.....	819-373-1232
-------------	--------------

**Écoute téléphonique :**

Tel- Écoute .....	819-376-4242
Tel- Jeunes .....	1-800-263-2266
Jeunesse j'écoute.....	1-800-668-6868

**Entraide :**

Artisans de paix.....	819-371-3366
-----------------------	--------------

**Hébergement :**

Centre le Havre de Trois-Rivières.....	819-371-1023
Le F.A.R. (pour femmes et leurs enfants).....	819-378-2990
Accalmie.....	819-378-8585

**Justice :**

Aide-Juridique.....	819-379-3766
---------------------	--------------

**Santé mentale :**

Le traversier.....	819-371-2420
<b>Services de santé :</b>	
CSSS des Forges.....	819-379-7131
Centre Anti-poisson.....	1-800-463-5060
Sidaction.....	819-374-5740
Hépatites Ressources.....	819-372-1588
La maison Re-Né.....	819-379-2495

**Suicide :**

Centre prévention suicide les Deux Rives.....	1-866-APPELLE
Ligne d'intervention (18 ans et +).....	819-379-9238
Ligne jeunesse (moins de 18 ans).....	819-691-0818

**Toxicomanie :**

Drogues, aide et référence.....	1-800-265-2626
Narcotiques Anonymes.....	1-800 879-0333
Domrémy.....	819-374-4744

**Travail de rue :**

Point de rue.....	819-694-4545
Trips du Rivage.....	819-374-3055

**Violence :**

Accord Mauricie.....	819-693-5264
SOS violence conjugale.....	1-800-363-9010

*Appendice D*  
Feuille de reçu du certificat-cadeau

# Reçu du certificat-cadeau

Madame, Monsieur,

J'atteste que \_\_\_\_\_ m'a remis un certificat-cadeau pour aller  
(Nom de l'intervieweur)

chez Subway d'une valeur de 20\$, à titre de compensation pour ma participation au projet de recherche :

**« Programme de distribution et d'échange de matériel d'injection de Trois-Rivières : une évaluation des processus ».**

\_\_\_\_\_  
Signature du participant

/ /  
Jour Mois Année

\_\_\_\_\_  
Signature de l'intervieweur ayant remis le certificat-cadeau

/ /  
Jour Mois Année

*Appendice E*  
Formulaires de consentement

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

**Titre du projet mémoire:** Programme de distribution et d'échange de matériel d'injection de Trois-Rivières : une évaluation des processus

**Étudiant/Chercheur:** Benoit Des Ormeaux, Candidat à la Maîtrise en Psychoéducation à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)

**Directrice :** Sylvie Hamel, Département de psychoéducation, UQTR

### **But de l'étude**

Cette étude s'inscrit dans le contexte d'un projet de mémoire en lien avec le Programme de distribution et d'échange de matériel d'injection de Trois-Rivières. Cette recherche veut faire une évaluation des processus reliés au programme. Elle se penche donc sur le fonctionnement du programme, sur ses opérations et son accessibilité. Cette évaluation formative est faite dans la perspective d'apporter des informations pertinentes pouvant servir à améliorer le programme.

Pour cette étude, nous visons rencontrer 15 répondants, soit huit donneurs de service (couvrant les sept sites de distribution de Trois-Rivières) et sept utilisateurs du programme de distribution et d'échange de matériel d'injection de Trois-Rivières.

### **Déroulement de l'entretien**

Si vous participez à cette étude, vous serez convié à participer à un entretien d'une durée approximative d'une heure, enregistré de façon audio. Cet entretien peut s'effectuer au moment qui vous convient et à un endroit que vous aurez choisi. Dans le cadre de cet entretien, vous serez invité à vous exprimer sur vos expériences et sur votre opinion en lien avec ce programme. Plus spécifiquement, nous aborderons votre rôle et votre fonction dans le cadre du programme, les opérations et les difficultés reliées à la distribution de matériel d'injection, les moyens d'améliorer le programme et votre vision du problème.

### **Avantages potentiels**

Ce projet de mémoire pourrait avoir des retombées sur l'intervention et sur les pratiques en lien avec l'application du programme de distribution et d'échange de matériel d'injection de Trois-Rivières. Les informations que vous fournirez pourraient amener une amélioration des services développés dans le cadre de ce programme.

### **Risques potentiels**

Si certaines questions vous amènent à penser que vous pourriez être jugé sur la qualité de votre travail, soyez assuré que vous pourrez vous retirer à tout moment de la

recherche et ce sans préjudice et sans que vous ayez à justifier votre décision puisque votre participation est sur une base volontaire.

### **Confidentialité**

Toute l'information obtenue durant l'entretien sera gardée confidentielle, c'est-à-dire que votre nom et toute autre information pouvant permettre votre identification sera transformée à l'aide d'un code. Ce code établi par le chercheur lors de la transcription de l'enregistrement, de même que l'ensemble du matériel, seront ensuite conservés dans un classeur barré sous clé auquel n'auront accès que les responsables de ce projet de mémoire.

---

Je \_\_\_\_\_ reconnaiss que l'information donnée dans ce formulaire m'a été bien expliquée et qu'on a répondu à mes questions de façon satisfaisante. On m'a assuré que toutes les données susceptibles de pouvoir m'identifier seront gardées confidentielles et détruites à la fin de ce projet, soit au plus tard le 1<sup>er</sup> août 2011. Je consens à ce que l'entretien soit enregistré. Je comprends que je suis libre de me retirer de cette étude en tout temps sans aucun préjudice.

Par la présente, je consens librement à participer à l'étude expliquée précédemment.

\_\_\_\_\_  
Signature du participant      \_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Benoit Des Ormeaux      Date  
Candidat à la maîtrise  
Université du Québec à Trois-Rivières

\_\_\_\_\_  
Sylvie Hamel Ph.D.      Date  
Directrice du mémoire  
UQTR

Si vous avez des questions ou des commentaires, vous pouvez communiquer avec la directrice de l'étude Sylvie Hamel au (819) 376-5011 poste 3540.

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER -08-136-06.06 a été émis le 20 mai 2008.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, Mme Martine Tremblay par téléphone (819) 376-5011, poste 2136 ou par courrier électronique : [martine.tremblay@uqtr.ca](mailto:martine.tremblay@uqtr.ca)

## **FORMULAIRE DE CONSENTEMENT RECEVEURS DE SERVICE**

**Titre du projet mémoire:** Programme de distribution et d'échange de matériel d'injection de Trois-Rivières : une évaluation des processus

**Étudiant/Chercheur:** Benoit Des Ormeaux, Candidat à la Maîtrise en Psychoéducation à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)

**Directrice :** Sylvie Hamel, Département de psychoéducation, UQTR

### **But de l'étude**

Cette étude s'inscrit dans le contexte d'un projet de mémoire en lien avec le Programme de distribution et d'échange de matériel d'injection de Trois-Rivières. Cette recherche veut faire une évaluation des processus reliés au programme. Elle se penche donc sur le fonctionnement du programme, sur ses opérations et son accessibilité. Cette évaluation formative est faite dans la perspective d'apporter des informations pertinentes pouvant servir à améliorer le programme.

Pour cette étude, nous visons rencontrer 15 répondants, soit huit donneurs de service (couvrant les sept sites de distribution de Trois-Rivières) et sept utilisateurs du programme de distribution et d'échange de matériel d'injection de Trois-Rivières.

### **Déroulement de l'entretien**

Si vous participez à cette étude, vous serez convié à participer à un entretien d'une durée approximative d'une heure qui enregistré de façon audio. Cet entretien peut s'effectuer au moment qui vous convient et à un endroit que vous aurez choisi. Dans le cadre de cet entretien, vous serez invité à vous exprimer sur vos expériences et sur votre opinion en lien avec ce programme. Plus spécifiquement, nous aborderons votre participation au programme, les sites que vous fréquentez, l'accès au matériel, la récupération, les moyens d'améliorer le programme et votre vision du problème. Vous recevrez à la fin de l'entretien un certificat-cadeau d'une valeur de 20 \$ pour votre participation à cette étude.

### **Avantages potentiels**

Ce projet de mémoire pourrait avoir des retombées sur l'intervention et sur les pratiques en lien avec l'application du programme de distribution et d'échange de matériel d'injection de Trois-Rivières. Les informations que vous fournirez pourraient amener une amélioration des services développés dans le cadre de ce programme.

### **Risques potentiels**

Comme certaines questions d'ordre personnel pourraient vous rendre inconfortable, une liste de ressources vous sera distribuée après l'entretien vous permettant de rejoindre des personnes qui pourront vous aider si vous en ressentez le besoin. De plus, votre participation est sur une base volontaire, donc vous pourrez vous retirer à tout moment de la recherche sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. De plus, vous êtes libre de répondre ou non aux questions qui vous seront posées.

### **Caractère confidentiel**

Toute l'information obtenue durant l'entretien sera gardée confidentielle, c'est-à-dire que votre nom et toute autre information pouvant permettre votre identification sera transformée à l'aide d'un code. Ce code établi par le chercheur lors de la transcription de l'enregistrement, de même que l'ensemble du matériel, seront ensuite conservés dans un classeur barré sous clé auquel n'auront accès que les responsables de ce projet de mémoire.

---

Je \_\_\_\_\_ reconnaiss que l'information qui m'a été donnée dans ce formulaire m'a été bien expliquée et qu'on a répondu à mes questions de façon satisfaisante. On m'a assuré que toutes les données susceptibles de pouvoir m'identifier seront gardées confidentielles et détruites à la fin de ce projet, soit au plus tard le 1<sup>er</sup> août 2011. Je consens à ce que l'entretien soit enregistré. Je comprends que je suis libre de me retirer de cette étude en tout temps sans aucun préjudice.

Par la présente, je consens librement à participer à l'étude expliquée précédemment.

---

Signature du participant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

---

Benoit Des Ormeaux	Date _____	Sylvie Hamel, Ph.D.	Date _____
Candidat à la maîtrise		Directrice	
Université du Québec à Trois-Rivières		UQTR	

Si vous avez des questions ou des commentaires, vous pouvez communiquer avec la directrice de l'étude Sylvie Hamel au (819) 376-5011 poste 3540.

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER -08-136-06.06 a été émis le 20 mai 2008.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, Mme Martine Tremblay par téléphone (819) 376-5011, poste 2136 ou par courrier électronique : [martine.tremblay@uqtr.ca](mailto:martine.tremblay@uqtr.ca).