

# **Adaptation des soins et services de santé : que peuvent nous apprendre les personnes qui font usage de drogues par injection?**

## **INTRODUCTION**

Des dynamiques complexes font en sorte que plusieurs personnes utilisatrices de drogues par injection (UDI) nécessitent des interventions et des approches sociosanitaires adaptées à leurs besoins. D'abord, en raison de la précarité de leurs conditions de vie, du mode d'usage invasif (le plus souvent dans les veines), de la consommation intensive de drogues et de l'environnement du risque (Rhodes et Simic, 2005).

À ce titre, la répression liée à l'usage de drogues expose plusieurs personnes UDI à de multiples menaces à leur santé et à leur vie. De plus, les personnes UDI jointes par les services de réduction des méfaits sont fréquemment désaffiliées des cercles de socialisation habituels tels que la famille, le travail ou le système d'éducation, ce qui peut contribuer à leur faible soutien social, à leurs sentiments d'isolement et à leur grande vulnérabilité sociale.

Il y a lieu de se préoccuper de la santé des personnes UDI. Des études longitudinales révèlent que ces dernières sont de 10 à 20 fois plus à risque de mourir prématurément que la population générale (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2013; Gjersing et Bretteville-Jensen, 2014). La surdose demeure la cause principale de mortalité, risque amplifiée par la crise de surdose reliée aux médicaments opioïdes, dont le fentanyl, en cours en Amérique du Nord. Quant au suicide, il serait la deuxième cause de mortalité chez les personnes UDI. De plus, les personnes UDI font partie des personnes les plus atteintes par les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), particulièrement par le virus de l'hépatite C (VHC) et le VIH, deux causes importantes de morbidité et mortalité. Au Québec, selon les données issues d'un programme de surveillance auprès de 12 998 personnes UDI (Leclerc *et al.*, 2018), la prévalence du VIH est de 13,7 % tandis que 63 % ont des anticorps positifs au VHC. De plus, 12 % sont à la fois co-infectées par le VIH et le VHC.

Plusieurs autres raisons mènent les personnes UDI à consulter les services de santé, dont les lésions des tissus mous et du système vasculaire (par ex. : abcès, plaies, ulcères, phlébites), occasionnées par la pratique d'injection et pouvant mener à des complications graves et potentiellement mortelles comme les septicémies ou les péricardites.

Bien qu'elles aient indéniablement besoin d'accéder à des soins de santé, les personnes UDI se trouvent souvent en rupture avec la logique de dispensation des services de santé s'adressant à la population générale. Malgré un système de santé universel et outre les barrières dues à la stigmatisation et le jugement ressentis de la part des professionnels de la santé, certaines conditions d'accès aux soins de santé peuvent représenter des barrières insurmontables pour ces personnes, par exemple :

- La prise de rendez-vous;
- L'attente pour voir un professionnel de la santé ou un intervenant;
- Les interactions avec les multiples acteurs du réseau œuvrant dans des établissements de soins différents
- Parfois, l'exigence d'abstinence comme critère d'éligibilité aux traitements et services spécialisés.

On déplore également les interventions en silo au Québec lorsqu'il s'agit d'intervenir en santé auprès de personnes UDI, ce qui complique leurs parcours dans les services de santé et sociaux, notamment pour traiter leur hépatite C ou recevoir du soutien psychosocial ou médical pour un autre problème de santé.

## MÉTHODE

Une récente étude doctorale portant sur la signification de la santé et du prendre soin de soi a été réalisée auprès de 32 personnes UDI à Montréal dont plusieurs sont atteintes du VIH et du VHC. Cette étude qualitative visait également à obtenir la perspective de ces personnes sur ce qui pourrait être fait pour leur permettre de mieux prendre soin d'elles-mêmes. Les personnes participantes ont spontanément parlé des lacunes perçues dans les services de santé et les services communautaires et offert plusieurs pistes en vue de l'amélioration de leur expérience au sein de ces derniers. Les analyses présentées ici portent spécifiquement sur la perspective et les recommandations des participants concernant l'amélioration de l'offre de soins et services.

## RÉSULTATS

### **Que pensent les personnes qui ont participé à l'étude des services de santé offerts à Montréal ?**

D'abord, plusieurs services sont fort appréciés par les participants, dont les soins médicaux globaux, les services en réduction des méfaits, les services de proximité ou les interventions par les pairs. Certains participants sont suivis pour de multiples problèmes de santé, en particulier ceux atteints du VIH, et bénéficient d'une prise en charge globale. En effet, recevoir de la méthadone et un traitement pour le VIH au même endroit est très facilitant pour Philippe qui n'a pas à se déplacer dans plusieurs milieux de soins ni à avoir plusieurs interlocuteurs :

*« Oui, ben, t'as moins à raconter ton histoire à chaque fois parce qu'à un moment donné, quand t'as 5-6 personnes, qu'il faut tout le temps que tu recommences, ça vient fatiguant, là ». (Philippe, quarantaine, vivant avec le VIH et atteint du VHC)*

Par ailleurs, certains aspects des services de santé sont moins appréciés ou sont jugés inadéquats. Ces derniers touchent essentiellement à l'accès difficile aux services de santé, à la discrimination et la stigmatisation lors des consultations, au manque d'accompagnement, au manque d'écoute et d'attention à leur souffrance, ainsi qu'aux réponses jugées insuffisantes pour venir en aide aux personnes les plus vulnérables.

### **1- LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS**

L'accès difficile aux services est un problème des plus nommé et serait lié :

- À l'attente très éprouvante pour recevoir des soins aux urgences ainsi que dans les cliniques médicales;
- Au peu de services accessibles 24 heures sur 24 et sous le mode sans- rendez-vous, surtout pour consulter un médecin ou une infirmière;
- Aux listes d'attente et critères rigides et lourds d'admissibilité pour être évalué et débiter un traitement ou entamer une démarche de soins;
- Au manque de formation des professionnels pour intervenir auprès de personnes qui font usage de drogues.

Voici quelques exemples des difficultés rencontrées régulièrement par les participants lorsqu'ils tentent d'accéder aux services :

- **Services en réduction des méfaits dont de distribution de matériel d'injection stérile**  
Bien qu'ils soient généralement très appréciés, les heures d'ouverture des services au sein des organismes communautaires ou des CLSC sont jugées insuffisantes par plusieurs. Yvon est très reconnaissant des services offerts dans les organismes communautaires. Cependant, il souhaiterait que le matériel soit disponible 24 heures sur 24.

*« Parce qu'on a des seringues neuves, on a... t'sais, de la bouffe des fois. Il y a tout le temps quelqu'un qui nous écoute. MAIS : ils sont pas là 24 heures sur 24, par exemple. C'est rien que ça, le problème ».* (Yvon, cinquantaine, vivant avec le VIH et atteint du VHC)

Aussi, les délais pour obtenir du matériel sont parfois jugés déraisonnables.

*« Le CLSC, ça c'est le genre de me rendre un service, ils vont te dire : « OK. Va-t'en et revenez à deux heures. » [...] Tu peux pas demander à quelqu'un reste malade trois heures de temps, je vais te donner tes seringues dans trois heures. Ça se fait pas, c'est pas logique! [...] J'y vas plus. Ils m'ont fait une couple de passes de même ».* (Denis, quarantaine, vivant avec le VIH et atteint du VHC)

#### ■ **Les services de santé de proximité**

Les heures de disponibilité des infirmières de proximité dans les organismes communautaires sont appréciées, mais jugées trop restreintes.

*« Bien moi, regarde, cette année... l'année passée, ils ont mis une infirmière. Moi, je trouve que c'est une bonne idée, mais elle est jamais là. T'sais? Oui. Il y a deux personnes qui sont entrées demander pour elle aujourd'hui, quand j'étais là en bas. Mais, elle travaille pas aujourd'hui. Pas du tout, là. Pas une minute! ».* (Linda, cinquantaine, guérie du VHC)

#### ■ **Traitement par agonistes opioïdes (TUO), tels que la méthadone ou de la buprénorphine/naloxone**

Les participants à l'étude voient plusieurs avantages aux TUO. En revanche, l'attente pour entrer en traitement et les conditions de maintien font parfois de l'accès au traitement un réel parcours du combattant. Durant l'attente, ils craignent surtout que leurs conditions de vie se dégradent ou que, désespérés, certains finissent par se suicider.

*« Ben, y'a comme première des choses, y'a comme l'accès à la méthadone, à des cliniques de méthadone, si y'en aurait plus, si y'avait plus de rapidité dans les services aussi, ça aiderait [...] Que ça sera pas avec des délais d'attente à pu finir! Que, que demain tu te suicideras pas parce que tu l'as pas eu cette option-là, t'as pas eu la chance de pouvoir dire : « Moi, je veux m'en sortir! » Pis d'avoir eu la main qui s'est tendue pour dire t'sais « Ben viens-t'en, je vais t'aider! ».* (Émilie, trentaine, atteinte du VHC)

## 2- LA DISCRIMINATION ET LA STIGMATISATION RESENTIES ALORS QU'ELLES CONSULTENT DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ

Le jugement, la discrimination et la stigmatisation sont, selon plusieurs, des éléments qui nuisent le plus à leur bien-être et à leur santé. Ainsi, les personnes UDI participantes vont souvent cacher leur consommation, gérer leur image publique et conserver distance et méfiance envers certaines personnes et institutions. Les personnes participantes ont partagé leurs sentiments et expériences de discrimination et stigmatisation. Ainsi, **des patrons de discriminations ont été identifiés au sein des services de santé.** Elles se sentent discriminées lorsqu'elles :

- Reçoivent des diagnostics de VIH ou de VHC froidement, sans empathie et sans offre de soutien ou de prise en charge;
- Vivent des rapports de force fréquents (se faire « barrer » d'un service);
- Ne sont pas soulagées de leur douleur et symptômes par les professionnels de la santé consultés parce que ces derniers doutent de leur sincérité;
- Vivent des sevrages d'opioïdes dans des services de santé sans prise en charge adéquate;
- Se font demander de signer un refus de traitement par le personnel soignant alors qu'elles veulent pourtant recevoir des soins.

Le manque de formation des professionnels de la santé est aussi un problème soulevé par plusieurs. Brigitte estime qu'elle s'est souvent fait refuser des soins parce qu'elle est toxicomane, mais aussi parce que les professionnels de la santé ne sont pas suffisamment formés en dépendance.

*« C'est choquant qu'on est laissé à nous autres même parce qu'on est des toxicomanes [...] Je va, des fois, pour des pneumonies... à cause de mon VIH parce que je ne prenais pas mes médicaments. Pis [nom de l'hôpital] m'envoyait à [nom de l'hôpital], pis ils disaient : « Non, nous, on manque d'expérience là-dedans ». [en parlant de la toxicomanie] » (Brigitte, quarantaine, vivant avec le VIH)*

Certains participants déduisent qu'il n'est pas jugé important de former le personnel soignant à intervenir adéquatement auprès de personnes toxicomanes, ce qui est perçu comme discriminatoire à leur égard.

### 3- LE MANQUE D'ACCOMPAGNEMENT

**Les participants perçoivent un manque d'accompagnement des personnes les plus vulnérables et désaffiliées pour accéder aux services de santé**, d'autant plus que des personnes très malades ou souffrant de troubles mentaux peuvent ressentir beaucoup de souffrance et vivre une grande détresse psychologique. Par exemple, Louise, atteinte du VIH avec des maladies opportunistes, s'est sentie à un certain moment trop affaiblie pour pouvoir adéquatement s'occuper d'elle-même. Elle a été hospitalisée avec l'insistance d'une infirmière de proximité. L'entrevue a d'ailleurs eu lieu dans son nouveau logement supervisé.

*« Bon. J'ai eu ça. J'ai tombé malade. J'ai été hospitalisée huit fois pour des pneumonies qui n'arrêtaient pas. Pis je n'étais plus capable d'être à mon appartement. Premièrement, il n'y avait pas d'ascenseur. Ça fait que le troisième, j'étais plus capable avec mes poumons... Fait que je suis partie, j'ai été à [nom d'une ressource d'hébergement] Oui. Mais j'ai essayé, j'étais pas capable, fait qu'ils m'ont envoyé à [nom de l'hôpital]. Fait qu'après ça, ça a bien été ». (Louise, quarantaine, vivant avec le VIH)*

### 4- LES LACUNES AU NIVEAU DE L'ÉCOUTE ET DE L'ATTENTION À LEUR SOUFFRANCE

**Les participants ont déploré les lacunes au niveau de l'écoute dans les services de santé ainsi qu'au sein des organismes communautaires.** Entre autres, le travail expéditif du personnel et des médecins dans un réseau surchargé contribue à la diminution du temps d'écoute. On met également en cause une certaine lassitude des intervenants et des pairs aidants des organismes communautaires. Nadine trouve que les travailleurs de rue sont souvent saturés des usagers et ne veulent plus écouter. *« Pis, "Pauvre de moi, pauvre de moi, pauvre de moi !" là. J'sais que beaucoup de travailleurs de rue c'est des anciens toxicomanes pis y ont pas le goût d'entendre les autres se plaindre sur leur sort ».* Nadine évoque le grand besoin des personnes toxicomanes d'être écoutées alors que les interventions ciblent surtout la réduction des risques.

Comme plusieurs, Nadine trouve que la santé publique se préoccupe seulement de donner des seringues pour prévenir les infections telles le VIH et le VHC. Tout en reconnaissant l'importance de la prévention des ITSS, elle soutient que plusieurs personnes souffrantes ne reçoivent pas l'écoute.

*« Mais comme, ces gens-là... C'est comme si y se plaignent sur leur sort, c'est que, je l'sais pas, y en ont peut-être besoin... Ou peut-être juste de sentir une écoute quelque part. Pis, pas juste d'en sentir que comme. Des fois, j'ai l'impression qu'à Montréal, on focus beaucoup sur la santé publique, santé publique. « Donnez des seringues neuves » « Attrapez pas de maladies! » On focus pas sur le bien-être des gens. On s'en fout! C'est comme, pas qu'on s'en fout, mais c'est pas prioritaire. Ce qui est prioritaire c'est qu'on attrape pas l'hépatite C! Pis qu'on n'attrape pas le sida pour pas être une charge pour le système de santé, pis qu'on*

*coûte pas d'argent au gouvernement en traitement, pis en bla, bla, bla! C'est ça la priorité pour la santé publique, c'est pas le bien-être des gens! ».* (Nadine, vingtaine, atteinte du VHC)

## 5- L'INSUFFISANCE DE LA RÉPONSE POUR AIDER LES PERSONNES LES PLUS VULNÉRABLES

**L'insuffisance de la réponse - voire la non-réponse- sociale pour certains problèmes criants**, tout particulièrement en santé mentale et en dépendance pour les personnes très vulnérables et en situation d'itinérance est, selon plusieurs, déplorable. Ces derniers notent que les services actuels à Montréal sont nettement inadéquats pour les personnes UDI, surtout qu'on estime que plusieurs personnes les plus vulnérables sont laissées seules à elles-mêmes.

Bon nombre de participants perçoivent un désintérêt généralisé de la société envers les personnes les plus vulnérables, dont les personnes itinérantes. Plusieurs trouvent inacceptable qu'autant de personnes soient sans médecin de famille et ne comprennent pas l'inaction politique pour les personnes atteintes de troubles mentaux, laissées à elles-mêmes dans la rue dans des conditions évidentes de grande souffrance et de détresse psychologique. Les participants à l'étude observent aussi que ces personnes, sans soutien et accompagnement, ont du mal à consulter dans le réseau de soins. Sylvain, lui-même dans la rue et dormant dans les parcs, exprime beaucoup de compassion pour un homme itinérant visiblement en détresse qu'il côtoie régulièrement. Il ne comprend pas pourquoi il n'y a personne pour lui venir en aide.

*Sylvain : « Je sais pas pourquoi il les... Je sais pas pourquoi il les ramassait. Il ramasse toute sortes d'osties de cochonneries, là, pis à toutes les semaines je le voyais : il avait de plus en plus de stock, ostie, pis il avait de la misère à avancer avec son carrosse. Ça, lui, je comprends pas comment ça se fait qu'il n'y a pas personne qui s'occupe de lui, là. Comment ça qu'il est dans la rue? »*

*L'auteure : « Tu comprends pas pourquoi il n'y a pas de services pour cette personne-là? »*

*Sylvain : « C'est ça. Je comprends pas comment ça se fait qu'il n'y a pas personne qui s'occupe de lui, qu'il n'y a pas un travailleur social qui s'occupe de ce gars-là. Il n'a pas de logement, rien, pis... »*

*L'auteure : « Puis pour d'autres personnes... Comme pour cette personne-là, mais est-ce qu'il y en a d'autres, tu penses qui auraient besoin d'aide? »*

*Sylvain : « Oui, beaucoup d'autres qui auraient... Ben oui. Beaucoup d'autres. »*

Afin d'améliorer leur expérience au sein des services de santé, des pistes de solutions ont été proposées par les participants à l'étude, dont la mise sur pied de services médicaux et infirmiers, avec une approche globale de médecine de famille dans des cliniques sans-rendez-vous très accessibles au centre-ville pour répondre aux besoins immédiats des personnes toxicomanes et itinérantes. Idéalement, plusieurs services y seraient facilement accessibles, entre autres, le traitement par agonistes opioïdes (TAO), la prise en charge du VIH et de l'hépatite C, des dépistages pour divers problèmes de santé (par ex. : ITSS, cancer) et de l'aide psychologique.

*« L'accès aux médecins partout, n'importe où, là. Un accès vraiment, là. [...] t'sais, j'en ai un, médecin, là, mais genre c'est lui, il est fixé sur mon hépatite ou fixé sur ma méthadone. »* (Loïc, vingtaine, atteint du VHC)

Un autre point important pour les participants à l'étude est de valoriser la paire-aidance et le savoir expérientiel des personnes UDI au sein des services de santé et des organismes communautaires. Les personnes UDI rencontrées revendiquent de façon assez importante leurs droits à l'autodétermination dans

une approche « par et pour ». Le travail est une façon de prendre soin de soi dans le sens où il permet d'être autonome et de se prendre en main. Ainsi, les programmes de pairs-aidants comblent, dans une certaine mesure, un vide et répondent à leur besoin de lieux d'échange et d'occupation gratifiante. Dominique est très fier d'avoir été un pionnier de la réduction des méfaits à Montréal et de pouvoir continuer à être utile pour les personnes qui ne fréquentent pas les services.

*« Ben oui, c'est ça : je ne suis plus tout seul, là. Là, je ne me sens plus tout seul, là. J'ai... j'en ai plein, dans la rue. Quand la police m'arrêtait, là : "Que c'est que tu fais avec tes caisses de condoms? Que c'est que tu fais avec... toutes les seringues? " "Moi, je fais du travail de rue. " "Ouais? " [...] Je ramène à peu près 2000 seringues par semaine, dans les centres CLSC. C'est pas juste à moi, là. Moi, je va chercher du monde qui sont comme moi, puis je leur donne des boîtes de seringues. » (Dominique, cinquantaine, guérie de son infection par le VHC)*

Ces personnes souhaitent en général plus de pouvoir décisionnel au sein des divers organismes communautaires, défendre leurs droits multiples dont de réinsertion sociale et avoir davantage accès à des services de santé et des services sociaux. Un message important à retenir est que malgré leurs besoins d'aide, les personnes UDI rencontrées veulent aussi participer activement à la mesure de leurs capacités. Elles veulent avoir des chances à l'emploi et des chances d'avancement en termes de responsabilité et de salaire au sein des organismes communautaires, ces derniers étant parmi les rares lieux qui s'offrent à elles pour tenir des rôles valorisés socialement et pour établir des ponts vers la réinsertion sociale et la reconnaissance sociale.

### Principales solutions envisagées par les participants pour améliorer les services qui leur sont destinés

<b>Améliorer l'accessibilité des services médicaux et de santé</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Accès à un médecin de famille</li> <li>■ Accès à des consultations médicales</li> <li>■ Meilleur accès à des services de réduction des méfaits, notamment aux traitements par agonistes opioïdes ainsi qu'à des services en dépendance (thérapie, désintoxication, répit)</li> </ul>
<b>Offrir des services de santé globaux</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Des services de première ligne où ils peuvent recevoir une attention pour plusieurs problèmes de santé avec une formule de prise en charge médicale globale par une équipe pluridisciplinaire</li> <li>■ Des services de santé davantage adaptés à leurs besoins. Ils privilégient largement une approche médicale globale, des cliniques médicales sans-rendez-vous de proximité, des approches intégrées (dépistage, traitement, prise en charge des comorbidités)</li> <li>■ Des services et soins en santé mentale accessibles à proximité</li> </ul>
<b>Améliorer les pratiques cliniques en optant pour une approche humaniste</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Davantage de compassion (par ex. : pour le soulagement de la douleur)</li> <li>■ Formation du personnel soignant sur l'usage de drogues, la dépendance et la gestion de la douleur</li> <li>■ Accroître l'écoute et l'accompagnement</li> <li>■ Prendre le temps</li> </ul>

### Reconnaître les savoirs expérientiels et le potentiel des personnes qui font usage de drogues

- Promouvoir les activités de pairs aidants
- Reconnaître et valoriser le rôle des pairs aidants en leur donnant davantage de pouvoir décisionnel, de responsabilités et de chances d'avancement
- Faciliter la recherche d'emploi dans les organismes communautaires
- Mettre en place des mécanismes favorisant le retour aux études par la création de passerelles (reconnaisances du savoir expérientiel)
- Favoriser les activités de réinsertion sociale et socioprofessionnelle
- Miser davantage sur l'autonomisation (*empowerment*) par la prise de parole et les programmes « par et pour »

Aussi, on propose que les gens de la société en général prennent le temps de les comprendre, de les connaître, de les écouter et enfin de les considérer comme des citoyens à part entière avec tous les droits et privilèges s'y rattachant. Comme proposition pour vaincre les préjugés, Louise invite les personnes qui ont tendance à juger, à discriminer les toxicomanes ou à se retrancher dans la peur de l'inconnu, à aller vers ces dernières afin de mieux les comprendre.

*« Ben, que... t'as bien beau être une toxicomane, mais il y a beaucoup... on n'est pas intelligent... on est... on est très intelligent, t'sais? On le sait, quoi faire. C'est que souvent, les gens, ils ont la perception que c'est des bons à rien. Puis dans le fond, excuse-moi madame, là, mais ton quotient, il est au même niveau que le mien. C'est que t'as pas passé par le même endroit. T'sais. Puis peut-être que moi, je suis privilégiée d'avoir passé là. Parce que je peux aider. T'sais? Moi, j'aime mieux venir de là que d'être dans une banlieue, ne pas avoir sorti de ma banlieue, pis de juger par les médias, pis quand je sors, une fois de temps en temps, voir ça, là, dans le centre-ville, ben, je me sauve presque en courant. Viens voir! C'est ça, t'sais, j'aimerais ça qu'on retienne. Écoute, faut passer par-dessus les... Laissez les principes au-dessus de... t'sais? »* (Louise, quarantaine, vivant avec le VIH)

## **DISCUSSION**

Bien que le traitement des ITSS, la réduction des méfaits par la distribution de matériel d'injection, l'éducation sur l'injection à moindres risques et l'accès au traitement par agonistes opioïdes soient toutes des mesures essentielles à la lutte au VIH et au VHC, elles ne sont pas suffisantes. Compte tenu des multiples problèmes de santé et problèmes sociaux de plusieurs personnes UDI et de leurs difficultés à accéder aux soins de santé, une offre globale et intégrée comprenant à la fois des services ponctuels et à long terme est à privilégier, selon plusieurs experts (CDC, 2012; Fischer *et al.*, 2005; Islam *et al.*, 2012; Millson *et al.*, 2004; Navarro et Leonard, 2004; Noël *et al.*, 2007).

L'approche interdisciplinaire est reconnue comme un élément clé de la réussite des interventions en santé auprès de personnes qui consomment des drogues, dont des personnes UDI (Edlin *et al.*, 2005; Kresina *et al.*, 2005; Matthews *et al.*, 2005; Noël *et al.*, 2007; Robaey *et al.*, 2006; Sylvestre *et al.*, 2005). Quant aux services de proximité et de types à exigence bas seuil, ils sont parmi les meilleures pratiques reconnues pour permettre aux personnes UDI d'accéder aux soins de santé et de s'engager dans des prises en charge médicales ou psychosociales (Aggleton *et al.*, 2005; Newland et Treloar, 2013; OMS, 2009). Ces services sont d'autant plus souhaités par les personnes qui sont en situation d'itinérance, présentant des troubles mentaux ou très désaffiliées (Crabtree, 2015; Crabtree, 2018; Islam *et al.*, 2013; Morris *et al.*, 2017). Ainsi, le travail qui s'effectue à proximité permet d'entrer en contact avec des personnes qui autrement n'accèderaient pas aux services de santé (Bastien *et al.*, 2002; Fontaine, 2006; Mueser *et al.*, 2001).

Les participants ont fait part de leurs perspectives quant à l'inadéquation de la réponse sociale à leurs problèmes et leurs besoins. De nombreuses attentes ont été exprimées à l'endroit des divers organismes communautaires, particulièrement ceux qui distribuent du matériel d'injection, qui offrent des programmes de réinsertion sociale aux personnes qui font usage de drogues, ainsi que les refuges et les organismes d'aide alimentaire. Les participants ont aussi proposé des changements afin que les programmes communautaires et de santé correspondent mieux à leurs besoins et pour qu'ils favorisent davantage le « prendre soin de soi » et leur santé globale. Ils ont partagé amplement leurs désirs de voir plus de valorisation des activités « par et pour », de pair-aidance, de valorisation de leur savoir expérientiel ainsi que de programmes d'insertion sociale par le travail et le logement.

Aussi, les divers organismes communautaires sont porteurs de beaucoup d'espoir pour une bonne part de personnes UDI rencontrées. Fréquenter ces organismes fait partie de leurs stratégies personnelles pour prendre soin d'elles-mêmes pour des raisons variées. Dans ces lieux, elles peuvent échanger avec d'autres, développer un sentiment d'appartenance en plus de recevoir plusieurs attentions et services favorisant leur bien-être et leur santé globale.

Enfin, ces résultats renforcent la nécessité d'examiner les mécanismes sociaux sous-jacents qui contribuent à maintenir certaines personnes dans une grande précarité sociale. Notamment, il importe de se pencher sur l'imputabilité des institutions et de la collectivité alors que les personnes UDI rencontrées dénoncent faire l'objet de forte moralisation et discrimination sociale.

- Lien pour consulter la thèse doctorale : « *Significations de la santé et du prendre soin de soi pour des personnes qui font usage de drogues par injection et perspectives de ces dernières sur ce qui pourrait être fait pour leur permettre de mieux prendre soin d'elles-mêmes* »  
<https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/15030>
- Lien pour consulter l'article complémentaire : Pensez et percevoir autrement les personnes qui font usage de drogues par injection, dans la revue *Drogues, santé et société* :  
<https://www.erudit.org/fr/revues/dss/2017-v16-n2-dss03259/1041855ar/>
- Lien pour consulter l'article complémentaire : « Le traitement de la dépendance aux opioïdes vu par des personnes qui font activement usage de drogues par injection à Montréal », dans la revue *Psychotropes*, que vous pouvez trouver en copiant ce lien : <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2018-3-page-111.htm>



## RÉFÉRENCES

Aggleton, P., Jenkins, P., Malcolm, A. (2005). HIV/AIDS and injecting drug use: Information, education and communication. *International Journal of Drug Policy*, 16, 21–30.

Bastien, R., Lévy, J., Olazabal, I., Trottier, G., Roy, É. (2002). Analyse descriptive de la prévention des ITSS/VIH dans le travail de proximité: du dispositif de recherche à l'identification de nouveaux axes d'étude. Dans, Godin, G. (Éd) : *Vulnérabilités et prévention VIH-sida : Enjeux contemporains*. Québec : Les presses de l'Université Laval (pp. 73-95).

Centers for disease control and prevention [CDC] (2012). Integrated Prevention Services for HIV Infection, Viral Hepatitis, Sexually Transmitted Diseases, and Tuberculosis for Persons Who Use Drugs Illicitly: Summary Guidance from CDC and the U.S. Department of Health and Human Services, Morbidity and Mortality Weekly Report, Recommendations and Reports 61(5).

Crabtree, A., Latham, N., Bird, L. Buxton, J. (2015). « *It's powerful to gather* »: a community-driven study of drug user's and illicit drinkers' priorities for harm reduction and health promotion in British Columbia, Canada. A Dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for degree of Doctor of Philosophy, The University of British Columbia.

Crabtree, A., Latham, N., Mogan, R., Payly, B., Bungay, V. et al. (2018). Perceived harms and harm reduction strategies among people who drink non-beverage alcohol: Community-based qualitative research in Vancouver. *Canada International Journal of Drug Policy* 59, 85–93.

Edlin, B. R., Kresina, T. F., Raymond, D. B., Carden, M. R., Gourevitch, M. N., Rich, J. D. et al. (2005). Overcoming Barriers to Prevention, Care, and Treatment of Hepatitis C in Illicit Drug Users. *Clinical Infectious Diseases*, 40(S5), S276–S285.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2013). *European Drug Report 2013*. Lisbon, Portugal; <http://www.emcdda.europa.eu/edr2013>.

Fischer, B., Rehm, J., Brissette, S., Brochu, S., Bruneau, J., El-Guebaly, N., Noël, L., et al. (2005). Illicit opioid use in Canada : Comparing social, health, and drug use characteristics of untreated users in five cities (OPICAN study), *Journal of urban health : bulletin of the New York academy of medicine*, 82(2), 250-266.

Fontaine, A. (2006). *L'accompagnement professionnel: une pratique essentielle : Guide de supervision en travail de rue et de proximité*, Médecin du Monde Canada.

Foucault, M. (1973). *The order of things: An archeology of the human sciences*. New York :Vintage Books.

Gjersing, L., Bretteville-Jensen, A. L. (2014). Gender differences in mortality and risk factors in a 13-year cohort study of street-recruited injecting drug users. *BMC Public Health*, 14.440.

Islam M. M., Topp, L., Conigrave, K.M., Day, C.A. (2013). Opioid substitution therapy clients' preferences for targeted versus general primary health care outlets. *International Journal of Drug Policy*, 32(2), 211-214.

Islam, M. M., Topp, L., Day, C. A., Dawson, A., Conigrave, K. M. (2012). The accessibility, acceptability, health impact and cost implications of primary healthcare outlets that target injecting drug users : a narrative synthesis of literature, *International journal of drug policy*, 23(2), 94-102.

- Kresina, T. F., Jag Khalsa, J., Cesari, H., Francis, H. (2005). Hepatitis C Virus Infection and Substance Abuse: Medical Management and Developing Models of Integrated Care-An Introduction. *Clinical Infectious Diseases*, 40, S259–62.
- Leclerc, P., Roy, É., Morissette, C., Alary, M., Parent, R., Blouin, K. (2018). *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection-Épidémiologie du VIH de 1995 à 2016-Épidémiologie du VHC de 2003 à 2016*. Institut national de santé publique du Québec,
- Matthews, G., Kronbeorg, I. J., Dore, G. J. (2005). Treatment for hepatitis c virus infection among current injection drug users in Australia. *Clinical Infectious Diseases*, 40 (suppl. 5), s325-s329.
- Millson, P. E., Challacombe, L., Villeneuve, P. J., Fischer, B., Strike, C. J., Myers, T. *et al.* (2004). Self-perceived health among Canadian opiate users, a comparison to the general population and other chronic disease populations. *Canadian journal of public health*, 95(2), 99-103.
- Morris, L., Smirnov, A., Kvassay, A., Leslie, E., Kavanagh, R., Alexander, N., *et al.* (2017). Initial outcomes of integrated community-based hepatitis C treatment for people who inject drugs: Findings from the Queensland Injectors' Health Network. *International Journal of Drug Policy*, 47, 216-220.
- Mueser, K. T., Douglas, L.N., Drake, R. E., Fox, L. (2001). Troubles mentaux graves et abus de substances: comportements efficaces de programmes de traitements intégrés à l'intention des personnes présentant une comorbidité. *Santé mentale au Québec*, 26(2), 22-46.
- Navarro, C., Leonard L. (2004). Prevalence and factors related to public injecting in Ottawa, Canada: implications for the development of a trial safer injecting facility. *International Journal of Drug Policy*, 15(4), 275–84.
- Newland, J., Treloar, C. (2013). Peer education for people who inject drugs in New South Wales: Advantages, unanticipated benefits and challenges *Drugs: education, prevention and policy*. 20(4): 304–311.
- Noël, L., Laforest, J., Allard, P-R. (2007). *Usage de drogues par injection et interventions visant à réduire la transmission du VIH et du VHC. Revue systématique de la littérature et validation empirique*. Québec : INSPQ.
- Organisation mondiale de la Santé [OMS]. (2009). *OMS, ONUDC, ONUSIDA. Guide Technique destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/SIDA*. Genève : Auteur.
- Rhodes, T., Simi'c, M. (2005). Transition and the HIV risk environment. *British Medical Journal*, 331(7510), 220-223.
- Robaeys, G., Van Vlierberghe, H., Mathei, C., Van Ranst, M., Bruckers, L., Buntinx, F. (2006). Similar compliance and effect of treatment in chronic hepatitis C resulting from intravenous drug use in comparison with other infection causes. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 18(2), 159-166.
- Sylvestre, D. L. (2005). Treating Hepatitis C Virus Infection in Active Substance Users. *Clinical Infectious Diseases*, 40 (Supplement 5), S321–4.