

Centre de santé et de services sociaux  
de la Vieille-Capitale



Centre affilié universitaire

# Rapport sur la situation de la consommation de drogue par injection à Québec et sur la pertinence d'offrir des services d'injection supervisée

Centre de santé et de  
services sociaux de  
la Vieille-Capitale

Décembre 2014

## **Rédaction**

Marc De Koninck, CSSS de la Vieille-Capitale  
Véronique Lagrange, CSSS de la Vieille-Capitale

## **Avec la collaboration de**

Nathanaëlle Thériault, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale  
Shelley-Rose Hyppolite, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale  
Louis Rousseau, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale  
Lina Noël, Institut national de santé publique du Québec  
Mario Gagnon, organisme *Point de Repères*  
Francis Cossette, Service de police de la Ville de Québec

## **Sous la coordination de**

Marc De Koninck, CSSS de la Vieille-Capitale

## **Remerciements**

Les auteurs tiennent à remercier les organisations et personnes membres du comité de travail pour leur précieuse contribution et le temps qu'elles ont accordé à la démarche menant à la production de ce rapport. Ils tiennent également à remercier toutes les personnes qui ont accepté de participer aux entrevues individuelles ou de groupe. Leurs témoignages se sont avérés essentiels à l'élaboration de ce rapport.

## AVANT-PROPOS

---

En septembre 2011, la Cour suprême du Canada a rendu un jugement unanime favorable à l'organisme *Insite* à Vancouver, lui permettant de poursuivre ses activités de services d'injection supervisée (SIS) en reconnaissant qu'il s'agit de services de santé à part entière.

À la suite de ce jugement, à l'automne 2011, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec a fait part de son intention d'accueillir favorablement des projets de services d'injection supervisée au Québec en tenant compte des critères dictés par la Cour suprême du Canada.

Par la suite, l'Agence de la santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (ASSS-CN) a mandaté le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Vieille-Capitale, « considérant que la clientèle concernée est principalement située sur son territoire<sup>1</sup> », pour mener des travaux sur la mise en place de SIS à Québec, ces travaux devant se faire en concertation avec les « différentes organisations concernées, notamment la Ville de Québec, les policiers, les organismes communautaires, les établissements de santé et de services sociaux et les élus<sup>2</sup>. »

Après échanges avec l'Agence, il a été convenu de réaliser, avant toute chose, un état de situation au regard de la consommation de drogues par injection à Québec, ce qui n'avait pas été fait à ce jour, et d'analyser les conséquences qui en découlent. Ensuite, il a été convenu d'évaluer la pertinence de mettre en place des SIS à Québec et de faire un rapport sur le tout à l'Agence.

Pour l'assister dans ses travaux, le CSSS de la Vieille-Capitale a invité plusieurs organisations qui ont une responsabilité dans l'offre de services aux personnes utilisatrices de drogues pas injection (UDI) à Québec ou qui interviennent auprès d'eux, à participer à un comité de travail<sup>3</sup>. Le comité a commencé ses travaux en octobre 2012.

Ces travaux constituent donc une étape dans un processus continu visant l'amélioration des services de santé offerts aux personnes qui font usage de drogues par injection et pouvant présenter des bénéfices pour la communauté au regard des méfaits associés à ce type de consommation.

En terminant, il est important de préciser que bien que les organisations et les personnes qui ont participé au comité de travail partagent plusieurs des points de vue exposés dans le présent rapport, celui-ci est produit par le CSSS de la Vieille-Capitale. Les propos et les recommandations qu'il contient n'engagent que ce dernier. Toutefois, l'ensemble des organisations a fait part de son intérêt à poursuivre leur collaboration si des suites sont données aux recommandations du présent rapport.

---

<sup>1</sup> Lettre de Claude Lévesque, PDG de l'ASSS-CN à Hugues Matte, DG du CSSS de la Vieille-Capitale, 16 décembre 2011.

<sup>2</sup> Idem.

<sup>3</sup> La liste complète des organisations et des personnes ayant fait partie du comité de travail est disponible à l'Annexe 1 et le mandat du comité est disponible l'Annexe 2.

*Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne.*

Article 3 de la *Déclaration universelle des droits de l'homme*, 1948

*Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne.*

Article 1 de la *Charte des droits et libertés de la personne du Québec*, 1975

*Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne.*

Article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés*, 1982

## TABLE DES MATIÈRES

---

<b>Avant-propos .....</b>	<b>III</b>
<b>Table des matières .....</b>	<b>V</b>
<b>Liste des acronymes.....</b>	<b>VII</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
Bref retour sur les dernières années .....	2
<b>PARTIE 1 : État de situation au regard de la consommation de drogues par injection à Québec.....</b>	<b>5</b>
<b>1. Approches et méthodes .....</b>	<b>7</b>
1.1 Les sources de données quantitatives.....	7
1.1.1 Les données quantitatives.....	7
1.2 Les entrevues .....	8
1.2.1 Les intervenants.....	8
1.2.2 Les personnes utilisatrices de drogues .....	9
<b>2. Caractéristiques démographiques .....</b>	<b>9</b>
<b>3. Drogues consommées .....</b>	<b>9</b>
<b>4. Injection et comportements à risque .....</b>	<b>10</b>
4.1 L'injection comme mode de consommation .....	10
4.2 Le partage du matériel d'injection.....	10
4.3 L'injection dans les lieux publics .....	10
4.4 L'illégalité et les comportements à risque .....	11
<b>5. Impacts sur la santé.....</b>	<b>11</b>
5.1 La dépendance aux drogues.....	12
5.2 Les décès par surdose.....	13
5.3 Le virus de l'hépatite C et le virus de l'immunodéficience humaine .....	13
5.3.1 Le VHC.....	13
5.3.2 Le VIH.....	14
<b>6. Coûts de santé .....</b>	<b>15</b>
<b>7. Problèmes sociaux.....</b>	<b>16</b>
7.1 Les conditions de vie difficiles .....	16
7.2 Les préjugés et l'exclusion sociale .....	17
7.2.1 Les préjugés.....	17
7.2.2 L'exclusion sociale .....	18
7.2.3 Les conséquences sur la santé .....	20
<b>8. Ordre public .....</b>	<b>20</b>
8.1 Une population régulièrement en contact avec les policiers .....	20
8.2 Les patrouilleurs et l'intervention auprès des personnes UDI .....	21
8.3 Les conséquences sur l'ordre public .....	22
<b>9. Services existants en lien avec la consommation de drogues par injection.....</b>	<b>24</b>
9.1 Le Programme d'accès au matériel stérile d'injection .....	24

9.2	La récupération des seringues souillées dans les parcs et les espaces publics ....	27
9.3	Le traitement de la dépendance .....	29
9.4	Les services de désintoxication .....	29
9.5	Les équipes de liaison en dépendance .....	30
9.6	Les services à bas seuil d'accessibilité .....	30
9.7	Le service intégré de dépistage et de prévention des ITSS .....	31
9.8	La synthèse des services offerts aux personnes UDI .....	31
<b>PARTIE 2 : Pertinence d'offrir des services d'injection supervisée à Québec.....</b>		<b>33</b>
<b>10. Les services d'injection supervisée: de quoi s'agit-il? .....</b>		<b>35</b>
<b>11. Position des personnes UDI .....</b>		<b>36</b>
<b>12. Positions des ministères concernés .....</b>		<b>37</b>
12.1	Ministère de la Santé et des Services sociaux.....	37
12.2	Ministère de la Sécurité publique et ministère de la Justice .....	38
<b>PARTIE 3 : Conclusion et recommandations.....</b>		<b>39</b>
<b>13. Conclusion .....</b>		<b>41</b>
13.1	Est-il pertinent d'avoir des SIS à Québec?.....	41
13.2	Mise en garde .....	41
13.3	Discussion.....	41
<b>14. Recommandations .....</b>		<b>44</b>
14.1	Recommandation n° 1.....	45
14.2	Recommandation n° 2.....	46
<b>PARTIE 4 : Références et liens utiles.....</b>		<b>47</b>
<b>15. Références .....</b>		<b>49</b>
<b>16. Liens utiles.....</b>		<b>52</b>
16.1	Organismes .....	52
16.2	Autres liens utiles .....	53
<b>Annexe 1 : Personnes ayant participées à un moment ou un autre aux travaux du comité de travail .....</b>		<b>54</b>
<b>Annexe 2 : Mandat du comité de travail .....</b>		<b>57</b>
<b>Annexe 3 : Précisions sur les banques de données quantitatives.....</b>		<b>59</b>
<b>Annexe 4 : Thèmes des entrevues.....</b>		<b>61</b>
<b>Annexe 5 : Foire aux questions – L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal</b>		<b>63</b>
<b>Annexe 6 : Correspondance du ministère de la Sécurité publique et du ministère de la Justice au ministère de la Santé et des Services sociaux.....</b>		<b>65</b>

## LISTE DES ACRONYMES

---

ADDICQ :	Association pour la défense des droits et l'inclusion des personnes qui consomment des drogues du Québec
ASSS-CN:	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
CAMI :	Centre d'accès au matériel d'injection
CH :	Centre hospitalier
CLSC :	Centre local de services communautaires
CQSR :	Conseil de quartier de Saint-Roch
CRDQ :	Centre de réadaptation en dépendance de Québec
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
DRSP :	Direction régionale de santé publique
DSM :	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
HARSAH :	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
INSPQ :	Institut national de santé publique du Québec
IPPAP :	Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITSS et de leurs partenaires sexuels
ITSS :	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
MADO :	Maladie à déclaration obligatoire
MED ECHO :	Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
MIELS-Québec :	Mouvement d'information et d'entraide dans la lutte contre le VIH-Sida à Québec
MJQ :	Ministère de la Justice du Québec
MSP :	Ministère de la Sécurité publique
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NAOMI :	North American Opiate Medication Initiative
OC :	Organisme communautaire
OMS :	Organisation mondiale de la Santé
PAMSI :	Programme d'accès au matériel stérile d'injection
PECH :	Programme d'encadrement clinique et d'hébergement
PIPQ :	Projet intervention prostitution Québec
SABSA :	Services à bas seuil d'accessibilité
SIDA :	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIDEP :	Services intégrés de dépistage et de prévention
SIS :	Services d'injection supervisée
SPVQ :	Service de police de la Ville de Québec
SurvUDI :	Surveillance épidémiologique des utilisateurs de drogues par injection
UDI :	Utilisateurs de drogues par injection
VHC :	Virus de l'hépatite C
VIH :	Virus de l'immunodéficience humaine



## INTRODUCTION

---

L'usage de drogues par injection est un problème de santé publique et de société qui entraîne plusieurs conséquences non négligeables. Nombreux sont ceux et celles qui sont touchés par ce phénomène. Parmi ces conséquences, il y a de nombreux problèmes de santé physique et de santé mentale. Chez les personnes qui consomment par injection, la transmission du VIH et de l'hépatite C constituent des menaces à la santé. Les complications de santé qui y sont associées font augmenter les coûts pour le système de santé. De plus, la consommation de drogues par injection entraîne souvent des problèmes de désordre public générant des tensions et de l'insécurité chez les résidents des secteurs les plus touchés. Le travail des policiers et des intervenants n'en devient que plus complexe. Afin de soutenir leur consommation de drogues, souvent illégales, les personnes dépendantes peuvent commettre des gestes répréhensibles par la justice et être incarcérées. Au Québec, le personnel des établissements de détention doit ainsi assumer la prise en charge médicale de nombreuses personnes dépendantes et aux prises avec des problèmes de santé mentale. Enfin, les personnes consommatrices sont très souvent stigmatisées et marginalisées. Elles se sentent souvent exclues d'une société qui devrait leur accorder, comme à tous, une juste place.

C'est dans ce contexte qu'il est proposé d'inclure les services d'injection supervisée (SIS) à la gamme de services offerts aux personnes UDI en vue de prévenir et de traiter des problèmes de santé liés à la consommation de drogues (infections, surdoses, etc.), et de mieux les rejoindre notamment pour leur offrir des traitements contre la dépendance. Ces types de services ont été implantés avec succès depuis le milieu des années 1980 dans de nombreux pays d'Europe, en Australie et même au Canada (Colombie-Britannique : *Insite*, 2003; *Dr Peter Center*, 2002, <http://supervisedinjection.vch.ca/> ; <http://www.drpeter.org/>).

Au cours des dernières décennies, les personnes UDI ont été ciblées pour faire partie de programmes visant à réduire la transmission des infections au VIH et au VHC et pour développer des services plus adaptés à leur situation. De nouvelles approches ont été développées et les SIS en font partie. La recherche scientifique a démontré que ce type de service a contribué à améliorer la santé et le bien-être des individus et des communautés concernés. Cependant, il est important de souligner que les problèmes associés à la dépendance aux drogues sont complexes et multiples (maladie physique et mentale, itinérance, pauvreté, etc.) et que les SIS ne peuvent à eux seuls tout résoudre. Ces services visent des personnes plus désaffiliées. Il s'agit plutôt d'un maillon supplémentaire dans une stratégie globale d'intervention de santé publique (<http://www.ohrdp.ca/wp-content/uploads/pdf/insite.pdf>).

## BREF RETOUR SUR LES DERNIÈRES ANNÉES

---

Au Québec, depuis une dizaine d'années, les autorités de la santé et des services sociaux réfléchissent à la mise en place de services d'injection supervisée et décrivent le rôle que ceux-ci peuvent jouer dans la réponse globale à l'usage problématique de drogues par injection, notamment en matière de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)<sup>1</sup>.

Toutefois, et ce jusqu'au moment de l'annonce du jugement de la Cour suprême du Canada en 2011, le contexte juridique rendait complexe et ambigu le développement de tels services.

C'est la cause opposant l'organisme *Insite*<sup>2</sup> à Santé Canada qui a permis de clarifier la situation. Depuis 2003, *Insite* bénéficiait d'une exemption de la part du ministre canadien de la Santé l'autorisant à offrir de tels services. Cette exemption a toutefois été remise en question, à partir de 2008, par le gouvernement fédéral. La cause a été soumise au plus haut tribunal du pays, la Cour suprême du Canada. Celle-ci a rendu, en septembre 2011, un jugement unanime favorable à *Insite*, permettant ainsi à l'organisme de poursuivre ses activités en reconnaissant qu'il s'agit de services de santé à part entière.

La Cour suprême du Canada appuie son jugement sur l'article 7 de la Charte canadienne des droits et libertés (1982) qui stipule que les citoyens ont droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de leur personne. Dans son jugement, elle stipule également qu'*Insite* a sauvé des vies, sans provoquer une hausse des méfaits liés à la consommation de drogues par injection et à la criminalité dans les environs des SIS. Elle a également constaté qu'*Insite* reçoit l'appui de la police de Vancouver ainsi que des gouvernements municipal et provincial.

La Cour suprême du Canada a déclaré que les services d'injection supervisée peuvent être offerts aux personnes utilisatrices de drogues par injection et elle a donné des indications sur les éléments à prendre en compte pour rendre une décision relative à une exemption advenant l'intérêt de mettre en place des SIS ailleurs au Canada.

Le paragraphe 153 du jugement dit que :

*La Loi* accorde au ministre le pouvoir discrétionnaire de décider s'il faut accorder ou non une exemption. Ce pouvoir discrétionnaire doit être exercé en conformité avec la *Charte*. Le ministre doit donc se demander si le refus d'une exemption porterait atteinte aux droits à la vie et à la sécurité des personnes autrement qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale. Les facteurs pris en compte pour rendre une décision relativement à une exemption doivent comprendre la preuve, si preuve il y a, concernant l'incidence d'un tel centre sur le taux de criminalité, les conditions locales indiquant qu'un centre d'injection supervisée répond à un besoin, la structure réglementaire en place permettant d'encadrer le centre, les ressources

---

<sup>1</sup> Plusieurs documents publiés par le MSSS à cet effet peuvent être cités : 1- *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement : Orientations 2003-2009*; 2- *Programme national de santé publique 2003-2012*; 3- *Actions proposées pour la prévention du VIH-sida et de l'hépatite C chez les personnes utilisatrices de drogues*; 4- *Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population québécoise : Les infections transmissibles sexuellement et par le sang, l'épidémie silencieuse*.

<sup>2</sup> Organisme situé à Vancouver offrant des services d'injection supervisée.

disponibles pour voir à l'entretien du centre et les expressions d'appui ou d'opposition de la communauté (Cour suprême du Canada, 2011).

L'implantation possible de services d'injection supervisée à Québec est un sujet qui en préoccupe plusieurs, et ce, depuis plusieurs années. Les échanges publics ont eu droit à une couverture médiatique assez importante entre 2008 et 2011, au moment de la décision de la Cour suprême du Canada. Les élus municipaux et provinciaux ont eux-mêmes été interpellés. L'implantation possible de services d'injection supervisée à Québec soulève des enjeux complexes.

Le conseil de quartier de Saint-Roch (CQSR) avec la collaboration des conseils de quartier du Vieux-Limoilou et de Saint-Sauveur ont organisé un forum public sur le sujet en mai 2011 pour « entendre les parties prenantes du milieu afin d'apporter une nécessaire lumière sur l'enjeu au bénéfice de tous les intéressés » (Communiqué de presse du CQSR, 29 avril 2011).

Près d'une quinzaine de mémoires ont été soumis provenant tant de citoyens que d'organisations publiques ou privées et près de 150 personnes ont participé à l'événement. Par la suite, le CQSR a soumis une liste de « *critères d'acceptabilité sociale* »<sup>1</sup> visant à éclairer d'éventuels promoteurs de services d'injection supervisée dans le centre-ville de Québec.

La démarche des conseils de quartier a permis d'offrir une tribune où les citoyens (tant les personnes UDI que les autres résidents) et les commerçants ont pu s'exprimer et faire valoir leurs préoccupations et leurs attentes. Il faut toutefois souligner qu'à ce jour, ces échanges publics, bien que légitimes, n'ont pas porté sur un projet précis.

Les paramètres désormais définis par la Cour suprême du Canada ainsi que certaines des balises apportées par le MSSS (MSSS 2013) permettent de préciser la situation. Les travaux du comité mis en place à l'instigation du CSSS de la Vieille-Capitale pourront, à leur tour, mieux circonscrire certains des paramètres devant faire l'objet d'échanges avec les citoyens avant la mise en place éventuelle de services d'injection supervisée à Québec.

---

<sup>1</sup> Page Web produite par le CQSR sur la question des SIS : [http://www.ville.quebec.qc.ca/apropos/vie\\_democratique/participation\\_citoyenne/conseils\\_quartier/saintroch/injection.aspx](http://www.ville.quebec.qc.ca/apropos/vie_democratique/participation_citoyenne/conseils_quartier/saintroch/injection.aspx).



# **PARTIE I**

## **ÉTAT DE SITUATION AU REGARD DE LA CONSOMMATION DE DROGUES PAR INJECTION À QUÉBEC**



## 1. APPROCHES ET MÉTHODES

---

Pour procéder à l'analyse de la situation, le comité de travail s'est d'abord penché sur les données quantitatives disponibles. Celles-ci proviennent de banques de données nationales, mais également des données compilées par certaines des organisations qui ont participé aux travaux du comité. Par la suite, des entrevues ont été menées par Marc De Koninck, coordonnateur des travaux du comité et Véronique Lagrange, professionnelle de recherche au CSSS de la Vieille-Capitale pour porter un regard plus complet sur la situation qui prévaut à Québec. Enfin, l'analyse s'appuie également sur divers rapports et revues de littérature produits au Québec en regard de la situation des personnes UDI, des risques liés à la consommation par injection et des services d'injection supervisée (SIS).

### 1.1 LES SOURCES DE DONNÉES QUANTITATIVES

---

Les premières analyses ont été faites à partir de données quantitatives provenant des sources suivantes<sup>1</sup> :

- Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED ECHO);
- Registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO);
- Fichier du bureau du coroner du Québec;
- Fichier des décès;
- Réseau SurvUDI - Réseau de surveillance du VIH et du VHC ainsi que des facteurs de risques chez les personnes UDI au Québec et à Ottawa;
- Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec.

Par ailleurs, les organisations suivantes ont partagé des données régionales ou locales jugées utiles pour l'analyse :

- Centre de réadaptation en dépendance de Québec (CRDQ);
- CSSS de la Vieille-Capitale;
- Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale (DRSP);
- *Point de Repères*;
- Service de police de la Ville de Québec.

---

#### 1.1.1 LES DONNÉES QUANTITATIVES

---

La recherche sur les SIS dans le monde et au Canada démontre que ces services visent principalement les personnes ayant une dépendance sévère et prolongée à la drogue. Ce sont des personnes qui accèdent peu aux services de santé et qui ont atteint un haut niveau de désaffiliation sociale (Noël, L. et coll., 2009). Les données utilisées pour le présent rapport, notamment la banque de données SurvUDI, ont été recueillies auprès de personnes qui fréquentent des services de distribution de seringues et des services de proximité pour

---

<sup>1</sup> Voir Annexe 3 pour plus d'informations sur ces différentes banques de données.

les personnes en situation de précarité. Ces données offrent un bon éclairage en ce qui a trait à la caractérisation des personnes qui sont les plus touchées par l'usage problématique de drogues par injection et sont donc les plus susceptibles d'utiliser les SIS.

Par contre, étant donné le caractère illicite de la consommation de drogues, les données sur le nombre de personnes de la ville de Québec touchées par cette problématique ne peuvent qu'être approximatives. Cependant, comme les SIS touchent une partie bien spécifique de cette population, soit les personnes présentant un haut niveau de désaffiliation et sans lieux discrets et sécuritaires pour s'injecter de la drogue, les données actuellement disponibles permettent de rendre compte de la situation avec suffisamment de précision.

Les données présentées dans les prochaines sections (effets de la consommation, nombre de seringues distribuées, témoignages des intervenants, etc.) sont éloquentes et illustrent à quel point la consommation de drogues par injection est présente et problématique à Québec.

---

## 1.2 LES ENTREVUES

---

Au-delà des données quantitatives, le comité a jugé important de porter également un regard qualitatif sur la situation qui prévaut à Québec. Les données qualitatives proviennent de deux sources distinctes. D'une part, des entrevues réalisées avec des intervenants par deux représentants du CSSS de la Vieille-Capitale associées aux travaux du comité. D'autre part, des entrevues réalisées auprès de personnes UDI dans le cadre des travaux entourant le rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé en 2012 (Hyppolite, S.-R., 2012).

---

### 1.2.1 LES INTERVENANTS

---

Vingt-quatre intervenants travaillant auprès de personnes UDI ont été rencontrés au cours de six entrevues de groupe et d'une entrevue individuelle entre les mois de décembre 2013 et février 2014.

Les groupes comportaient entre deux et huit personnes pour les entrevues. Chaque groupe était composé de personnes faisant partie d'un même organisme. Il s'agissait de médecins, d'infirmières et infirmiers, d'intervenantes et intervenants sociaux et communautaires offrant des services de réadaptation (CRDQ) ou des services à bas seuil d'accessibilité (SABSA). Ces personnes proviennent du CSSS de la Vieille-Capitale, de *Point de Repères*, du PIPQ ou de MIELS-Québec. Des policiers ont également été rencontrés. Toutes les entrevues, sauf une, ont été enregistrées.

La durée des entrevues variait entre une heure et demie et deux heures. Un résumé a été effectué en cours d'entrevue et retranscrit. Par la suite, les entrevues ont été réécoutées afin de valider le contenu des résumés d'entrevues et d'extraire des verbatim (extraits de témoignages). Plusieurs de ces verbatim se retrouvent dans le rapport.

Les questions portaient sur la situation des personnes UDI à Québec, sur les différents problèmes qu'elles rencontrent, sur la nature des soins et services qui leur sont prodigués ainsi que sur leurs besoins spécifiques. Des questions ont également été posées sur les collaborations entre partenaires (établissements de santé, organismes communautaires,

service de police) et sur l'offre de services qui devrait être mise en place pour répondre aux besoins des personnes UDI à Québec.

Une analyse de contenu, réalisée par la professionnelle de recherche associée au projet, a été effectuée à partir des résumés afin de dégager les informations et les perceptions entourant les thèmes proposés en entrevues.

---

### 1.2.2 LES PERSONNES UTILISATRICES DE DROGUES

---

Les verbatim des personnes utilisatrices de drogues inclus dans le rapport proviennent de groupes de discussion réalisés auprès de personnes utilisatrices ou ex-utilisatrices de drogues et de personnes itinérantes qui ont fait ou font de la prostitution. Ces personnes sont en situation de désaffiliation plus marquée et correspondent par conséquent au profil de personnes plus susceptibles d'avoir recours à des SIS. Toutes les personnes UDI à Québec ne sont toutefois pas nécessairement en situation de désaffiliation.

Les groupes de discussion ont eu lieu en novembre et décembre 2009, dans la cadre de la production du rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé (Hyppolite, S.-R., 2012). Les rencontres ont été d'une durée de deux heures chacune et ont regroupé huit personnes chaque fois.

---

## 2. CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES

---

À Québec, entre mai 2004 et février 2010, 1 641 entrevues par questionnaire ont été réalisées auprès de 899 personnes UDI différentes qui se sont présentées à divers moments durant la période de collecte de données. Elles ont été recrutées par le réseau SurvUDI (voir Annexe 3). Les données analysées pour le présent rapport portent donc sur près de 900 individus recrutés durant cette période. Ce sont en majorité des hommes (71,5 %) dont l'âge moyen est de 34 ans. L'âge moyen des femmes est de 30 ans. Près de la moitié (45 %) de ces 900 personnes n'ont pas terminé leurs études de niveau secondaire.

Il existe peu de données sur le lieu de résidence précis des personnes UDI de la région de Québec. Les données du CRDQ révèlent toutefois que, parmi les personnes UDI recevant des services au sein de leur établissement en 2012, la majorité demeurait sur le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale. Parmi ces personnes, les deux tiers (64 %) demeuraient en milieu défavorisé (Basse-Ville, Limoilou et Vanier). De façon plus précise, 33 % demeuraient en Basse-Ville, 31 % dans Limoilou et Vanier, 20 % en Haute-Ville et 10 % dans Sainte-Foy-Sillery-Laurentien (CRDQ 2013).

---

## 3. DROGUES CONSOMMÉES

---

À Québec, la drogue la plus souvent injectée chez les personnes UDI est la cocaïne, mais cette tendance est légèrement à la baisse depuis 2008. Malgré tout, cette situation reste très préoccupante puisqu'un consommateur de cocaïne peut s'injecter de la drogue jusqu'à 20 ou 30 fois par jour, comparativement à deux ou trois injections par jour pour un consommateur d'héroïne. Selon le Service de police de la Ville de Québec (SPVQ), les infractions liées à l'usage d'héroïne sont quasiment inexistantes sur le territoire.

*Ils s'injectent [de la drogue] de façon répétée. [...] Ça s'injecte [de la drogue], c'est rapide. L'héroïnomanes y a plus le temps pour s'injecter [de la drogue]. Eux autres, cocaïnomanes, ça presse. (Professionnel de la santé)*

Par ailleurs, on observe au Québec comme à Québec depuis les dernières années, une augmentation non négligeable de l'injection de médicaments opioïdes<sup>1</sup>. Cette hausse est inquiétante (Leclerc et coll., 2012), car ce type de consommation augmente le risque de décès liés aux détresses respiratoires par surdose. Il est donc important de suivre l'évolution de cette tendance.

*Des gens qui ont eu par exemple, qui ont fait un accident de char. Ils prenaient des Empracets [analgésiques] mais ça marchait pas... y a eu une gradation des moyens... pis à un moment donné ben, j'vais les écraser pis me les injecter. Le médecin continue de prescrire des Dilaudid [analgésiques] sans savoir que le patient les écrase et se l'injecte aux heures prescrites.  
(Professionnel de la santé)*

## 4. INJECTION ET COMPORTEMENTS À RISQUE

---

### 4.1 L'INJECTION COMME MODE DE CONSOMMATION

---

Plusieurs facteurs peuvent expliquer le fait que des personnes choisissent de consommer de la drogue par injection plutôt que d'une autre façon. Parmi ces facteurs, notons que l'intensité et la rapidité de l'effet sont les principales sensations recherchées. Il existe également un rituel associé à la préparation de l'injection qui attire les utilisateurs.

### 4.2 LE PARTAGE DU MATÉRIEL D'INJECTION

---

Les risques de transmission d'infection (VIH ou VHC) ne sont pas liés à la consommation en soi. C'est plutôt le partage du matériel d'injection souillé comme les seringues, les contenants de préparation et l'eau pour diluer la drogue, qui occasionne le plus de risques pour la transmission des infections.

Les données de SurvUDI recueillies pour Québec entre 2004 et 2010 (Noël et coll., en préparation) montrent qu'environ 20 % des personnes UDI rapportaient avoir emprunté une seringue déjà utilisée par une autre personne dans les six mois précédant la collecte de données.

Le type de drogue consommée (cocaïne), qui augmente la fréquence d'injection et influence le choix du lieu de consommation, vient accentuer le risque de partager du matériel d'injection souillé.

### 4.3 L'INJECTION DANS LES LIEUX PUBLICS

---

L'injection dans des lieux publics fait référence à la consommation dans des parcs, ruelles, toilettes publiques, stationnements, buissons, bibliothèques, cages d'escaliers, etc. Certaines personnes y ont recours parce qu'elles sont sans domicile fixe, qu'elles ne veulent pas fréquenter de piqueries ou pour éviter de consommer à domicile (présence d'enfants ou de conjoint).

---

<sup>1</sup> Dilaudid, méthadone, morphine et suboxone non prescrits et autres (oxycodone/oxycontin, timbre cutané de fentanyl, codéine, Démérol, Hydromorph-Contin).

En plus d'augmenter les probabilités de laisser des seringues à la traîne dans l'environnement, ce type de pratique crée aussi des conditions favorables, par son caractère illicite et public, au partage de matériel d'injection souillé et, par conséquent, à la transmission d'infections. Les conditions d'hygiène lors de l'injection dans les lieux publics étant souvent déficientes, la personne UDI est à risque de développer d'autres problèmes comme les accidents vasculaires et les abcès, pour ne nommer que ceux-là.

Il y a aussi des risques associés au fait d'être isolé et de ne pas pouvoir recevoir d'aide en cas de besoin. L'injection dans de telles conditions augmente considérablement le risque de faire une surdose chez les personnes à cause de la rapidité d'exécution à laquelle elle les oblige (MSSS, 2014).

Fait à noter, les personnes qui se sont injectées de la drogue dans des lieux publics de la ville de Québec sont en moyenne plus jeunes que celles qui ne l'ont pas fait (32 ans plutôt que 42 ans). Chez les personnes UDI, les plus jeunes (entre 15 à 29 ans), 70 % rapportent s'être injecté de la drogue dans un lieu public au moins une fois dans les six derniers mois comparativement à 35 % chez les 30 ans et plus (Noël et coll., en préparation).

*C'est pas vrai qu'en une minute dans une salle de bain publique, t'as le temps de t'injecter [de façon sécuritaire]. Tu t'injectes, c't'une boucherie, c'est carrément ça... une boucherie. (Intervenant communautaire)*

*Ils s'injectent n'importe où, n'importe comment. C'est ça l'affaire. C'est que souvent, ça va être dans les buissons, c'est pas éclairé. Y a des dangers de se manquer. (Intervenant communautaire)*

#### 4.4 L'ILLÉGALITÉ ET LES COMPORTEMENTS À RISQUE

---

L'illégalité qui entoure la possession de drogues affecte les comportements des personnes UDI de différentes façons, et contribue à augmenter les risques pour la santé. Par exemple, les personnes UDI rencontrent des difficultés à :

- Transporter sur elles du matériel d'injection;
- S'injecter la drogue avec précaution, en suivant toutes les étapes de la préparation initiale, y compris l'essai d'une petite dose et l'utilisation d'un tampon d'alcool pour nettoyer la peau au site d'injection;
- S'adresser à la police pour obtenir de l'aide ou des services d'urgence;
- Aller vers les services de santé et les services sociaux;
- Garder sur elles les drogues qu'elles transportent, préférant les cacher dans leurs cavités corporelles (MSSS 2014).

#### 5. IMPACTS SUR LA SANTÉ

---

La dépendance aux drogues telles que les opioïdes et les stimulants est reconnue dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) (Association américaine de psychiatrie, 2013) parmi les troubles de santé mentale. Elle peut provoquer chez la personne en état de consommation ou en situation de sevrage, plusieurs troubles mentaux : troubles dépressifs, troubles de l'anxiété, dysfonctionnement sexuel, etc. (Association américaine de psychiatrie, 2013). Cela accentue le degré de vulnérabilité des personnes UDI et rend plus difficile l'adoption de comportements sécuritaires ou la poursuite d'un traitement (MSSS, 2009).

Par ailleurs, le fait de s'injecter de la drogue dans des conditions d'hygiène souvent précaires expose les personnes UDI à un risque accru de contracter des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), mais également de développer des infections bactériennes telles des cellulites, des abcès, des bactériémies et des endocardites (MSSS, 2009).

## 5.1 LA DÉPENDANCE AUX DROGUES

---

Le phénomène de la dépendance est souvent mal compris. Les témoignages recueillis ont permis de mettre en évidence une souffrance importante vécue par les personnes UDI. On se trouve face à un véritable cercle vicieux : la personne cherche à soulager sa souffrance (agression sexuelle, pauvreté, échecs répétés, pertes, etc.) par la consommation alors que des éléments liés à la consommation viennent ajouter à cette souffrance. La probabilité de développer une dépendance est donc beaucoup plus élevée (MSSS, 2014).

La privation peut engendrer des malaises physiques et causer d'importantes douleurs et rend d'autant plus difficile l'arrêt de consommation.

*La douleur physique du manque de drogue, tu ne peux pas te dissocier de ça: le mal de cœur, la sueur, c'est physique [...] Il est là. Ça fait mal, ils ont mal dans les os, ils ont mal aux muscles, ils ont mal au cœur, ils ont la diarrhée. (Intervenant communautaire)*

La consommation apporte un soulagement immédiat, mais temporaire.

*L'effet dure 15 minutes. Après, c'est comment t'es capable d'endurer ton rush mais après ½ heure, ils se peuvent plus. Ils ont envie de t'arracher la tête. [...] Ceux qui s'injectent de la coke, ils sont vraiment sur le high pendant 4-5 jours pis ensuite, ils marchent [dans] la rue pis ils s'endorment dans la rue, avec leur aiguille dans le bras. Le corps veut plus. Ils dorment 2 jours. (Professionnel de la santé)*

Selon le DSM-5, une personne dépendante aux drogues continue de consommer malgré les importants problèmes que cela engendre. La dépendance aux drogues prédispose la personne aux rechutes, car elle doit lutter contre l'envie de consommer.

Bien que mettre fin à ce cercle vicieux de la dépendance pose d'énormes défis pour les personnes UDI, cela demeure toutefois possible.

*[...] une étudiante qui est en train de faire son bac en soins infirmiers [...] Elle était toxicomane par intraveineuse, dans la rue pis aujourd'hui, elle fait son bac. J'peux t'en nommer une dizaine de beaux exemples, de filles qui s'en sont sorties. (Intervenant communautaire)*

## 5.2 LES DÉCÈS PAR SURDOSE

---

Selon des données provenant des investigations du coroner<sup>1</sup>, au moins 20 décès par surdose liée à l'injection sont survenus entre 2000 et 2009 dans la ville de Québec. Avec un sommet observé en 2008 (cinq décès), cette situation est très préoccupante dans le contexte où l'on observe une augmentation de l'injection de médicaments opioïdes qui causent davantage de surdoses mortelles. De plus, il est très probable que ces données sous-estiment la réalité. En effet, il est difficile de différencier les décès survenus chez les personnes UDI de l'ensemble des décès par surdose dans la mesure où la notion d'injection est potentiellement méconnue ou sous rapportée.

L'âge moyen des personnes au moment du décès est de 39 ans (étendue de 22 à 60 ans). La majorité des décès touchent des hommes (80 %). Bien que moins nombreux, les décès chez les femmes se caractérisent par un âge généralement plus jeune (moyenne de 31 ans). Dans la région de la Capitale-Nationale, la principale substance en cause est la cocaïne concernant les deux tiers des décès. La consommation de plusieurs substances à la fois (alcool, médicaments et autres drogues illicites) préalablement au décès est cependant fréquente.

## 5.3 LE VIRUS DE L'HÉPATITE C ET LE VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE

---

Comme le soulignent les responsables du Service de lutte aux ITSS du MSSS (MSSS 2009), le nombre de nouvelles infections au VIH et plus particulièrement au VHC est alarmant. Au Québec, le VHC se transmet principalement par le partage de matériel d'injection souillé (Allard, P.-R. et Parent, R., 2008). Ces infections peuvent être sans symptôme durant un certain temps. « L'infection par le VIH et l'infection par le VHC sont lourdes de conséquences pour les personnes atteintes et pour leur entourage : souffrances liées à la maladie et aux traitements, projets de vie brisés, discrimination subie, etc. » (MSSS, 2009).

Fait troublant, au Québec on estime que 23 % des personnes infectées par le VIH et 22 % de celles infectées par le VHC ignorent qu'elles le sont et peuvent par conséquent transmettre leur infection à d'autres personnes sans le savoir (Leclerc, P. et coll., 2012).

---

### 5.3.1 LE VHC

---

L'hépatite C est une grave infection du foie. Il s'agit d'une maladie sournoise qui met plusieurs années à se développer et les complications surviennent généralement après une période de 20 ans (Allard, P.-R. et Noël, L., 2006). Non traitée, la maladie évolue vers une hépatite chronique chez 80 % des personnes qui ont contracté le virus (Allard, P.-R. et Parent, R., 2008). De plus, 20 % des porteurs chroniques du VHC développeront une cirrhose augmentant le risque de cancer du foie.

Entre 1990 et 2012, un peu plus de 37 000 cas d'hépatite C ont été déclarés au Québec (Leclerc, P. et coll., 2012). En 2012, 1 304 cas d'hépatite C ont été déclarés (taux de 16,3 pour 100 000 personnes). Les hommes représentent 63 % des cas.

---

<sup>1</sup> Extraction faite dans le fichier du bureau du coroner du Québec selon la méthode proposée dans Leclerc, P., Fall, A. et Morissette, C. (2012). Estimation de la taille et caractérisation de la population utilisatrice de drogues par injection à Montréal : Synthèse. Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 4 p.

L'infection par le VHC fait des ravages importants chez les personnes UDI. Au Québec, plus de 70 % des personnes UDI recrutées dans le réseau SurvUDI sont atteintes du VHC (Leclerc, P. et coll., 2012) comparativement à 0,5 % pour la population en général.

**Dans la ville de Québec**, la situation est préoccupante puisque la prévalence<sup>1</sup> de l'infection chez les personnes UDI qui fréquentent les centres d'accès au matériel d'injection (CAMI) est de 73 % (Leclerc, P. et coll., 2012). Les témoignages recueillis auprès des professionnels de la santé et des intervenants communautaires rencontrés confirment cette prévalence élevée à Québec.

Depuis 2010, on observe une tendance à la hausse des déclarations d'infections par l'hépatite C dans le registre des maladies à déclaration obligatoire. En 2012, un total de 113 nouvelles déclarations d'hépatite C (aiguë et chronique) sont comptées sur les territoires des CSSS de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord (registre des maladies à déclaration obligatoire, MADO). Selon des analyses réalisées sur les cas déclarés de VHC entre 2004 et 2012, l'usage de drogues par injection est le principal facteur de risque dans 78 % des cas (Allard, P.-R. et Parent, R., 2008). En se basant sur ces analyses, on peut estimer à 95 le nombre annuel moyen de nouvelles déclarations d'hépatite C chez des personnes UDI à Québec. Il s'agit probablement d'une sous-estimation de la situation puisque pour les raisons déjà exposées, il est difficile de rejoindre la population UDI.

*J' parle de l'hépatite C parce qu'il faut parler de la réalité. Les UDI à Québec [...] on a le taux d'incidence et de prévalence de l'hépatite C le plus élevé (Professionnel de la santé)*

*Moi quand y m'disent... du monde que je sais qui s'injectent depuis un bout, pis qu'ils me disent qu'y'ont pas l'hépatite C, je reste surprise. C'est rare que je vois du monde qu'y'ont pas l'hépatite C. Un rescapé. [...] Y'a fait attention. Y'a pas trop partagé ses affaires. (Intervenant communautaire)*

Sur une période de dix ans, de 2002 à 2011, dans ces mêmes territoires, 26 personnes décédées en centre hospitalier avaient comme diagnostic principal une infection à l'hépatite C. Durant la même période, 17 autres personnes atteintes d'hépatite C sont décédées d'une complication comme le cancer du foie (12) ou la cirrhose (5) comme cause principale. Cela représente 43 décès reliés à l'hépatite C. On peut présumer que plus des trois quarts de ces décès sont survenus chez des personnes UDI.

---

### 5.3.2 LE VIH

---

À l'heure actuelle, malgré les avancées thérapeutiques, le VIH demeure incurable. Même si certains médicaments permettent aux personnes atteintes de survivre en conservant une certaine qualité de vie, une fois contractée, l'infection par le VIH persiste toute la vie (MSSS, 2009). De plus, il n'existe pas de vaccin permettant de prévenir l'infection par le VIH. Cette dernière étant une infection chronique, le nombre de personnes vivant avec le VIH est de plus en plus important.

Au Québec, le nombre de nouvelles infections au VIH qui surviennent chaque année est considéré comme plutôt stable depuis 2002. Notons qu'en 2012, 4,4 % des nouveaux diagnostics de VIH avaient comme facteur de risque l'usage de drogues par injection. Selon les données du réseau SurvUDI, sur 100 personnes UDI, c'est plus de deux personnes qui s'infectent au VIH chaque année, et les personnes UDI de moins de 25 ans sont celles qui présentent le plus de risque de contracter le VIH (Leclerc, P. et coll., 2012).

---

<sup>1</sup> Prévalence : nombre de cas d'une maladie présente dans une population donnée à un moment donné.

**Dans la ville de Québec**, environ une personne UDI sur dix est atteinte par le VIH. Entre avril 2002<sup>1</sup> et décembre 2012, dans la région de la Capitale-Nationale, un total de 544 infections par le VIH ont été déclarées. Le quart de ces infections (soit 132) sont enregistrées chez des personnes qui rapportent comme seul facteur d'exposition l'utilisation de drogues par injection.

## 6. COÛTS DE SANTÉ

---

Les coûts des traitements d'infections chroniques comme le VHC et le VIH sont considérables. On peut compter des centaines de milliers de dollars par patient sans parler de la perte de productivité qui occasionne d'autres coûts sociaux (Réseau juridique canadien VIH/sida, PASAN, 2007).

Le coût des soins et des traitements à vie, pour une personne ayant le VIH, était estimé en 2011 à un total d'environ 250 000 \$ par personne nouvellement séropositive (Kingston-Riechers, J., 2011), et les coûts indirects associés à la perte de productivité et au décès prématuré pourraient atteindre les 670 000 \$ par personne (Kingston-Riechers, J., 2011).

Contrairement au VIH, des médicaments peuvent guérir l'infection par le VHC. De nouveaux médicaments mieux tolérés et plus efficaces ont récemment été développés. Les coûts sont toutefois exorbitants. Ainsi un traitement de 12 semaines peut atteindre plus de 55 000 \$ (<http://www.actionhepatitescanada.ca/>), et ce, sans tenir compte que le traitement exige souvent la combinaison avec d'autres médicaments. À cause de leur état de santé, certains patients nécessitent des traitements de 24 semaines plutôt que de 12, les coûts étant bien sûr encore plus importants. Ces montants n'incluent pas le coût des soins médicaux, des soins infirmiers et du soutien psychosocial (MSSS, 2009).

Chez certaines personnes atteintes de l'hépatite C, il faut parfois recourir à la transplantation hépatique (greffe du foie), l'hépatite C est même devenue la première cause de transplantation hépatique en Amérique du Nord. Il ne s'en fait pas à Québec, seulement à Montréal (hôpitaux St-Luc, Royal Victoria et Ste-Justine). Le coût d'une telle transplantation est de plus de 130 000 \$ (MSSS, 2010).

Malgré les possibilités de traitement, il est important de préciser que peu de personnes UDI infectées par le VHC sont traitées. Selon des données québécoises, seulement 10 % des personnes UDI étaient traitées pour l'hépatite C en 2004 (Allard P.-R. et Noël L., 2006). Peu de médecins de première ligne offrent l'évaluation et le suivi du traitement des personnes infectées par le VHC et les critères d'accès au traitement et les exigences de suivi ne sont pas suffisamment adaptés aux besoins des personnes UDI (Noël, L., 2007).

L'ensemble de ces problèmes accroît la pression sur le réseau de la santé et des services sociaux et contribue à l'augmentation des coûts d'un système qui, néanmoins, est loin de répondre à tous les besoins (MSSS, 2009).

De 2006 à 2011, pour les territoires des CSSS de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord, on compte 47 hospitalisations avec un diagnostic principal d'hépatite C ou ses principales complications (cirrhose et cancer hépatique) touchant 31 personnes infectées. Ces hospitalisations sont également associées à des coûts significatifs.

---

<sup>1</sup> Début de la mise en place du *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) du Québec*

## 7. PROBLÈMES SOCIAUX

---

En plus des problèmes de santé, de nombreuses personnes qui consomment des drogues doivent composer avec d'autres difficultés : pauvreté, itinérance, violence, incarcération et prostitution (MSSS, 2010).

La question de la prostitution est souvent soulevée, et on note que parmi les femmes recrutées dans SurvUDI, 45 % rapportent faire de la prostitution. Plusieurs intervenants rencontrés évoquent les liens entre la prostitution, plus particulièrement la prostitution de rue et la toxicomanie.

*Quand les filles sont rendues au niveau de la rue, y a un cheminement. Elles ont dansé, y'ont fait du massage, y'ont faite escorte [...] pis là y'ont perdu leur logement, y'ont perdu contact avec leur famille. Pis là, elles ont commencé à consommer plus. (Intervenant communautaire)*

*Pour soutenir ce rythme-là faut que tu la payes [la drogue], pis pour la payer, faut que tu la gagnes. Donc, prostitution, crime [...] une pipe, une injection [...] (Professionnel de la santé)*

À tous ces problèmes s'ajoutent : la dégradation des liens familiaux et sociaux, l'isolement, la rupture avec la société, le manque de logement adéquat, l'abandon des études, la difficulté à trouver ou à conserver un emploi, etc. (MSSS, 2009).

### 7.1 LES CONDITIONS DE VIE DIFFICILES

---

Les personnes utilisatrices de drogues rencontrées dans la cadre de la production du rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé publié en 2013 (Hyppolite, S.-R., 2012), soulignent, qu'une fois dans leur situation, il est difficile de s'en sortir. Un cercle vicieux s'installe et leur vie est ponctuée, pour plusieurs d'entre elles, de travaux communautaires et de passages en prison à la suite de la réception de contraventions non payées rendant difficile la recherche d'un emploi.

Elles soulignent que trouver un domicile est parfois ardu. Certaines demandent à des amis de louer une chambre ou un appartement en leur nom. D'autres vont dormir chez une connaissance, un ami de consommation, un membre de leur famille. Plusieurs dorment dans la rue pour une certaine période. Elles dorment dans les parcs, les entrées d'immeubles ou d'établissements, dans un stationnement souterrain toujours au risque de recevoir une contravention. Certaines se réfugient temporairement dans un organisme communautaire, s'il y a des places disponibles et si elles répondent aux critères d'admission. Certaines personnes se voient contraintes d'offrir des services sexuels en échange d'un lieu pour dormir.

*Tu peux même pas penser leur donner des soins de santé s'ils n'ont même pas accès à un frigo pour mettre de la bouffe, mettre leurs injections. Y'ont besoin d'un minimum, pis ils l'ont même pas. (Professionnel de la santé)*

La majorité des personnes rencontrées se déplacent à pied en raison de leurs ressources financières limitées, mais aussi pour éviter de se sentir observées dans les transports en commun.

Les conditions de vie difficiles sont aussi relatées par les intervenants rencontrés.

## 7.2 LES PRÉJUGÉS ET L'EXCLUSION SOCIALE

---

Bien que la région de la Capitale-Nationale soit favorisée au regard du taux d'emploi et du revenu moyen, le rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé (Hyppolite, S.-R., 2012) rappelle que les inégalités sociales sont bien réelles dans la région et que tous ne profitent pas de cette prospérité. Il souligne que différents groupes dans la société sont davantage sujets aux préjugés et à l'exclusion sociale, notamment les personnes utilisatrices de drogues.

### 7.2.1 LES PRÉJUGÉS

---

Les préjugés à l'égard des personnes utilisatrices de drogues sont tenaces et sont loin d'être inoffensifs. « Le préjugé ne s'embarrasse pas des particularités de chaque histoire de vie. Il s'exprime à travers des archétypes et des images préfabriquées » (Centraide Québec–Chaudière-Appalaches, 2011).

Les messages envoyés sont très paradoxaux. On demande à une personne de mettre fin à sa dépendance et de se prendre en main tout en lui projetant du même coup une image d'incompétence et de moindre valeur.

Parmi les idées reçues souvent mises de l'avant, il y a celle qui laisse entendre que les personnes toxicomanes ont fait un choix, et que par conséquent, elles n'ont qu'à assumer les conséquences de leur consommation.

*On choisit de consommer, on ne choisit pas d'être dépendant. (Professionnel de la santé)*

*Le principal préjugé à déconstruire, c'est que c'est juste une question de volonté et que c'est de leur faute. (Professionnel de la santé)*

*Écoute, on ne vient pas au monde en disant : moi un jour, plus tard, j'aimerais ça être un junkie, j'aimerais assez ça. Y'a pas un enfant qui veut ça. Y'a pas un enfant qui aspire à ça (Intervenant communautaire)*

Une autre idée reçue laisse entendre que les personnes utilisatrices de drogues n'apportent rien à la société. Pourtant, plusieurs témoignages présentent des personnes qui se préoccupent de leurs pairs et font le choix de s'engager et de s'impliquer dans des organismes communautaires.

*Y a toute une culture là-dedans. Ils pensent aux prochains. Quelqu'un qui commence à consommer, ça va être les plus vieux qui vont l'éduquer sur : Tu laisses pas ta seringue dans le parc. Tu fais pas ça dans un lieu public. Tu fais pas ça devant les enfants. Fais attention pour pas que le monde se pique sur tes seringues [...] toute une culture d'enseignement du respect de la population. (Intervenant communautaire)*

*On implique souvent du monde dans plein de projets [personnes UDI]. On le voit bien. Ils sont impliqués dans les projets. Ça leur apporte un paquet de choses. Probablement qu'ils le découvrent là. Ça leur donne le goût de s'impliquer encore plus. C'est pas vrai qu'ils ne font rien et qu'ils ne veulent rien faire. (Intervenant communautaire)*

Attirer l'attention sur les préjugés est utile. En effet, les représentations sociales négatives à l'endroit des personnes utilisatrices de drogues ont notamment pour effet de rendre difficile l'acceptabilité sociale nécessaire à la mise en place de services adaptés aux besoins de ces mêmes personnes.

*On se fait traiter comme des déchets.  
Comme des déchets. (Personne utilisatrice de drogue)  
C'est un pouilleux! C'est un dangereux!  
C'est un voleur! C'est un ci, c'est un ça.  
(Personne utilisatrice de drogue)*

Selon les personnes utilisatrices de drogues rencontrées, la société tolère peu les différences et elles se sentent regardées et jugées différemment des autres citoyens.

---

## 7.2.2 L'EXCLUSION SOCIALE

---

La majorité des personnes utilisatrices de drogues rencontrées, et qui sont en situation de désaffiliation, indiquent qu'elles se sentent exclues de différents milieux sociaux.

Pour plusieurs, le milieu familial est un milieu où elles se sentent jugées sur leur comportement et leur façon de vivre. Elles se sentent considérées comme la honte de la famille parce qu'elles sont toxicomanes, qu'elles ont fait de la prostitution, qu'elles sont sans abri ou encore parce qu'elles ont fait de la prison. Certaines considèrent que leur milieu familial est trop malsain ou trop violent pour y maintenir des relations.

*Ils t'ont tous comme renié. (Personne utilisatrice de drogues)*

Très souvent, le réseau des amis est également affaibli et pour plusieurs leur réseau social est lié à la consommation de drogues. Elles rapportent ne plus être en mesure de faire confiance aux gens parce qu'elles ont vécu trop de situations d'abus et de harcèlement.

*J'ai l'impression que je me fais tout le temps avoir, quand je demande quelque chose pour m'aider. Fait qu'asteure, l'aide je n'y crois pas bien, bien. (Personne utilisatrice de drogues)*

Plusieurs précisent que leur réseau social se limite aux personnes qui travaillent dans les groupes communautaires et aux participants de ces organismes qui vivent des situations similaires. Elles se sentent globalement en confiance dans les groupes communautaires.

*Puis là, ils ne signent pas de bail. C'est au mois. Fait que si tu ne fais pas son affaire une semaine, il te câlisse dans les vidanges. Tu es parti. (Personne utilisatrice de drogues)*

Les interactions avec les propriétaires de logement ou de chambres sont vécues souvent difficilement, car ces derniers refusent la location en raison de leur apparence ou suite à des enquêtes de crédit. On souligne que généralement les propriétaires n'accepteront pas de leur louer une chambre ou un logement avec un bail, ce qui les place à la merci d'une expulsion sans préavis de la part du propriétaire et sans remise d'argent.

*On n'a pas toujours beaucoup d'argent, 580 \$, tu donnes 350 \$ pour le loyer, puis il te crisse dehors une semaine après, tu vas faire quoi? Là, tu deviens agressif, tu te ramasses en prison. (Personne utilisatrice de drogues)*

Les bureaux de l'aide sociale sont décrits comme des lieux où les personnes UDI se sentent souvent jugées comme si elles avaient fraudé ou s'apprêtaient à le faire. Elles ont l'impression que certains abusent de leur pouvoir en allongeant les délais dans le traitement de leur dossier ou en enquêtant sur leur vie privée. On rapporte aussi un manque de respect.

*Puis là, Je trouve que même d'aller faire une demande, c'était compliqué, je me [...] Je me suis senti comme un, excuse le mot, mais un crosseur, quelqu'un qui voulait juste frauder, quelqu'un qui voulait retirer quelque chose auquel je n'avais pas droit. Ça, ça a été tellement compliqué de l'avoir. (Personne utilisatrice de drogues)*

*Puis, si tu lèves le ton, bien là, elle prend ton dossier, comme je l'ai entendu par bien des gens. Ton dossier va en dessous, puis là, tu attends ton chèque deux semaines plus tard. T'sais, c'est de l'abus de pouvoir ça. (Personne utilisatrice de drogues)*

Les relations avec les policiers sont également rapportées comme étant difficiles. Les personnes UDI ont la perception d'être traitées différemment des autres citoyens par certains policiers et se sentent parfois harcelées. Plusieurs rapportent recevoir des contraventions pour des raisons qui ne font pas l'objet de réprimande dans la population générale, comme le fait de flâner, d'être assis sur un banc public ou de traverser la rue au feu rouge.

*Quand tu es assise sur un banc de parc, il est fait là pourquoi le câlisse de banc! Ce n'est pas une décoration, c'est bien fait pour s'asseoir. Tu vas avoir les petits vieux qui passent leur câlisse de journée assis là. Là, ils me poignaient, ils repassaient 15 minutes : « Ouais, ça fait 15 minutes que tu es assise là. Qu'est-ce que tu fais là? Du flânage, un ticket. » Des piles et des piles pour rien! (Personne utilisatrice de drogues)*

Certaines personnes soulignent qu'elles se sont fait arrêter fréquemment pour contrôle de leur identité.

*Puis, c'est tout le temps : « C'est quoi ton nom? » ou « Sors-nous tes cartes, on veut voir s'il n'y a pas de mandat. » Puis, même quand ils te connaissent : « Ah! Donne-nous ta carte. » Juste pour te harceler. (Personne utilisatrice de drogues)*

Des difficultés sont aussi signalées au regard du système de santé. Parmi les plus fréquentes, les personnes utilisatrices de drogues soulèvent ce qu'elles perçoivent quant à l'attitude de certains professionnels de la santé et des services sociaux à leur endroit, soit qu'on les traite avec mépris, arrogance ou condescendance. Ces mauvaises expériences laissent des traces. Les personnes finissent par être réticentes à aller consulter à nouveau les professionnels de la santé (Hyppolite, S.-R., 2012).

*Je me souviens, t'sais comme, je me rends à l'hôpital, à l'hôpital, c'est que le fait [...] de se faire traiter comme de la merde. Des fois, on dit: « Bon bien, regarde, ça va passer », on n'ira pas [...] (Personne utilisatrice de drogues)*

L'absence de carte d'assurance maladie complique l'accès aux soins de santé. De plus, le manque de ressources financières limite les déplacements pour recourir aux services et entraîne des difficultés pour payer les services non assurés (Santé Canada dans Hyppolite, S.-R., 2012).

*Bien moi, le problème que je voyais par rapport à recevoir [des services à l'urgence], c'est quand des fois il arrive qu'on n'a pas la carte d'assurance maladie, soit qu'elle est terminée ou qu'on l'a perdue. Puis moi, je suis venue quelques fois pour me faire soigner et n'ayant pas ma carte d'assurance maladie [...] C'était grave là! (Personne utilisatrice de drogues)*

---

### 7.2.3 LES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

---

Les personnes utilisatrices de drogues rencontrées perçoivent très bien les conséquences des préjugés, de l'exclusion sociale et des conditions de vie difficiles sur leur santé physique et mentale.

L'une des conséquences les plus importantes des préjugés est que les personnes visées par ceux-ci « finissent par se persuader qu'elles ont moins de valeur que les autres » (Centraide Québec–Chaudière-Appalaches, 2011).

Les personnes soulignent le stress et l'anxiété qu'elles vivent en raison du manque de moyens financiers. Elles rapportent des sentiments de colère et de frustration lorsqu'elles mènent des démarches qui ne semblent pas porter fruit. De plus, des sentiments de honte et de culpabilité surviennent lorsqu'elles doivent recourir à différents services d'aide. Enfin, elles signalent qu'une perte d'estime de soi et de confiance en soi s'installe pouvant laisser place à du désarroi, de la détresse psychologique, des idées suicidaires et parfois des tentatives de suicide.

*On est désabusé des fois. Désabusé dans le sens que, on a tous constaté, tous, qu'est-ce qui est dur dans la vie. Je veux dire quand tu vis toutes les bassesses de la société, tout ce que ça peut apporter. À un moment donné, je veux dire, la réalité est là en pleine face, puis tu peux (Personne utilisatrice de drogues)*

*Tu ne veux plus parler à personne, puis tu te laisses aller. (Personne utilisatrice de drogues)*

À cause des relations tendues que beaucoup de personnes utilisatrices de drogues entretiennent avec le réseau de la santé, elles sont d'autant plus difficiles à rejoindre. Les personnes UDI plus désaffiliées fréquentent peu les services publics de santé. Le fait qu'elles aient vécu des expériences négatives, qu'elles craignent d'être jugées, exclues ou rejetées, ou qu'elles ne répondent pas aux exigences d'admission dans le système de santé, permet d'expliquer cette faible utilisation des services de santé traditionnels (DRSP, 2011).

Les difficultés rapportées au regard du système de santé à répondre adéquatement aux besoins des personnes utilisatrices de drogues sont corroborées, à plusieurs reprises, par des témoignages de professionnels de la santé et d'intervenants qui œuvrent auprès d'elles.

*Les hôpitaux et la psychiatrie se tiennent loin de la toxicomanie. (Professionnel de la santé)*

*La stigmatisation des clients ne vient pas juste au niveau de la population, elle est au niveau des médecins aussi. [...] À venir jusqu'à date, il y a peu de formation en toxicomanie, peu de contact avec la clientèle dans le cursus académique. (Professionnel de la santé)*

---

## 8. ORDRE PUBLIC

---

### 8.1 UNE POPULATION RÉGULIÈREMENT EN CONTACT AVEC LES POLICIERS

---

Une partie des UDI est composée de personnes qui s'injectent des drogues à leur domicile; ces gens ont peu de contact avec les autorités policières. Par contre, les patrouilleurs du Service de police de la Ville de Québec (SPVQ) sont régulièrement en contact avec la partie de la population UDI la plus désaffiliée, celle qui ne possède pas de domicile fixe, qui vit en marge de la société et qui se retrouve fréquemment dans les endroits publics. Le SPVQ est

conscient que la toxicomanie est un problème complexe et que ses interventions en matière de maintien de l'ordre public et de lutte contre la drogue ont une portée limitée sur cette tranche de la population.

Les policiers sont régulièrement appelés à intervenir auprès des personnes UDI en réponse aux plaintes de citoyens et commerçants lorsque leurs comportements sont jugés dérangeants ou menaçants. Ce qui explique leur surreprésentation dans les interventions policières par rapport à la population en général.

Certaines personnes UDI n'ont pas de domicile fixe, elles n'ont d'autre choix que de s'injecter des drogues dans des endroits publics comme des parcs, des stationnements et des toilettes publiques. Par ailleurs, il arrive que des personnes aux prises avec des troubles de santé mentale aient des comportements nuisibles ou dérangeants en public. La combinaison santé mentale et toxicomanie engendre souvent des comportements susceptibles de troubler l'ordre public.

L'insécurité et la crainte des citoyens sont généralement associées aux comportements de désordre qui troublent l'ordre et la paix. D'une part, les agissements causés par le mode de consommation de drogues, les déchets générés par cette consommation (seringues) ainsi que la présence de personnes UDI dans les endroits publics contribuent à alimenter le sentiment d'insécurité des citoyens. D'autre part, les craintes perçues ou fondées de la part de la population entraînent la mobilisation d'effectifs policiers, ce qui peut accroître le sentiment d'insécurité dans les espaces publics visés par ces interventions.

## 8.2 LES PATROUILLEURS ET L'INTERVENTION AUPRÈS DES PERSONNES UDI

En 2012, les patrouilleurs du SPVQ ont procédé à 230 interventions auprès de personnes ayant un problème relié à la toxicomanie. Pour les policiers, ce type d'intervention est toujours délicat et complexe pour plusieurs raisons. D'une part, ils sont conscients que leurs actions, bien qu'utiles à court terme, n'empêcheront pas le problème de survenir à nouveau, en ce qui a trait à l'injection en public, le vagabondage ou le désordre causé par les agissements d'une personne intoxiquée. D'autre part, les patrouilleurs savent qu'ils agissent uniquement sur les conséquences de l'usage de la drogue et que l'action policière a un impact très limité sur la consommation. Au mieux, les policiers peuvent diriger les personnes vers les services sociaux ou de santé appropriés. À cet effet, la collaboration avec les organismes communautaires constitue une approche privilégiée pour la gestion de la problématique de la consommation de drogues par injection.

Le SPVQ est conscient que les mesures légales seules ne suffisent pas à résoudre un problème de société comme la toxicomanie et plus spécifiquement l'usage de drogues par injection. Aussi, de manière générale, les patrouilleurs collaborent avec les organismes communautaires afin que les personnes UDI soient soutenues et accompagnées vers les ressources appropriées pour leur problème de dépendance.

Les appels à intervenir auprès des personnes UDI comportent des risques, car malgré le fait que les policiers soient formés pour agir auprès de cette clientèle, ils n'ont pas le mandat, ni l'expertise que détiennent les ressources spécialisées dans le domaine. Sans une prise en charge rapide par des intervenants appropriés, des risques d'escalade de la violence lors d'une intervention policière peuvent survenir. L'action combinée de la police et de ressources communautaires spécialisées auprès de personnes UDI est souvent la meilleure

façon de désamorcer une situation à risque et de mettre fin aux nuisances ou à un comportement jugé dangereux. Malgré tout, cette façon de procéder n'est pas toujours possible et s'en suit une prise en charge uniquement policière. Cela mobilise bon nombre de ressources policières et ambulancières sans compter l'impact psychologique possible pour les personnes concernées.

De plus, bien que les recherches à ce sujet démontrent que les risques sont pratiquement inexistant, les patrouilleurs craignent d'être infectés par le VIH ou le VHC lorsqu'ils interviennent auprès d'une personne UDI. Il a été démontré que les risques perçus de transmission de maladie chez les policiers avaient une influence sur leurs pratiques (Flavin, 1998). Comme les personnes UDI sont connues pour être plus fortement touchées par le VIH et le VHC, et même si les policiers reçoivent des formations appropriées sur le sujet, il existe un risque qu'un traitement différentiel soit appliqué à ces personnes avec les conséquences néfastes que cela engendre.

### 8.3 LES CONSÉQUENCES SUR L'ORDRE PUBLIC

---

En 2012, une vingtaine d'incidents de désordre (troubler la paix ou l'ordre public), une quinzaine de vols qualifiés et une dizaine de tentatives de suicide étaient associées à des personnes que l'on présume être des consommatrices de drogues par injection.

Les lieux clandestins de consommation des personnes UDI sont une source d'inquiétude et d'insécurité pour la population. En général, les citoyens soupçonnent la présence d'une piquerie en constatant un va-et-vient régulier dans un appartement, la présence de personnes sous l'effet de drogues, l'état désorganisé du logement, voire la présence de seringues dans l'environnement. En 2011-2012, le Service de police a démantelé quatre piqueries.

En 2011, un sondage a été effectué auprès de 1 256 citoyens de la ville de Québec dans le cadre de la mise à jour de la politique de sécurité urbaine sur le sentiment de sécurité (Sondage SOM, 2011). Parmi les comportements insécurisant sur le territoire de la ville de Québec, la consommation (alcool ou drogues) dans les lieux publics arrive en 3<sup>e</sup> position, l'errance, la mendicité et la prostitution en 4<sup>e</sup> position et le flânage dans les endroits publics en 6<sup>e</sup> position. Ces trois types de comportement, souvent associés à la consommation de drogues, représentent 32 % des comportements jugés insécurisant pour la population.

Les recherches révèlent qu'une consommation soutenue amène invariablement la personne utilisatrice de drogues à commettre des crimes pour supporter économiquement sa consommation, mais cela après avoir épuisé d'autres moyens comme la mendicité ou l'emprunt d'argent de poche (Brochu, S., 2006).

L'examen des bases de données du SPVQ indique que les personnes identifiées comme UDI sont souvent impliquées dans des crimes d'appropriation<sup>1</sup>. À titre d'exemple, en analysant l'ensemble des rapports policiers en 2012, on pouvait identifier environ 60 personnes présumées UDI. Ces personnes étaient impliquées dans de nombreux événements criminels autres que des infractions relatives aux drogues telles que des vols qualifiés (28), des voies de fait (20), des vols (17) et des introductions par effraction (9). Sur une période de dix ans,

---

<sup>1</sup> Parmi les crimes d'appropriation nous retrouvons la majorité des crimes contre la propriété dont, les vols, les vols à l'étalage, les introductions par effraction et les vols qualifiés.

ces mêmes personnes auraient été responsables de 609 événements criminels ou d'infractions relatives aux drogues, dont 45 vols qualifiés, 146 vols et 46 introductions par effraction. Cela est concordant avec les recherches à ce sujet qui démontrent que les toxicomanes ne pouvant plus soutenir leur consommation par des revenus licites ont recours à ce type de criminalité<sup>1</sup>. Les personnes UDI recrutées pour le programme NAOMI<sup>2</sup> dépensaient entre 1 200 \$ et 1 500 \$ par mois pour combler leurs besoins liés à la dépendance. Il a été démontré que le traitement à la méthadone ou à l'héroïne prescrit<sup>3</sup> aide à réduire l'incidence des activités illégales chez les personnes UDI qui y adhèrent.

Sur une période plus longue, soit de 2001 à 2011<sup>4</sup>, on évalue qu'environ 200 personnes UDI (personnes distinctes) ont été impliquées dans des crimes sur le territoire du SPVQ. Elles seraient responsables de plus de 2 500 infractions au cours de cette même période. La moyenne d'âge de ces personnes était de 37 ans. Ce phénomène n'est donc pas exclusif aux jeunes.

Pour ce qui est des infractions en matière de stupéfiants, le SPVQ en a enregistré 1 202 en 2012. La grande majorité de celles-ci étaient des infractions liées à la possession de drogues (81 %), ensuite au trafic (17 %) et à la production (2 %). Le cannabis (53 %) était la principale drogue mise en cause suivie de la cocaïne (14 %) et des drogues de synthèse (7 %). Ce sont dans les quartiers Saint-Roch et Vieux-Moulin (Giffard) que l'on dénombre le plus grand nombre d'infractions en matière de stupéfiants en 2012 (152 et 83 respectivement).

Comme cela a déjà été mentionné, l'utilisation de médicaments de prescription en tant que drogues prises par injection serait en progression depuis les dernières années. Cette tendance peut être associée à l'augmentation observée dans l'acquisition illégale de médicaments comme les vols qualifiés dans les pharmacies. Une analyse de cette problématique par le SPVQ indique qu'en 2011, dix-sept vols qualifiés, dix vols en résidence, cinq introductions dans des pharmacies et sept cas de fausses prescriptions étaient liés à l'acquisition de médicaments par ordonnance sur le territoire de l'agglomération de Québec.

Ce serait une grave erreur d'associer toutes les personnes UDI à des désordres ou à des infractions criminelles. Toutefois, ces statistiques mettent en évidence que les autorités policières à Québec sont appelées à intervenir proportionnellement plus souvent auprès des personnes UDI qu'elles n'ont à le faire auprès de la population en général. Par conséquent, il y a lieu de se préoccuper de l'impact de la consommation de drogues par injection sur l'ordre public à Québec.

---

<sup>1</sup> Études menées dans le cadre du projet NAOMI (Montréal-Vancouver), références

[http://www.ihra.net/files/2010/08/24/David\\_Marsh.pdf](http://www.ihra.net/files/2010/08/24/David_Marsh.pdf) ;

<http://www.educatingharper.com/documents/NAOMIResultsSummary-Oct172008.pdf>

<sup>2</sup> North American Opiate Medication Initiative) est un projet de recherche tenu à Montréal et Vancouver qui cherchait à mesurer les effets d'un programme de prescription d'Héroïne pharmaceutique à des UDI ayant expérimenté sans succès un traitement à la méthadone.

<sup>3</sup> Bien que le traitement à la méthadone soit largement répandu pour la substitution aux opioïdes, la prescription d'héroïne est surtout utilisée pour les cas chroniques ayant échoué à tous les autres traitements.

<sup>4</sup> Système de gestion d'informations policières.

## 9. SERVICES EXISTANTS EN LIEN AVEC LA CONSOMMATION DE DROGUES PAR INJECTION

---

Dans le cadre du *Programme national de santé publique du Québec* (MSSS, 2008) et dans le *Plan d'action régional de santé publique* (Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2011), les personnes UDI font partie des groupes auprès desquels il est impératif d'intervenir afin de réduire les ITSS ainsi que les inégalités sociales et de santé<sup>1</sup>. Depuis près de vingt ans, des efforts sont consentis tant par des organismes communautaires que des établissements du réseau de la santé et des services sociaux afin de réduire l'écart entre les services offerts à cette population et les services nécessaires pour réduire les conséquences néfastes à leur santé. Dans son quatrième rapport national sur l'état de santé de la population, publié en 2010, le directeur national de santé publique pointe la situation alarmante des infections au VIH et au VHC chez les personnes UDI (MSSS, 2010), et cela, malgré les efforts déployés. Il souligne que les établissements de santé ne disposent pas individuellement de tous les leviers pour intervenir efficacement et il invite tous ceux qui font déjà leur part à poursuivre, renforcer et unir leurs efforts pour infléchir la tendance actuelle des ITSS.

Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux comme les CSSS, le Centre de réadaptation en dépendance de Québec (CRDQ) et les centres hospitaliers sont impliqués à divers niveaux dans l'offre de services actuelle aux personnes UDI. Cependant, rares sont les établissements du réseau de la santé qui ont une offre de services spécifiquement dédiée à cette clientèle et il s'avère difficile d'en mesurer toute l'étendue.

Par ailleurs, les organismes communautaires interviennent aussi à divers niveaux auprès des personnes UDI. Il y a, en premier lieu, *Point de Repères* dont la mission première est la prévention des ITSS et la promotion de la santé auprès de cette clientèle. Parmi les autres organismes qui accueillent aussi des personnes UDI au sein de leur clientèle, il faut signaler la contribution du PIPQ (*Projet intervention prostitution Québec*), de *MIELS-Québec* (*Mouvement d'information et d'entraide dans la lutte contre le VIH-sida à Québec*), du *Squat Basse-Ville*, de la *Maison de Lauberivière*, de *PECH* et de la *Maison Dauphine*. Cette énumération est bien sûr incomplète puisque les personnes UDI, comme tout citoyen, peuvent utiliser les services d'autres organismes à Québec.

De plus, les personnes UDI qui fréquentent ces organismes peuvent aussi être orientées vers des partenaires offrant des services complémentaires en dépendance, en hébergement, en soins et prise en charge des problèmes sociaux et de santé. Fait à noter, il n'existe pas de données permettant de quantifier l'accès réel à ces services complémentaires par les personnes UDI, les outils de cueillette de données n'étant pas adaptés.

### 9.1 LE PROGRAMME D'ACCÈS AU MATÉRIEL STÉRILE D'INJECTION

---

Le *Programme d'accès au matériel stérile d'injection* (PAMSI), implanté par la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale (DRSP), a pour objectif de freiner la transmission du VIH et des hépatites B et C. Le tout premier organisme à intervenir en prévention des ITSS auprès des personnes UDI de la région de la Capitale-Nationale a été

---

<sup>1</sup> Inégalités sociales de santé : Écarts de santé entre les groupes sociaux résultant des inégalités sociales et des disparités dans les conditions de vie matérielles et sociales (OMS, 2009).

*Point de Repères* en 1991. Par la suite, plusieurs organismes communautaires, des pharmacies communautaires et des établissements du réseau de la santé et des services sociaux ont collaboré à la distribution et à la récupération du matériel d'injection pour les personnes UDI. En 2014, la région de la Capitale-Nationale comptait 167 centres d'accès au matériel d'injection (CAMI) répartis dans les différents territoires de CSSS avec une forte concentration dans celui du CSSS de la Vieille-Capitale (Tableau 1).

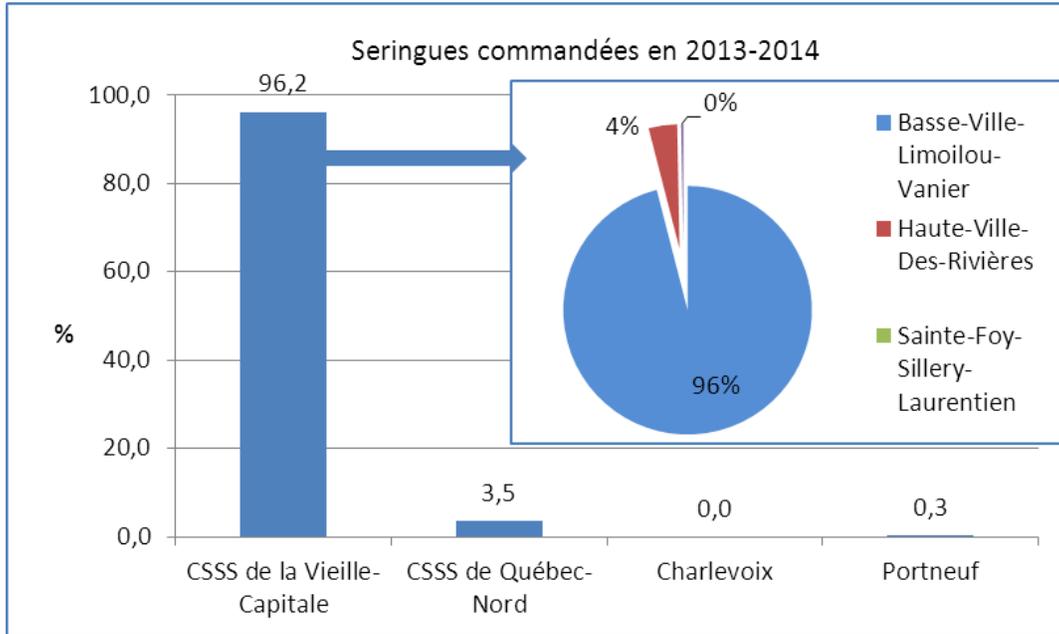
Si *Point de Repères* demeure le chef de file dans la prévention du VIH et du VHC auprès des personnes UDI, de nombreux organismes agissent maintenant à titre de CAMI en offrant du matériel stérile d'injection et en récupérant le matériel souillé. De plus, les organismes communautaires et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux peuvent offrir des services d'une autre nature lorsque les personnes UDI en font la demande. L'utilisation des services par les personnes UDI n'est cependant pas toujours documentée dans les statistiques puisqu'il n'existe pas d'indicateur spécifique portant sur l'usage de drogues par injection.

Dans le cadre du PAMSI, la DRSP met gratuitement à la disposition des CAMI de son territoire du matériel stérile d'injection destiné à la prévention de la transmission des infections par le VIH et le VHC. En 2013-2014, les commandes de matériel d'injection (l'indicateur étant le nombre de seringues commandées à la DRSP) pour la distribution aux personnes UDI provenaient principalement du territoire du CSSS de la Vieille-Capitale (Figure 1). C'est dans les CAMI du secteur Basse-Ville-Limoilou-Vanier, où se trouve la majorité des organismes communautaires déjà cités, que se concentre la plus forte demande de matériel à distribuer. Sur les 386 055 seringues commandées en 2013-2014, 371 415 ont été distribuées vers le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale alors que 13 520 l'ont été vers celui du CSSS de Québec-Nord et 1 120 vers celui du CSSS de Portneuf.

**Tableau 1: Distribution des centres d'accès au matériel d'injection (CAMI) selon le type d'organisation et selon le territoire de CSSS, région de la Capitale-Nationale, 2014**

CAMI	Organismes communautaires	Centres hospitaliers	CLSC	Pharmacies	Total
<b>Vieille-Capitale</b>	7	6	10	67	90
<b>Québec-Nord</b>	0	2	9	45	56
<b>Charlevoix</b>	0	0	5	8	13
<b>Portneuf</b>	0	2	3	3	8
<b>Total</b>	7	10	27	123	167

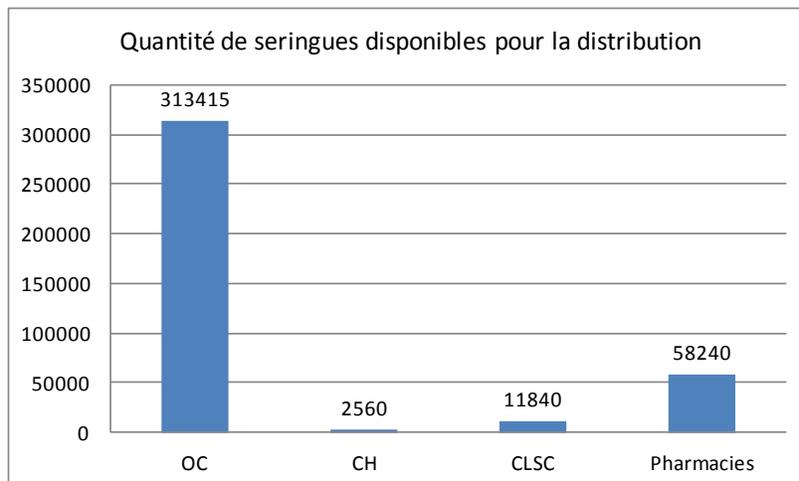
**Figure 1: Répartition des seringues commandées par les CAMI, région de la Capitale-Nationale, année 2013-2014**



Ce sont les organismes communautaires qui assurent la plus grande partie de la distribution du matériel d'injection aux personnes UDI (Figure 2). En 2013-2014, *Point de Repères* a commandé 300 000 seringues à distribuer alors que d'autres organismes communautaires en ont commandé environ 13 000.

Pour la période 2013-2014, les responsables des pharmacies communautaires ont commandé 58 240 seringues à distribuer aux personnes UDI (Figure 2). Au total donc, plus de 80 % des seringues ont été commandées par les organismes communautaires et environ 15 % des seringues par les pharmacies communautaires. Les seringues commandées par les hôpitaux et les CLSC représentent respectivement 1 % et 3 % du matériel commandé, ce qui tend à démontrer que cette clientèle est plus difficilement rejointe par le réseau de la santé.

**Figure 2: Répartition des seringues disponibles pour la distribution à la clientèle selon le type de CAMI, région de la Capitale-Nationale, année 2013-2014**



Pour l'année financière se terminant au 31 mars 2014 (Point de Repères, 2014), *Point de Repères* a distribué 292 471 seringues en plus d'autre matériel destiné à la prévention des infections par le VIH et le VHC. Durant cette même période, c'est 11 535 contacts avec des personnes UDI qui ont été effectués dans l'organisme ou dans les milieux de vie. Les visiteurs du site parcourent en moyenne moins de trois km (91 %) pour aller chercher des services à *Point de Repères*.

Pour l'année financière se terminant au 31 mars 2013, le PIPQ a distribué 12 478 seringues en plus d'autre matériel destiné à la prévention auprès des personnes UDI<sup>1</sup>. Il y a eu 351 visites d'usagers qui demandaient du matériel d'injection.

Pour la période 2012-2013<sup>2</sup>, le CSSS de la Vieille-Capitale a reçu 405 visites d'usagers pour obtenir du matériel stérile d'injection distribué sous forme de trousse contenant le nécessaire pour quatre injections.

Les centres d'accès au matériel d'injection ont démontré leur efficacité dans la réduction de la transmission du VIH et dans l'adoption de comportements plus sécuritaires de la part des consommateurs. De plus, les centres de prévention du VIH et du VHC, comme *Point de Repères* à Québec et *Cactus* à Montréal, ont développé des liens de collaboration avec les établissements du réseau de la santé et sont devenus des lieux de prise en charge de la santé globale des personnes UDI. La collaboration entre ces centres, les CLSC et les centres de traitement de la dépendance a contribué à faciliter la prise en charge des problèmes sociaux et de santé des personnes UDI et à favoriser l'accès à des traitements de la dépendance pour ces personnes. Ces centres ont aussi été des lieux de collaboration avec les milieux universitaires pour mieux comprendre et prévenir la toxicomanie et les problèmes qui s'y rattachent. Les recherches-action réalisées en collaboration avec les personnes UDI ont aussi contribué à leur tour à une prise de conscience et à une responsabilisation face à leur consommation, à leur entourage et à la communauté (MSSS, 2014).

## 9.2 LA RÉCUPÉRATION DES SERINGUES SOUILLÉES DANS LES PARCS ET LES ESPACES PUBLICS

---

Les seringues laissées à la traîne dans l'environnement, et particulièrement dans des lieux publics (ex. : parcs, rues, buissons, berges de rivières, etc.) peuvent causer des accidents. Les enfants et certains travailleurs (ex. : de la voirie, des parcs, etc.) sont plus susceptibles d'être exposés.

Le risque de contracter l'une de ces infections à la suite d'une piqûre accidentelle due à la présence d'une seringue dans l'environnement est considéré comme très faible. Toutefois, rien ne permet d'affirmer que ce risque est nul. Les conséquences psychologiques liées à la perception du risque peuvent aussi être importantes. Il faut donc prendre toutes les précautions nécessaires pour éviter ce type d'incident (Gilbert, H., 2005).

Dans le but d'assurer la sécurité des citoyens, l'Arrondissement de La Cité-Limoilou, qui comprend les territoires de la Haute-Ville, de la Basse-Ville et de Limoilou, s'est doté en 2014 d'un plan de travail visant à assurer une meilleure gestion des seringues souillées

---

<sup>1</sup> Données transmises à la DRSP dans le cadre du PAMSI.

<sup>2</sup> Au 4 décembre 2012.

présentes dans ses parcs et lieux publics<sup>1</sup>. Diverses mesures ont été mises en place afin de réduire le nombre de seringues souillées dans l'environnement et de développer des pratiques efficaces visant leur récupération. Parmi les mesures développées, mentionnons les suivantes :

- Former un comité de suivi ayant pour mandat d'assurer un rôle-conseil auprès de l'Arrondissement. Ce comité, coordonné par l'Arrondissement, se compose également de la DRSP et de *Point de Repères*.
- Développer une entente de collaboration entre la DRSP, *Point de Repères* et l'Arrondissement concernant l'installation, l'entretien et la gestion de récupérateurs de seringues extérieurs. Treize récupérateurs sont actuellement installés dans des zones identifiées comme sensibles sur le territoire et un dépliant identifiant ces lieux est disponible sur demande.
- Doter tous les chalets de services et les centres communautaires de contenants pour ramasser les seringues souillées de façon sécuritaire.
- Doter les travailleurs de parc du programme Sécuri-Parc de contenants portatifs pour ramasser les seringues souillées de façon sécuritaire.
- Insérer, dans tous les contrats d'entretien des parcs, l'obligation pour l'organisme signataire de procéder au ramassage des seringues souillées.
- Tenir annuellement deux activités de ramassage collectif (corvées) de seringues souillées dans les espaces publics de l'arrondissement en collaboration avec l'organisme *Point de Repères* (en mai et en septembre).
- Offrir une formation sur le ramassage sécuritaire des seringues souillées aux divers intervenants concernés en collaboration avec *Point de Repères*.
- Mettre à jour la fiche Info-Sésame permettant à l'Arrondissement de réagir rapidement à la suite d'appels de citoyens signalant la présence de seringues à la traîne dans des parcs et lieux publics du territoire. Une requête est envoyée au service de la Ville concerné afin de procéder à leur ramassage.

Mentionnons également que l'Arrondissement affecte un employé au ramassage des seringues souillées dans les parcs de son territoire pour la période de juin à novembre. Cet employé nettoie en priorité, et ce, avant 7 h 30, les parcs-écoles et les parcs fréquentés par les programmes vacances-été (PVE). En 2013, 77 parcs et espaces publics ont été visités (39 chaque jour et 38 chaque semaine).

En complément à toutes ces mesures, il est important de se rappeler que sur le territoire, d'autres personnes peuvent à l'occasion ramasser des seringues lorsqu'elles en trouvent. Pensons aux travailleurs de rue œuvrant dans les différents organismes communautaires, aux personnes UDI elles-mêmes, aux employés des travaux publics, aux citoyens, etc.

Considérant la diversité des actions formelles et informelles existantes, on ne dispose pas de chiffres précis quant au nombre de seringues récupérées chaque année dans les parcs et lieux publics de l'Arrondissement. Par contre, le fait qu'elles se soient dotées, en 2014, d'un plan de travail incluant plusieurs mesures confirme que les autorités municipales prennent au sérieux l'existence de ce phénomène sur le territoire.

---

<sup>1</sup> Plusieurs de ces actions étaient déjà en vigueur avant 2014.

### 9.3 LE TRAITEMENT DE LA DÉPENDANCE

---

Le traitement de la dépendance recouvre diverses problématiques liées aux dépendances aux drogues, à l'alcool et aux jeux de hasard. Toutefois, dans le cadre du présent document seules les données associées plus spécifiquement à l'usage de drogues par injection ont été recherchées. Ces informations sont plutôt rares et proviennent principalement du Centre de réadaptation en dépendance de Québec (CRDQ).

Le *Programme de traitement de substitution aux opioïdes* est basé sur la prise d'un médicament associé à un suivi psychosocial. L'encadrement médical, pharmaceutique et psychosocial se fait grâce à la collaboration entre les différents professionnels. Cette mesure vise l'amélioration de la qualité de vie des personnes ayant une dépendance aux opioïdes ainsi que la réduction des méfaits associés à cette dépendance (CRDQ, 2014). Le traitement de substitution peut être fait par un médecin prescripteur en centre de réadaptation en dépendance ou hors centre. Dans la région de la Capitale-Nationale, ce service est principalement offert par le CRDQ (CRDQ, 2014).

En 2013, les responsables du CRDQ ont estimé à 175 le nombre de personnes UDI qui ont utilisé ses services ce qui correspondrait à environ 10 % des usagers du CRDQ. Le nombre réel est probablement supérieur, compte tenu des limites des outils de cueillette de données déjà évoqués. L'utilisation des services est principalement liée au traitement de substitution aux opioïdes et au programme de méthadone à bas seuil d'exigence (82,3 %; 119 personnes) (CRDQ, 2013). En 2013-2014, 598 personnes ont reçu des services dans le cadre du *Programme de traitement de substitution aux opioïdes* (CRDQ, 2014). De plus, les responsables du CRDQ évaluent qu'au cours des dix dernières années, 17 % de leurs usagers (soit 672 des 3 948 usagers évalués) ont déjà eu recours à l'injection au cours de leur vie (CRDQ, 2013).

### 9.4 LES SERVICES DE DÉSINTOXICATION

---

L'offre de services en dépendance devrait inclure également des services de désintoxication devant être offerts à certaines personnes présentant des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie en fonction de leurs besoins associés au sevrage. Le niveau de service offert dépend de la gravité du sevrage anticipé. La gravité de ce sevrage est déterminée, entre autres, par l'importance de la consommation, les produits utilisés, les facteurs physiques et psychologiques et par l'état de santé de la personne. La désintoxication fait partie d'une stratégie globale qui ne doit pas être séparée des autres phases de la réadaptation. Il existe différents niveaux d'intensité de services de désintoxication (American Society of Addiction Medicine). Ceux-ci s'échelonnent selon différents niveaux allant de services externes, en passant par des services avec hébergement avec présence de personnel infirmier et médical en centre de réadaptation et aussi de services de désintoxication qui doivent être offerts à l'interne, en milieu hospitalier.

Cependant, dans la région de la Capitale-Nationale, les services en désintoxication de type « modérés » qui devraient être offerts en centre de réadaptation (MSSS, 2007) ne sont pas disponibles, bien que les besoins existent. Par défaut, des usagers se retrouvent souvent en centre hospitalier. De plus, l'unité spécialisée de service en désintoxication de l'Hôpital Saint-François d'Assise a dû fermer en 2011, à cause de difficultés à assurer une couverture

médicale adéquate. Il y a donc des problèmes d'accès aux services de désintoxication pour les usagers nécessitant un encadrement médical au cours de leur sevrage.

Par ailleurs, il existe à Québec des services de dégrisement offert à la *Maison de Lauberivière* (dix lits) pour les personnes qui doivent se remettre d'une intoxication. Ces services sont sous la supervision du CRDQ.

## 9.5 DES ÉQUIPES DE LIAISON EN DÉPENDANCE

---

Depuis 2007, des équipes de liaison spécialisées en dépendance ont été détachées vers les urgences hospitalières du CHU de Québec, soit à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, à l'Hôpital Saint-François d'Assise et au Centre hospitalier de l'Université Laval. Des infirmières, présentes dans les urgences, peuvent effectuer une évaluation des usagers nécessitant un suivi en dépendance et leur offrir des services spécialisés en dépendance en fonction de leur état. Ces personnes sont alors orientées vers les professionnels de l'équipe de liaison basée au CRDQ ou encore vers des lieux avec hébergement comme le *Centre CASA* et la *Maison de Lauberivière* (CRDQ, 2014).

## 9.6 LES SERVICES À BAS SEUIL D'ACCESSIBILITÉ

---

Les services à bas seuil d'accessibilité (SABSA) visent à rejoindre des clientèles nécessitant des soins de santé, mais difficilement rejointes par les services réguliers. Ils sont offerts à proximité des lieux de vie d'usagers qui, en raison de leur vulnérabilité ou de leur désaffiliation sociale, seraient difficilement rejoints par les modalités habituelles d'offre de services du réseau de la santé et des services sociaux. Par exemple, les personnes peuvent recevoir des services sans pour autant avoir en leur possession leur carte d'assurance maladie.

Ces services s'inscrivent dans une approche de réduction des méfaits. En toxicomanie, la notion de seuil fait référence à un niveau d'exigence qui conditionne l'accessibilité à des dispositifs de soins.

La distinction « haut seuil d'accès ou d'exigences (exigences élevées) » et « bas seuil d'accès ou d'exigences (exigences peu élevées) » est centrale en réduction des méfaits : la première expression renvoie à des protocoles d'admission et de soins plus contrôlants exigeant un suivi médical, des tests et souvent l'objectif d'abstinence; la seconde caractérise des services et des soins adaptés le plus possible au cheminement de l'utilisateur et n'exigeant habituellement pas un arrêt de la consommation. (Brisson, P., 1997)

Les organismes communautaires, de par leur proximité, leur facilité d'accès et leur structure souple, offrent des services à bas seuil d'accessibilité. Pour les établissements de santé ou de santé et services sociaux, cela implique concrètement que les services, normalement offerts dans les établissements, sont déployés dans des organismes communautaires, là où les usagers sont plus faciles à rejoindre notamment parce qu'ils se sentent plus facilement en confiance<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> La section 7 apporte un certain éclairage sur le lien de confiance difficile avec le réseau de la santé.

Le CSSS de la Vieille-Capitale, en collaboration avec des organismes communautaires, offre différents services à bas seuil d'accessibilité (infirmières, médecins, et technicienne en travail social). Il en va de même pour le CRDQ qui offre également de tels services dans certains organismes (équipes médicale et psychosociale).

## 9.7 LE SERVICE INTÉGRÉ DE DÉPISTAGE ET DE PRÉVENTION DES ITSS

---

Les services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEP) des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) visent à rejoindre les populations vulnérables aux ITSS. Ils sont adaptés aux réalités régionales. Pour la région de la Capitale-Nationale, l'offre de SIDEP est assumée par le CSSS de la Vieille-Capitale. L'objectif de ce programme est de contrer les infections transmises sexuellement et par le sang qui sont en constante évolution.

Il s'agit d'offrir des services de prévention des ITSS (évaluation, dépistage, vaccination, *counselling*, IPPAP<sup>1</sup>) à des personnes de toutes provenances du territoire de la Capitale-Nationale et présentant des comportements à risque les rendant particulièrement vulnérables aux ITSS. Les SIDEP s'adressent à des groupes de personnes précis qui se composent de :

- Jeunes en difficulté;
- Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH);
- Personnes UDI;
- Personnes incarcérées ou l'ayant été;
- Personnes qui pratiquent le travail du sexe et leurs clients;
- Femmes en contexte de vulnérabilité sociale;
- Personnes en provenance de pays en situation endémique;
- Autochtones.

Le CSSS offre ce service aux CLSC Haute-Ville et Basse-Ville, mais aussi dans la communauté en collaboration avec des organismes communautaires, en maisons de thérapie, au Centre de détention de Québec ou au Centre de réadaptation en dépendance de Québec.

Au CSSS de la Vieille-Capitale, SIDEP et SABSA relèvent d'une même équipe. Des infirmières et un médecin offrent également le suivi et le traitement des personnes atteintes du VIH ou de l'hépatite C.

## 9.8 LA SYNTHÈSE DES SERVICES OFFERTS AUX PERSONNES UDI

---

À la lumière des informations recueillies, il apparaît qu'un nombre important d'organismes et d'établissements du réseau de la santé de la région offrent des services de différentes natures aux personnes UDI. Il faut ajouter à cela les interventions de la Ville de Québec en ce qui concerne la récupération des seringues souillées dans les parcs et lieux publics.

Les statistiques sur l'ensemble de ces services indiquent cependant une très faible fréquentation de ces services par les personnes UDI dans les établissements du réseau de la santé. Il est donc nécessaire de se questionner sur l'accessibilité des services et sur la

---

<sup>1</sup> Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITSS et de leurs partenaires sexuels.

capacité des services existants à rejoindre cette clientèle en grand besoin et plus facilement marginalisée.

Par ailleurs, dans l'offre de services actuelle à Québec, il y a absence de certains services comme des services de désintoxication et des services d'injection supervisée, et ce, bien que les besoins soient réels. C'est l'objet de la prochaine partie du présent rapport.

## **PARTIE II**

### **PERTINENCE D'OFFRIR DES SERVICES D'INJECTION SUPERVISÉE À QUÉBEC**



## 10. LES SERVICES D'INJECTION SUPERVISÉE : DE QUOI S'AGIT-IL?

---

Les services d'injection supervisée s'inscrivent dans ce qu'il est convenu d'appeler l'approche de *réduction des méfaits liés à l'usage des drogues*. Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), cette approche est un élément essentiel pour des actions efficaces en prévention du VIH et du VHC chez les personnes UDI (World Health Organization, 1998).

La réduction des méfaits repose sur le constat que l'absence de consommation de drogues dans la société est illusoire, et que les approches traditionnelles de prévention de la toxicomanie et de traitement de la dépendance, bien que nécessaire, ont des limites. Il faut donc mettre en place des mesures visant à réduire les effets néfastes que peut entraîner l'usage de drogues par injection (DRSP, 2011).

La réduction des méfaits liés aux drogues est une approche axée sur le pragmatisme et l'humanisme. D'une part, le pragmatisme permet de ne pas viser essentiellement l'absence de consommation de substances pour intervenir auprès des personnes qui en font usage. D'autre part, l'humanisme permet de tenir compte davantage de la qualité de vie des personnes plutôt que de la consommation de substances comme telle (Association des intervenants en toxicomanie du Québec, 2007).

Cet humanisme se dégage clairement des témoignages recueillis auprès des intervenants.

*L'approche de réduction des méfaits[...] prendre la personne là où elle est. Je pense que toute l'équipe a un profond respect pour la personne humaine quoiqu'elle vive [...] d'essayer de l'amener vers une santé plus optimale.*  
(Professionnel de la santé)

Remettre du matériel stérile d'injection à un utilisateur de drogues injectables contribue à réduire les méfaits et à prévenir les risques de santé pour les utilisateurs. C'est ce que font les centres d'accès au matériel d'injection stérile (CAMI). Les risques ne se limitent toutefois pas au partage de la seringue stérile, mais également à l'ensemble des conditions liées à l'injection comme il est décrit dans le présent rapport (notamment à la section 4). Pour répondre à de telles situations, certains pays ont mis en place des services d'injection supervisée (SIS) depuis le milieu des années 1980. On compte désormais plus de 90 endroits où l'on trouve des SIS dans le monde. Ils sont répartis dans plusieurs pays d'Europe, au Canada et en Australie.

Au Québec, le MSSS a retenu le terme *services d'injection supervisée* parce qu'il fait référence à une gamme de services plutôt qu'à un lieu comme tel. Ce type de services peut être offert tant par des organismes communautaires que par des établissements du réseau de la santé et des services sociaux qui rejoignent déjà les populations visées (Noël, L. et coll., 2009).

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a produit, en 2009, un *Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée*. Les auteurs ont notamment procédé à une analyse critique des recherches évaluatives sur les effets des SIS produites dans de nombreux pays. Ils ont, entre autres choses, recherché systématiquement les études publiées autour de *Insite* à Vancouver.

Selon l'INSPQ, la notion de services d'injection supervisée désigne des espaces où l'injection de drogues illégales est autorisée et supervisée, le plus souvent par du personnel médical. Toutefois, en plus de médecins ou d'infirmières, le personnel est composé de travailleurs sociaux ou de travailleurs communautaires, et parfois, d'utilisateurs ou ex-utilisateurs de

drogues (Noël, L. et coll., 2009). La vente et l'échange de drogues ne sont pas autorisés dans les SIS.

Le personnel :

- Distribue du matériel d'injection stérile;
- Peut enseigner aux utilisateurs comment procéder de façon sécuritaire;
- Peut agir de façon plus rapide et efficace en cas de surdose;
- Peut orienter les utilisateurs vers des services médicaux, des services sociaux, des traitements de la dépendance et même vers des services de formation et de placement en emploi;
- Offre des services de santé de base et du *counselling*.

Les SIS partagent, pour la plupart, cinq grands objectifs :

- Rejoindre les usagers de drogues par injection qui ne le sont pas par les services de soins;
- Diminuer la mortalité et la morbidité associées aux surdoses;
- Réduire les risques pour la santé reliés aux pratiques d'injection;
- Minimiser les nuisances associées à l'injection de drogues dans les lieux publics;
- Contribuer à stabiliser l'état de santé des UDI (Noël, L. et coll., 2009).

Les SIS ne visent donc pas à rejoindre toutes les personnes UDI, mais principalement les personnes les plus désaffiliées et les plus marginalisées et dont les conditions de vie sont particulièrement précaires (voir sections 5.1 et 7). Elles s'injectent de la drogue plus souvent dans des lieux publics et causent le plus de tensions avec les résidents et les commerçants d'un quartier. Elles sont plus à risque de contracter et de transmettre des ITSS. Elles utilisent moins les services de santé plus traditionnels et sont plutôt rejointes par les services qu'il est convenu de désigner comme étant à *bas seuil d'accessibilité*.

Les recherches tendent clairement à démontrer que les services d'injection supervisée présentent plusieurs bénéfices pour la santé des personnes UDI. Ils constituent des réponses pragmatiques, humanistes et innovatrices face à certains problèmes auxquels les approches traditionnelles n'ont pas fourni de solutions. Aucun effet négatif sur la santé n'a été documenté dans les recherches scientifiques menées à ce jour<sup>1</sup>.

La mise en place de SIS soulève toutefois des enjeux en matière d'acceptabilité sociale. De ce point de vue, les expériences internationales montrent que les craintes face à ces services s'atténuent dans les mois qui suivent leur implantation<sup>2</sup>.

## 11. POSITION DES PERSONNES UDI

---

Il est important de connaître la position des personnes UDI concernant les SIS. Au Québec, la principale organisation qui représente les personnes UDI est *l'Association pour la défense des droits et l'inclusion des personnes qui consomment des drogues du Québec (ADDICQ)*. Ses membres sont principalement des personnes qui consomment ou ont consommé des drogues.

---

<sup>1</sup> INSPQ: <http://www.espaceitss.ca/25-bibliotheque-avis-sur-la-pertinence-des-services-d-injection-supervisee-analyse-critique-de-la-litterature.html?pageEnCours=1>

<sup>2</sup> Idem.

L'ADDICQ ne cherche aucunement à faire la promotion de l'utilisation des drogues. Leur regard n'est pas complaisant. Plus que tout autre groupe, ils sont conscients de l'impact de la consommation sur les vies humaines :

On ne peut pas forcer une personne à arrêter de consommer de la drogue. Par contre, quand on a établi une relation de confiance avec elle et qu'elle est prête à arrêter, on peut la référer aux services appropriés. Ce qui n'a rien à voir avec « encourager » la consommation de drogue, bien au contraire!<sup>1</sup>.

En 2012, l'ADDICQ a consulté l'ensemble de ses 400 membres dans les cinq régions où l'association est implantée (Abitibi, Estrie, Montréal, Outaouais et Québec). Ceux-ci se sont prononcés en faveur de l'implantation de SIS au Québec et à Québec, et ce, dans le respect des paramètres définis par la Cour suprême du Canada.

En plus des impacts positifs associés à cette stratégie de réduction des méfaits, l'ADDICQ souligne que :

Les SIS permettent également de briser l'isolement social dans lequel beaucoup de personnes UDI vivent et ils les mettent aussi en contact avec des soins de santé essentiels [...] Enfin, les SIS permettent aux personnes UDI de reprendre conscience qu'elles sont des citoyennes à part entière en les accueillant d'une manière respectueuse et en tenant compte de leurs besoins (ADDICQ, 2011).

Par ailleurs, l'ADDICQ rappelle l'importance qu'il y a d'associer des personnes UDI dans les démarches de mises en place des SIS, et ce, afin que les services répondent le plus adéquatement possible aux besoins des personnes les plus concernées.

[...] si les personnes UDI demandent d'être partenaires à part entière dans la mise en place et la gestion des SIS, c'est dans le but d'assurer que ce service réponde adéquatement aux besoins réels des personnes qui en bénéficieront. Sinon, on risque d'investir de l'argent dans un service qui ne sera pas utilisé, car il ne sera pas adapté (ADDICQ, 2012).

## 12. POSITIONS DES MINISTÈRES CONCERNÉS

---

### 12.1 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

---

À la suite du jugement de la Cour suprême du Canada, le ministre de la Santé et des Services sociaux a fait part de son intention d'accueillir favorablement des projets de SIS au Québec en tenant compte des critères dictés par la Cour suprême du Canada. En complément de cette annonce, le MSSS a produit des balises pour encadrer l'offre de services des SIS. On y rappelle que l'ajout de SIS dans la réponse globale du système de santé à l'usage problématique de drogues peut s'avérer important. Ces balises sont inspirées « *des travaux du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et ont été adaptés au contexte spécifique*

---

<sup>1</sup> INSPQ: <http://www.espaceitss.ca/25-bibliotheque-avis-sur-la-pertinence-des-services-d-injection-supervisee-analyse-critique-de-la-litterature.html?pageEnCours=1>

du Québec. Elles prennent en compte les meilleures pratiques et les données probantes tirées de l'implantation de SIS dans le monde » (MSSS, 2013).

Pour produire ces balises, le MSSS a consulté l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, les directions de santé publique de la Capitale-Nationale et de Montréal, l'Institut national de santé publique du Québec, l'Association québécoise pour la promotion de la santé des personnes qui font usage de drogue et l'Association des directeurs de police du Québec<sup>1</sup>.

## 12.2 MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE ET MINISTÈRE DE LA JUSTICE

Pour assurer le bon fonctionnement des services d'injection supervisée, il est essentiel que les autorités judiciaires et les services de police collaborent avec les autorités de la santé et les promoteurs de SIS, dans le plein respect des mandats spécifiques de chacun de ces partenaires.

Au Québec, depuis le jugement rendu par la Cour suprême du Canada dans la cause d'*Insite*, le ministère de la Sécurité publique (MSP) et le ministère de la Justice du Québec (MJQ) ont chacun signifié au MSSS qu'ils acceptaient les conclusions du jugement et qu'ils étaient satisfaits des balises proposées par le MSSS. De plus, le MSP a confirmé la volonté de collaboration des corps policiers en « fournissant l'expertise en sécurité publique nécessaire à la planification et à l'encadrement des services ». On trouvera des extraits de correspondance à cet effet à l'Annexe 6 du présent rapport.

Par ailleurs, le MSSS et le MSP ont mené des travaux conjoints pour produire un guide à l'intention des services policiers, des groupes communautaires et des établissements de santé. Les deux ministères ont convenu :

de l'importance d'assurer une meilleure cohérence des interventions entre les services policiers, les groupes communautaires et les établissements de santé et de services sociaux qui travaillent en prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), et dont le personnel est régulièrement en contact avec des personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI)<sup>1</sup>.

Ce guide rappelle le défi que représente la volonté d'assurer tant la santé que la sécurité publique au regard de la consommation des drogues par injection. La stratégie de réduction des méfaits demande, de la part des forces policières, un changement de culture significatif, mais également de l'ouverture chez les intervenants de la santé quant aux réalités de la pratique policière.

---

<sup>1</sup> On peut consulter le texte complet de ces balises à l'adresse web suivante : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/5d9c614e81b5675e85257b58005b14cd?OpenDocument>.

## **PARTIE III**

### **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**



## 13. CONCLUSION

---

### 13.1 EST-IL PERTINENT D'AVOIR DES SIS À QUÉBEC?

---

Après avoir analysé la situation qui prévaut à Québec quant à l'utilisation de drogues par injection, le CSSS de la Vieille-Capitale considère qu'il est pertinent d'offrir à Québec des services d'injection supervisée parce qu'il est nécessaire de :

- Rejoindre les usagers de drogues par injection qui ne le sont pas par les services actuels;
- Diminuer la mortalité et la morbidité associées à la prise de drogues par injection;
- Réduire les risques de santé publique reliés aux pratiques d'injection;
- Contribuer à stabiliser l'état de santé des personnes UDI en leur facilitant l'accès aux services de traitement de la dépendance et aux autres services de santé;
- Réduire les coûts de santé associés aux traitements des ITSS;
- Minimiser les impacts associés à l'injection de drogues sur l'ordre public.

### 13.2 MISE EN GARDE

---

La mise en place de services d'injection supervisée ne doit pas constituer une fin en soi. Les SIS n'offrent pas une solution à tous les problèmes associés à la consommation de drogues par injection (maladie, itinérance, prostitution, pauvreté, etc.) et leur mise en place ne doit pas se faire au détriment des services déjà existants. Il faut plutôt viser à ce que les SIS s'inscrivent dans un continuum de services aux personnes UDI et soient conçus comme un lieu qui facilite l'accès à d'autres services adaptés aux besoins de ces personnes.

### 13.3 DISCUSSION

---

Québec, à l'échelle canadienne, est une ville de taille moyenne. Elle projette toutefois une image qui rayonne à l'échelle internationale. Elle fait l'envie de plusieurs quant à sa qualité de vie, son charme et ses attraits touristiques. De plus, c'est une ville prospère. Il est peu question, lorsqu'on parle de Québec, de problèmes sociaux et d'exclusion. La marginalité n'y est pas aussi immédiatement visible que dans certaines grandes villes canadiennes, or pour beaucoup, ce qu'on ne voit pas n'existe pas. Il en va de même pour ce qui est de la consommation de drogues par injection à Québec et de la dépendance qui y est associée.

La réalité est toute autre. Même si les statistiques pour Québec ne sont pas celles de grandes métropoles comme Montréal, Vancouver ou Toronto, il faut reconnaître que le phénomène est réel et préoccupant. Les données présentées le confirment. De plus, on ne peut pas passer à côté de l'expérience des intervenants, tant du milieu communautaire que du réseau de la santé, qui rencontrent quotidiennement des personnes qui consomment des drogues par injection.

Les conséquences pour les personnes qui consomment, leurs proches et la population en général sont multiples : problèmes de santé physique, problèmes de santé mentale, problèmes sociaux, criminalité et désordre public et sentiment d'insécurité. Par ailleurs, ces conséquences sont amplifiées par la stigmatisation, la détresse et l'exclusion sociale associées à la dépendance aux drogues.

Les coûts associés aux impacts sur la santé sont exorbitants et pourraient être considérablement réduits si on pouvait diminuer le nombre de cas d'infection au VIH et au VHC et diminuer par le fait même, la pression sur le réseau de la santé et des services sociaux.

En matière de services aux personnes UDI, il existe plusieurs ressources qui leur en offrent à Québec, mais il demeure difficile de rejoindre les personnes les plus désaffiliées. À cet effet, l'approche *de service à bas seuil d'accessibilité* a permis de rejoindre plus facilement les personnes qui hésitent à utiliser les services plus traditionnels du réseau de la santé ou qui se sentent mal accueillies par ceux-ci. Les résultats confirment l'importance de mettre en place une offre de services qui va au-devant des personnes.

L'importance donnée dans le présent rapport à la question des préjugés et de l'exclusion n'est pas anodine puisqu'elle permet de mieux comprendre la difficulté à créer le lien de confiance nécessaire pour faire en sorte que les personnes utilisent les services existants.

Dans l'offre de services actuelle à Québec, il n'y a pas de services d'injection supervisée. Ces derniers relèvent de la stratégie de réduction des méfaits. La mise en place des centres d'accès au matériel d'injection (CAMI), il y a près de vingt ans, s'inscrivait déjà dans cette stratégie. Ceux-ci ont démontré leur efficacité dans la réduction de la transmission du VIH et dans l'adoption de comportements plus sécuritaires de la part des consommateurs (MSSS, 2014).

La très grande majorité des intervenants rencontrés se sont montrés favorables à l'ajout de SIS à Québec. Ces services peuvent contribuer à augmenter ou à améliorer l'offre de services aux personnes UDI à Québec.

Certaines nuances doivent être apportées. Des policiers reconnaissent qu'il n'est pas toujours facile de concilier la réduction des méfaits et l'action policière. Pour certains d'entre eux, c'est le choc de deux cultures. Ils reconnaissent toutefois que la présence sur place de professionnels de la santé et la possibilité de faire des SIS une porte ouverte vers des traitements les rendent plus acceptables. C'est pourquoi, les démarches conjointes entreprises par le MSSS et le MSP visant à développer une plus grande cohérence des interventions entre les services policiers, les groupes communautaires et les établissements de santé et de services sociaux sont encourageantes.

D'autre part, certains médecins, quoiqu'en accord avec la légitimité des SIS, se questionnent sur le taux de fréquentation de tels services. La majorité des autres intervenants rencontrés, les policiers notamment, ne partagent pas cette inquiétude.

Pour sa part, l'ADDICQ qui représente les personnes UDI confirme que nombreux sont leurs membres qui attendent la mise en place de tels services. L'ADDICQ souhaite également que des personnes UDI puissent s'impliquer dans les démarches de mises en place des SIS, et ainsi, faire en sorte que les services répondent le plus adéquatement possible aux besoins des personnes.

La question sensible de l'acceptabilité sociale demeure. Certains citoyens et commerçants soulèvent des inquiétudes quant à l'implantation de SIS dans leur quartier. Pour plusieurs il y a une grande part d'inconnu, d'autant plus qu'à ce jour il n'y a pas encore de services de ce genre à Québec. Ainsi les questions les plus soulevées touchent la sécurité des enfants, l'augmentation de la criminalité dans le secteur et l'amplification de la prise de drogues par injection.

À cet effet, il est intéressant de rappeler qu'au moment de la mise en place des centres d'accès au matériel d'injection au début des années 1990, les mêmes inquiétudes ont été soulevées. L'histoire a démontré que ces inquiétudes ne se sont pas concrétisées et que l'apport des CAMI était très pertinent.

Il faut également prendre acte des travaux de recherches sur les SIS dans le monde et de ce que ceux-ci peuvent nous apprendre. À ce jour au Québec, l'exercice le plus systématique visant à évaluer l'impact des SIS est celui fait par l'Institut national de santé publique du Québec en 2009. Ce dernier a procédé à une analyse critique des diverses recherches effectuées dans le monde, incluant la Colombie-Britannique. On y constate que « *la présence des SIS a pour effet de rassurer les citoyens qui vivent à proximité des secteurs où se retrouvent des consommateurs de drogues* » (Noël, L. et coll., 2009). On constate également que les SIS n'ont pas eu d'impacts négatifs sur l'ordre public, et qu'il y a eu diminution de l'injection en public et des seringues à la traîne. Par ailleurs, les SIS rejoignent les clientèles les plus à risque et les plus vulnérables.

L'INSPQ conclut son avis en affirmant :

Les recherches ont démontré [...] que cette mesure ne présente aucun risque pour la santé, n'a pas d'effets néfastes sur les personnes et sur l'environnement et qu'elle permet, à court terme de sauver des vies et à long terme de réinsérer les personnes UDI dans un mode de vie plus sain.

Ces avis favorables ne dispensent toutefois pas pour autant les organismes qui seraient appelés à offrir des SIS à Québec de se préoccuper de l'accueil de ceux-ci dans le milieu où ils seraient implantés. La nature même de ce type de services fait en sorte que les citoyens devront être entendus quant à leurs préoccupations et inquiétudes par les autorités responsables de la mise en place de SIS. Ils devront également être informés le plus adéquatement possible quant à la nature de l'offre de services d'injection supervisée dans leur secteur pour éviter d'alimenter le sentiment d'insécurité. Il y a là un défi de pédagogie publique et de communication de l'information qu'il faut relever.

## 14. RECOMMANDATIONS

---

Le CSSS de la Vieille-Capitale soumet les recommandations suivantes à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale concernant les services d'injection supervisée.

### Considérant que :

- À Québec, près de 900 personnes UDI ont été recrutées par le réseau SurvUDI entre 1995 et 2010. Ces personnes sont représentatives d'une partie des consommateurs les plus désaffiliés moins bien rejoints par les services de santé actuels;
- La dépendance aux drogues, et plus particulièrement l'injection de ces dernières, dans la région de Québec et plus spécifiquement dans la ville de Québec est un problème significatif;
- La dépendance s'accompagne très souvent de problèmes de santé physique et de santé mentale;
- Plusieurs de ces problèmes de santé sont associés à une morbidité importante et une mortalité prématurée chez les personnes UDI;
- Les risques de transmission des ITSS (VHC et VIH) constituent un problème de santé publique qui affecte particulièrement les personnes UDI, mais qui peut également avoir des répercussions sur l'ensemble de la population;
- Ces problèmes de santé occasionnent des coûts très importants pour le système de santé;
- Des méfaits liés à l'injection de drogues sont constatés par les autorités policières;
- Des conseils de quartier et différents groupes de citoyens ont formulé des inquiétudes quant à l'impact de la consommation de drogues par injection dans leur quartier et que ces inquiétudes peuvent nourrir un sentiment d'insécurité;
- Les personnes UDI doivent être associées de façon significative et soutenue dans l'établissement de politiques et de programmes qui les concernent et dans la planification, l'organisation et l'évaluation des services qui leur sont destinés;
- L'INSPQ a rappelé les avantages et bienfaits observés dans les SIS ailleurs dans le monde :
  - ▶ Rejoindre les usagers de drogues par injection qui ne le sont pas par les services de soins;
  - ▶ Diminuer la mortalité et la morbidité associées aux surdoses;
  - ▶ Réduire les risques à la santé reliés aux pratiques d'injection;
  - ▶ Minimiser les nuisances associées à l'injection de drogues dans les lieux publics;
  - ▶ Contribuer à stabiliser l'état de santé des personnes UDI.
- L'INSPQ conclut son avis en affirmant que les services d'injection supervisée constituent une mesure supplémentaire parmi les stratégies de réduction des méfaits et qu'elle vise à assurer une continuité des services pour les personnes UDI et à favoriser leur accès à des traitements de la dépendance;

- Le MSSS a proposé des balises quant à « l'ajout de services d'injection supervisée dans les établissements de santé et de services sociaux et les organismes communautaires desservant des personnes qui font usage de drogues par injection » (MSSS, 2013) et que ces balises ont reçu l'aval du MJQ et du MSP;
- Le MSSS et le MSP ont « convenu de l'importance d'assurer une meilleure cohérence des interventions entre les services policiers, les groupes communautaires et les établissements de santé et de services sociaux qui travaillent en prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), et dont le personnel est régulièrement en contact avec des personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI) » (MSSS, 2014);
- La Cour suprême du Canada a déclaré qu'*Insite* a sauvé des vies, sans provoquer une hausse des méfaits liés à la consommation de drogues par injection et à la criminalité dans les environs et que par conséquent des services d'injection supervisée peuvent être offerts aux utilisateurs de drogues par injection;
- La Déclaration universelle des droits de l'homme (1948), la Charte des droits et libertés de la personne du Québec (1975) et enfin la Charte canadienne des droits et libertés (1982) mettent toutes de l'avant le droit à la vie, à la liberté et la sécurité de sa personne pour tout être humain;
- Les personnes UDI sont des citoyens à part entière qui ont droit à des soins et à des services de prévention et de traitement sans discrimination et dans le respect de leur dignité.

#### 14.1 RECOMMANDATION N° 1

---

Il est recommandé d'offrir à Québec des services d'injection supervisée, en tenant compte des précisions suivantes :

- Ces services doivent s'ajouter à l'offre de services existante et s'inscrire dans un continuum de services offerts aux personnes UDI de la région de Québec;
- La présence de professionnels de la santé devra être assurée dans les organisations où l'injection de drogue est autorisée;
- En concertation avec les autorités municipales et les conseils de quartiers concernés, les citoyens devront être entendus par les promoteurs de services d'injection supervisée quant à leurs préoccupations et inquiétudes. Ils devront également être informés le plus adéquatement possible quant à la nature de l'offre de services d'injection supervisée dans leur quartier;
- Des personnes UDI devront être consultées pour s'assurer que les services soient les plus adéquats possible et qu'ils soient utilisés de manière optimale;
- Leur mise en place doit faire l'objet d'un partenariat entre les principaux acteurs concernés (établissements de santé et de services sociaux, organismes communautaires et service de police);

- Les services doivent être en accord avec le principe de « bas seuil d’accessibilité » et doivent notamment être conçus comme une porte d’entrée facilitant l’accès à d’autres services adaptés aux besoins des personnes UDI;
- Le financement des services d’injection supervisée ne doit pas se faire au détriment des autres services offerts ou à développer auprès des personnes UDI;
- Des mécanismes d’évaluation continus doivent être définis à la satisfaction des acteurs concernés, pour d’une part, évaluer l’adéquation des services et, d’autre part, évaluer l’intégration de tels services dans l’environnement et les considérations de sécurité publique.

## 14.2 RECOMMANDATION N° 2

---

Dans la continuité du mandat du comité de travail sur les SIS à Québec, il est recommandé de poursuivre les travaux afin de définir les paramètres d’une offre de services d’injection supervisée à Québec (nature des services, partage des rôles, lieu, enjeux légaux, financement, évaluation, etc.) en précisant notamment les conditions favorables à mettre en place à l’égard de l’acceptabilité sociale des SIS à Québec, et ce, dans le respect de ce qui est précisé en première recommandation et dans le respect des balises définies par le MSSS.

## **PARTIE IV**

### **RÉFÉRENCES ET LIENS UTILES**



## 15. RÉFÉRENCES

---

ADDICQ (2012). *Les Services d'injection supervisée démystifiés... par les personnes qui vont les utiliser!* Document produit par les membres de l'ADDICQ, un projet de l'Association pour la Défense des droits et l'inclusion des personnes qui consomment des drogues du Québec (AQPSUD). [En ligne] : [http://linjecteur.ca/addicq/PDF/Doc%20SIS%20-%20FINAL%20FRANCAIS\\_web.pdf](http://linjecteur.ca/addicq/PDF/Doc%20SIS%20-%20FINAL%20FRANCAIS_web.pdf)

ADDICQ (2011). *Mise en place d'un site d'injection supervisée à Québec: s'informer pour se rassurer sur les SIS.* Mémoire de l'ADDICQ. Présenté au conseil de Quartier Saint-Roch. [En ligne] : <http://linjecteur.ca/addicq/PDF/memoire%20ADDICQ-SIS-Qc-mai2011.pdf>

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (2011). *Plan d'action stratégique 2011-2015: Pour relever les défis et actualiser les conditions favorables du Plan d'action régional de santé publique 2009-2015*, Direction régionale de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. [En ligne] : [http://www.dspq.qc.ca/publications/PAR\\_Planstrategique20112015\\_WEB.pdf](http://www.dspq.qc.ca/publications/PAR_Planstrategique20112015_WEB.pdf)

Allard, P.-R. et Noël, L. (2006). *Portrait de situation de l'hépatite C au Québec 1990-2004.* Québec, Direction risques biologiques, environnementaux et occupationnels, Institut national de santé publique du Québec, 110 p. [En ligne] : [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/514-PortraitHepatiteC\\_AnalyseDemande.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/514-PortraitHepatiteC_AnalyseDemande.pdf)

Allard, P.-R. et Parent, R. (2008). *Facteurs de risque pour l'hépatite C : analyse des enquêtes épidémiologiques faites lors de la déclaration des cas d'infection par le VHC au Québec - Avril 2002 à mars 2004.* Institut national de santé publique du Québec, Québec, 73 p. [En ligne]: [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/853\\_Rapport\\_FacteursRisques\\_VHC.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/853_Rapport_FacteursRisques_VHC.pdf)

American psychiatric association (2013). *DSM-5™, Diagnostic and statistical manual of mental disorders : fifth edition.*

Association des intervenants en toxicomanie du Québec (2007). *La réduction des méfaits liés à l'usage de drogues au Québec.* Longueuil : AITQ.

Bélangier, D., Noël, L., Alary, M., et collab. (2000). Drogue, pauvreté et VIH. *Journal canadien de Santé publique*, 91(3):176-180.

Bitera, R., Fauvel, M., Alary, M., Parent, R. et coll. (2013) *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine au Québec – Cas cumulatifs 2002-2012*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 47 p.

Brisson P. (1997). *La réduction des méfaits : sources, situation, pratiques.* Comité permanent de la lutte à la toxicomanie, 109 p.

Brochu, S. (2006). *Drogue et criminalité*, 2<sup>e</sup> Édition, PUM, p. 56-57-58.

Centraide Québec–Chaudière-Appalaches (2011). *Un préjugé, c'est coller une étiquette*, Québec.

*Charte canadienne des droits et libertés*, art. 7, Loi constitutionnelle, 1982  
<http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/const/page-15.html>

Châtel, V. et Roy, S. (dir.) (2008). *Penser la vulnérabilité, visages de la fragilisation du social*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 306 p.

Cour suprême du Canada, *Canada (Procureur général) c. PHS Community Services Society*, 30 septembre 2011, coll. « Jugements de la Cour suprême ».

CQSR (2011). Communiqué de presse du CQSR.

CQSR (2012). Site d'injection supervisée, consultations du conseil de quartier. [En ligne] :  
[http://www.ville.quebec.qc.ca/apropos/vie\\_democratique/participation\\_citoyenne/conseils\\_quartier/saintroch/injection.aspx](http://www.ville.quebec.qc.ca/apropos/vie_democratique/participation_citoyenne/conseils_quartier/saintroch/injection.aspx)

CRDQ (2013). Document réalisé aux fins des travaux du comité de travail.

CRDQ (2014). Rapport annuel de gestion 2013-2014.

DRSP (2011). *Mise en place d'un site d'injection supervisée à Québec*. Mémoire présenté au Conseil de Quartier Saint-Roch (CQSR). 32 p. [En ligne]:  
<http://www.dspq.qc.ca/documents/MemoireSIS.pdf>

Flavin (1998). Fear and policing in the age of HIV/AIDS. *The Critical Criminologist*, 8(3), p. 12-14. [En ligne] : [http://critcrim.org/newsletter2/critcrim8\\_3.pdf](http://critcrim.org/newsletter2/critcrim8_3.pdf)

Hyppolite, S.-R. (2012). *Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale* Direction régionale de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Québec, 161 p. [En ligne]:  
[http://www.dspq.qc.ca/publications/RapportISS\\_versionintegrale.pdf](http://www.dspq.qc.ca/publications/RapportISS_versionintegrale.pdf)

Kingston-Richers, J. (2011). Le coût économique du VIH/sida au Canada. Société canadienne du sida. [En ligne]: [http://www.cdnaids.ca/files.nsf/pages/lecouteconomiqueduvih-sidaauncanada/\\$file/Le%20co%20%C3%BBt%20%C3%A9conomique%20du%20VIH-sida%20au%20Canada.pdf](http://www.cdnaids.ca/files.nsf/pages/lecouteconomiqueduvih-sidaauncanada/$file/Le%20co%20%C3%BBt%20%C3%A9conomique%20du%20VIH-sida%20au%20Canada.pdf)

Leclerc, P., Roy, E., Morissette, C., Alary, M., Parent, R. et Blouin, K. (2012). *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogues par injection - Épidémiologie du VIH de 1995 à 2010 - Épidémiologie du VHC de 2003 à 2010*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, 111 p. [En ligne]:  
[http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1569\\_SurvMalInfectUDI\\_EpidemioVIH1995-2010\\_EpidemioVHC2003-2010.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1569_SurvMalInfectUDI_EpidemioVIH1995-2010_EpidemioVHC2003-2010.pdf)

MSSS (2014). *Vers une meilleure cohérence des interventions en matière de santé et de sécurité publique auprès des personnes utilisatrices de drogues par injection. Guide de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang à l'intention des services policiers, des groupes communautaires et des établissements de santé et de services sociaux*. Québec, 99 p. [En ligne]:

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-313-03W.pdf>

MSSS (2013, version révisée 25 avril 2013). *Balises pour les établissements de santé et de services sociaux et les organismes communautaires désirant offrir des services d'injection supervisée aux personnes qui font usage de drogues par injection*. Gouvernement du Québec, Québec, 13 p.

MSSS (2010). *Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec - L'épidémie silencieuse : les infections transmissibles sexuellement et par le sang*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 76 p. [En ligne]:

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-228-02.pdf>

MSSS (2009). *Actions proposées pour la prévention du VIH-sida et de l'hépatite C chez les personnes utilisatrices de drogues*. Rapport du comité-conseil sur la prévention du VIH et du VHC chez les personnes utilisatrices de drogue, ministère de la Santé et des Services sociaux, 74 p. [En ligne]:

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-360-02F.pdf>

MSSS (2007). *Offre de service 2007-2012 - Programme-services Dépendances : Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 58 p.

MSSS (2004). *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement. Orientations 2003-2009*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 56 p. [En ligne]:

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2003/03-320-01.pdf>

NAOMI (North American Opiate Medication Initiative), Montréal-Vancouver. [En ligne]: [http://www.ihra.net/files/2010/08/24/David\\_Marsh.pdf](http://www.ihra.net/files/2010/08/24/David_Marsh.pdf)

<http://www.educatingharper.com/documents/NAOMIResultsSummary-Oct172008.pdf>

Noël, L., Thériault, N., Gagnon, M., Gagnon, D. et Bradet, R. (en préparation). *Les risques liés à l'usage de drogues par injection dans la région de la Capitale-Nationale : données régionales du réseau I-Track/SurvUDI 2004-2010*. Institut national de santé publique et Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale.

Noël, L., Gagnon, F., Bédard, A., et Dubé, E. (2009). *Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée. Analyse critique de la littérature*. Institut national de santé publique du Québec, Québec, 103 p. [En ligne]:

[http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/962\\_PertinenceInjecSupervisee.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/962_PertinenceInjecSupervisee.pdf)

Réseau juridique canadien VIH/sida, PASAN (2007). *Temps dur : programmes de prévention du VIH et de l'hépatite C pour les détenus au Canada*. 156 p. [En ligne]: [http://www.pasan.org/Publications/Temps\\_Dur.pdf](http://www.pasan.org/Publications/Temps_Dur.pdf)

Sondage SOM, recherches et sondages (2011).

World Health Organization (1998). *Basic principles for effective prevention of HIV infection among injecting drug users*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 15 p.

---

## 16. LIENS UTILES

---

### 16.1 ORGANISMES

---

Association pour la défense des droits et l'inclusion des personnes qui consomment des drogues du Québec :  
<http://www.linjecteur.ca/addicq/>

Centre CASA :  
<http://www.centrecasa.qc.ca/>

Centre de réadaptation en dépendance de Québec :  
<http://www.cruv.qc.ca/>

CSSS de la Vieille-Capitale :  
<http://www.csssvc.qc.ca/>

Direction régionale de la santé publique de la Capitale-Nationale :  
<http://www.dspq.qc.ca/>

Institut national de santé publique du Québec :  
<http://www.inspq.qc.ca/>

*Maison de Lauberivière* :  
<http://www.lauberiviere.org>

*Maison Dauphine* :  
<http://maisondauphine.org>

MIELS-Québec :  
<http://www.miels.org/>

PECH :  
<http://infopech.org>

*Point de Repères :*

<http://www.pointdereperes.com/>

*Projet Intervention Prostitution Québec :*

<http://www.pipq.org/>

Ville de Québec, Arrondissement de La Cité–Limoilou :

<http://www.ville.quebec.qc.ca/apropos/portrait/arrondissements/lacitelimoilou/>

Ville de Québec, Service de police:

<http://www.ville.quebec.qc.ca/police/>

Ville de Québec, Service des loisirs, des sports et de la vie communautaire (Ville de Québec) :

[http://www.ville.quebec.qc.ca/apropos/vie\\_democratique/administration/services\\_organismes\\_municipaux/dga\\_services\\_dev\\_culturel/loisirs.aspx](http://www.ville.quebec.qc.ca/apropos/vie_democratique/administration/services_organismes_municipaux/dga_services_dev_culturel/loisirs.aspx)

## 16.2 AUTRES LIENS UTILES

---

American Society of Addiction Medicine :

<http://www.chce.research.va.gov/apps/PAWS/pdfs/asam.pdf>

Cour suprême du Canada :

<http://www.scc-csc.gc.ca/home-accueil/index-fra.aspx>

*Insite :*

<http://supervisedinjection.vch.ca/>

Ministère de la Justice :

<http://www.justice.gouv.qc.ca/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux :

<http://www.msss.gouv.qc.ca/>

Ministère de la Sécurité publique :

<http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/>

Santé Canada :

<http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/minist/index-fra.php>



ANNEXE 1 : PERSONNES AYANT PARTICIPÉES À UN MOMENT OU UN AUTRE AUX TRAVAUX DU COMITÉ DE TRAVAIL

ORGANISATION	NOM	TITRE
Direction régionale de santé publique	Dr François Desbiens	Directeur régional de santé publique
	Gail Cox	Coordonnatrice du service maladies infectieuses
	Dre Nathanaëlle Thériault	Médecin-conseil
	Louis Rousseau	Agent de planification, de programmation et de recherche
	Dre Shelley-Rose Hyppolite	Médecin-conseil
Centre de réadaptation en dépendance de Québec	Isabelle Jacques	Coordonnatrice en chef des services de réadaptation
Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale	Dr Alain-Philippe Lemieux	Directeur général adjoint des affaires universitaires et cliniques, et des services professionnels
	Marc De Koninck	Organisateur communautaire
	Véronique Lagrange	Agente en transfert de connaissances
Institut national de santé publique	Lina Noël	Sociologue : Direction des risques biologiques et de la santé au travail
<i>Association pour la défense des droits et l'inclusion des personnes qui consomment des drogues du Québec</i>	Pierre Frappier	Responsable régional (jusqu'à la fin 2013)
	Simon Vermette	Membre
<i>Point de Repères</i>	Mario Gagnon	Directeur général
	Nathalie Marcoux	Agente de liaison
<i>Projet intervention prostitution Québec</i>	Geneviève Quinty	Coordonnatrice
<i>Mouvement d'information et d'entraide dans la lutte contre le VIH-Sida à Québec</i>	Thérèse Richer	Directrice générale
Ville de Québec	Sylvie Thibaudeau	Service des loisirs, des sports et de la vie communautaire

ORGANISATION	NOM	TITRE
Ville de Québec	Marie-Ève Therrien	Division de la culture, du loisir et de la vie communautaire Arrondissement La Cité-Limoilou
	Geneviève Poulin	Division de la culture, du loisir et de la vie communautaire Arrondissement La Cité-Limoilou
	Véronique Pressé	Division de la culture, du loisir et de la vie communautaire Arrondissement La Cité-Limoilou
Service de Police de Québec	Suzanne Drolet	Inspecteur : Commandant de poste, division de la surveillance du territoire, section Arrondissement de La Cité-Limoilou (à partir du début 2013)
	Sylvain Gagné	Inspecteur : commandant de poste, division de la surveillance du territoire, section Arrondissement de La Cité-Limoilou (jusqu'au début 2013)
	Marko Mercier	Inspecteur : section des services aux affaires policières
	Francis Cossette	Analyste stratégique : unité affaires stratégiques
Politique	Jean-Thomas Grantham	Attaché politique de la députée de Taschereau
	Pierre Maheux	Attaché politique de la députée de Taschereau

Coordination du comité : Marc De Koninck

Prise de note et support à la recherche : Véronique Lagrange

## ANNEXE 2 : MANDAT DU COMITÉ DE TRAVAIL

---

Dans le souci de respecter les paramètres établis dans le jugement de la Cour suprême du Canada, le Comité a précisé son mandat de la façon suivante avec l'accord de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale :

- Faire le point sur la problématique de l'utilisation de drogues par injection à Québec, tant en ce qui concerne l'ampleur du problème, les enjeux de santé publique, les méfaits et problèmes de désordre public ainsi que l'offre de services existante auprès des utilisateurs (UDI).
- Évaluer l'écart entre les besoins et les services existants afin de déterminer la pertinence de bonifier les services actuels avec une mesure complémentaire, soit des services d'injection supervisée (SIS).
- Le cas échéant, définir les paramètres d'une telle offre de service à Québec (nature des services, partage des rôles, lieu, enjeux légaux, financement, évaluation, etc.) en précisant notamment les conditions favorables à mettre en place à l'égard de l'acceptabilité sociale des SIS à Québec.
- Faire rapport à l'Agence de santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (ASSS-CN) et au ministre de la Santé et des Services sociaux des résultats des travaux du comité. Si ces travaux se concluent par l'élaboration d'un projet d'offre de SIS aux personnes UDI, il devra être présenté par l'organisation promotrice et devra obtenir l'accord du ministre pour qu'une demande d'exemption puisse être soumise au ministre canadien de la Santé.

Pour le guider dans la réalisation de ce mandat, le Comité a pris en considération les balises que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a mises de l'avant dans l'élaboration d'une offre de services d'injection supervisée (MSSS, 2013).



## ANNEXE 3 : PRÉCISIONS SUR LES BANQUES DE DONNÉES QUANTITATIVES

Nom de la banque	Précisions
MED ECHO :  (Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière, <a href="http://www.portail-rrsstq.com/fiches/Med_echo.html">http://www.portail-rrsstq.com/fiches/Med_echo.html</a> )	« Ce fichier, géré par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, est disponible depuis 1981-1982. Il contient des données médico-hospitalières et cliniques qui portent sur les patients hospitalisés dans les établissements québécois de soins généraux et spécialisés ». Les données sont complètes pour les soins de courte durée, les chirurgies d'un jour, mais partielles pour les soins psychiatriques et la réadaptation de courte durée. Les principales données utilisées ont été les hospitalisations avec un diagnostic d'hépatite C comme cause principale et celles pour une complication (cirrhose ou cancer du foie) chez des personnes atteintes d'hépatite C dans les territoires des CSSS de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord de 2006 à 2011 <sup>1</sup> .
Registre central des maladies à déclaration obligatoire :	Les maladies à déclaration obligatoire (MADO) sont des intoxications, des infections ou des maladies diagnostiquées par un médecin ou confirmées par un laboratoire qui doivent être obligatoirement déclarées aux autorités de santé publique telles que le VHC. Le registre contient des données régionales qui ont servi à établir le portrait des déclarations d'infections par le VHC dans les territoires des CSSS de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord pour la période de 2003 à 2012.
Fichier du bureau du coroner du Québec :	Les rapports d'enquête du coroner permettent d'établir les causes de décès violents, obscurs ou survenus par suite de négligence. Des données extraites du fichier du bureau du coroner du Québec ont permis de retracer des décès liés à des surdoses survenues à Québec entre 2004 et 2009.
Fichier des décès :	Cette base de données administrative est diffusée par le ministère de la Santé et des Services sociaux et produite par l'Institut de la statistique du Québec depuis 1981. Les informations proviennent du formulaire de décès rempli par le médecin qui constate le décès ou par le coroner. Les données utilisées ont été les décès avec un diagnostic d'hépatite C comme cause principale et ceux découlant d'une complication (cirrhose ou cancer du foie) chez des personnes atteintes d'hépatite C dans les territoires des CSSS de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord de 2002 à 2011 <sup>2</sup> .

<sup>1</sup> Note : Afin de tenir compte de la situation qui prévaut plus précisément à Québec, les territoires des CSSS de Portneuf et de Charlevoix ont été exclus des analyses.

<sup>2</sup> Note : Afin de tenir compte de la situation qui prévaut plus précisément à Québec, les territoires des CSSS de Portneuf et de Charlevoix ont été exclus des analyses.

Nom de la banque	Précisions
SurvUDI (Surveillance épidémiologique des utilisateurs de drogues par injection)	Le réseau SurvUDI, implanté au Québec en 1995, permet la surveillance épidémiologique du VIH, du VHC et des comportements à risque chez les personnes UDI. Les données collectées dans le cadre du projet de surveillance SurvUDI permettent de suivre la situation de l'infection par le VIH et le VHC dans différentes villes du Québec et fournissent des informations de première source sur différents problèmes qui affectent les personnes UDI. Entre mai 2004 et février 2010, 1 641 entrevues par questionnaire ont été réalisées dans la ville de Québec auprès de 899 personnes qui avaient participé à une ou plusieurs collectes de données SurvUDI <sup>1</sup> . De manière générale, les personnes qui participent à ces collectes de données sont des utilisateurs des services des programmes d'accès au matériel stérile d'injection (PAMSI) et ils ne représentent pas l'ensemble de la population des UDI, Toutefois, les études <sup>2</sup> suggèrent qu'ils sont représentatifs d'une frange des consommateurs les plus désaffiliés et les plus susceptibles d'utiliser les services d'un SIS.
Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec	Au Québec, depuis 2002, l'infection par le VIH fait l'objet d'une collecte de données épidémiologiques à des fins de surveillance continue de l'état de santé de la population. Le Programme de surveillance du VIH au Québec est basé sur l'enregistrement des cas d'infection par le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) et sur le recueil de renseignements sur la personne infectée auprès du professionnel de santé ayant prescrit le test. Les données utilisées portent sur les diagnostics d'infection par le VIH posés entre 2002 et 2012 dans la région de la Capitale-Nationale.

<sup>1</sup> Noël, L., Thériault, N., Gagnon, M., Gagnon, D. et Bradet, R. (en préparation). *Les risques liés à l'usage de drogues par injection dans la région de la Capitale-Nationale : données régionales du réseau I-Track/SurvUDI 2004-2010*. Institut national de santé publique et Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale.

<sup>2</sup> Bélanger, D., Noël, L., Alary, M., et collab. (2000). Drogue, pauvreté et VIH. *Journal canadien de Santé publique*, 91(3):176-180.

**Thèmes abordés avec les intervenants lors des entrevues individuelles et de groupe**

- Le rôle des intervenants et la nature des contacts qu'ils ont avec les personnes UDI;
- Les problèmes de santé et les soins requis par les personnes UDI;
- Les problèmes sociaux rencontrés par les personnes UDI;
- Leur appréciation de l'ampleur du phénomène à Québec;
- L'évolution du profil de la clientèle et de leurs besoins au cours des années
- Les collaborations entre partenaires (établissement de santé, organismes communautaires, service de police);
- Les préjugés à l'endroit des personnes UDI;
- Leur vision des services en place pour répondre aux besoins;
- La pertinence ou non de la mise en place de SIS à Québec.



L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSS-M) a produit en 2012 un outil de type *foire aux questions* pour répondre à certaines des questions les plus souvent posées par le public. Voici quelques-unes de ces questions / réponses :

**Q : Pour quelles raisons les personnes UDI ne fréquentent-elles pas les soins de santé dits traditionnels?**

R : Les raisons sont multiples : les expériences passées négatives, la crainte d'être jugées, exclues ou rejetées, le fait qu'elles ne se conforment pas aux exigences d'admission dans le système de santé. À titre d'exemple, de nombreux services de santé ne sont offerts qu'aux personnes en état de « sobriété », ce qui est relativement peu fréquent chez des personnes aux prises avec des problèmes de dépendance. De plus, les horaires très serrés des organisations de soins de santé sont déphasés par rapport à l'organisation souvent très particulière de la vie quotidienne des personnes dont la situation est précaire (déplacements à pied, transport des effets personnels, horaires et lieux des refuges et des repas offerts aux itinérants, rythme de travail des prostitués de rue, etc.). Les organismes communautaires œuvrant auprès de personnes utilisatrices de drogues par injection ont développé, au fil des ans, une expertise dans le développement de stratégies pour entrer en contact avec cette clientèle. Par leur travail de proximité, ils réussissent à joindre les personnes UDI dans leurs milieux de consommation et, souvent, à les amener à fréquenter leurs services.

**Q : Les SIS favorisent-ils une augmentation de la criminalité?**

R : Non. Les études montrent que les SIS n'ont pas fait augmenter la criminalité dans les secteurs où ils sont implantés, ni déplacer les patrons de criminalité. De plus :

- Les évaluations scientifiques montrent que les SIS n'ont pas eu d'impacts négatifs sur l'ordre public;
- Leur présence a eu pour effets la diminution de l'injection en public et du matériel d'injection souillé dans l'environnement.

**Q : Les SIS ne favorisent-ils pas la consommation de drogues en offrant un refuge aux usagers?**

R : Les usagers des SIS sont des consommateurs de longue date qui ont déjà eu plusieurs démêlés avec la justice en raison de leur consommation de drogues, ont tenté plusieurs traitements ou cures de désintoxication sans jamais parvenir à être abstinents. Les SIS permettent d'entrer en contact avec ces personnes et serviraient de passerelle vers des services de désintoxication et de traitement.

**Q : Les SIS permettent-ils de réduire les comportements à risque chez les personnes UDI?**

R : Oui. Les études montrent une diminution des comportements à risque chez les personnes fréquentant les SIS à l'intérieur comme à l'extérieur des SIS. La présence de personnel d'encadrement et de professionnels de la santé favorise l'adoption de comportements sécuritaires et une meilleure hygiène de vie chez les personnes utilisatrices de drogues par injection. Le changement de certaines pratiques chez les UDI prévient notamment les surdoses et les décès, réduit le partage de matériel d'injection souillé (réduction du VIH et du VHC) et semble même se prolonger lorsqu'ils retournent dans la communauté. L'expérience à ce jour montre qu'aucune surdose mortelle n'est survenue dans les services d'injection supervisée. Par ailleurs, selon plusieurs études scientifiques, l'utilisation des services d'injection supervisée permet de sortir de l'isolement ; d'avoir une meilleure santé physique et psychologique ; d'atteindre une stabilité de consommation ou une diminution et d'améliorer la qualité de vie globale des consommateurs.

**Q : Les SIS peuvent-ils aider les personnes à sortir de la dépendance?**

R : Nous y croyons même si ce n'est pas la première mission des SIS. Selon les études, en créant des passerelles avec les programmes consacrés à la dépendance, les SIS facilitent l'accès à la désintoxication et contribuent à l'augmentation de la demande et de l'engagement dans un traitement chez les personnes UDI (de la dépendance ou de substitution). Le personnel infirmier rencontre cette clientèle lors de la supervision de l'injection ce qui les amène à créer des liens avec celle-ci. Souvent, ce lien de confiance encourage la personne à se livrer, à parler de sa dépendance. Si une personne UDI désire arrêter de consommer, nous lui offrirons un accès à des services de traitement de la dépendance ou de substitution (ou de référence vers ces services) en plus de favoriser l'entrée en désintoxication.

**Extrait de correspondance du ministère de la Sécurité publique adressée au  
ministère de la Santé et des Services sociaux transmis le 21 janvier 2013 :**

« [...] les SIS sont autorisés par les instances juridiques du pays et ils relèvent des autorités de santé publique; il n'appartient donc pas aux corps de police de se prononcer en faveur de ces initiatives ou non. Advenant que les autorités municipales et de santé publique souhaitent l'implantation de SIS sur leur territoire, le rôle des corps de police consiste à les accompagner dans cette démarche en leur fournissant l'expertise en sécurité publique nécessaire à la planification et l'encadrement des services. Le mandat des corps policiers continue à s'exercer en matière de lutte aux drogues et à l'égard des personnes liées aux groupes criminalisés, et ce, incluant aux alentours des éventuels SIS si cela s'avère nécessaire (trafic de drogues ou toutes autres infractions aux lois et aux règlements). Les corps de police conservent l'obligation de répondre aux appels de service de la population qui peuvent concerner directement ou indirectement les usagers de ces sites. Les corps policiers prônent des approches concertées entre les partenaires où coexiste un équilibre entre la prévention, le traitement (et les soins), l'application de la loi et la réduction de certains méfaits. »

**Extrait de correspondance du ministère de la Justice adressée au ministère de la  
Santé et des Services sociaux transmis le 25 janvier 2013 :**

« Quant aux balises que vous présentez pour encadrer les SIS [...]. Elles nous paraissent répondre à des normes rigoureuses de précaution en encadrant l'aide à des personnes vulnérables sans nuire au respect de la loi ou à la prévention de la criminalité. [...] Aussi, telles qu'elles sont présentées, elles n'invitent aucunement les consommateurs de drogues par injection à posséder des drogues à leur guise, pas plus qu'elles n'incitent quiconque à ouvrir un centre de consommation de drogues en la présentant comme un « centre d'injection supervisée ». Au contraire, elles nous paraissent un jalon dans l'application du droit criminel d'une manière qui respecte les droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, conformément aux principes de justice fondamentale. En cela, nous faisons nôtres les conclusions de la Cour suprême, lesquelles atteignent à notre avis un point d'équilibre entre les objectifs de santé et de justice, et permettent d'articuler des actions pour s'y maintenir. »