

Évaluation des pratiques de prévention du VIH auprès des usagers-ères de drogues par injection (UDI) à Spectre de rue

Hélène Laperrière, cand. M.Sc. Inf.¹
Paul-André Lévesque, M.A.¹
Isabelle Billette, M.Sc.¹
Michel Perreault, Ph.D.¹
Benoît VanCaloen, Ph.D.²
Carole Morissette, MD et FRCPC³

Rapport final présenté à la Régie régionale de la santé et
des services sociaux de Montréal-Centre
(RRSSS-MC)

Janvier 2004

¹ Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP), Université de Montréal.

² Université de Sherbrooke.

³ Unité des maladies infectieuses, Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (RRSSS-MC).



**INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC
CENTRE DE DOCUMENTATION
MONTREAL**

**Évaluation des pratiques de prévention du
VIH auprès des usagers-ères de drogues
par Injection (UDI) à Spectre de rue**

**Hélène Laperrière, Paul-André Lévesque, Isabelle Billette,
Michel Perreault, Benoit VanCaloen, Carole Morissette**

Janvier 2004

Cette recherche a été financée par :

- **La Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (RRSSS-MC).**

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

1^{er} trimestre 2004

ISBN 2-921235-24-2

REMERCIEMENTS

Nous tenons à adresser nos plus profonds remerciements à toutes les personnes qui ont collaboré à cette recherche exigeante, en particulier aux intervenants-es de Spectre de rue dont la pratique d'intervention était la cible du processus d'évaluation et aux usagers-ères de l'organisme qui nous ont permis l'accès à leur «espace de vie». Remerciements aussi à Isabelle Lafleur pour la réalisation des observations sur le terrain.

Nos remerciements vont également à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (RRSSS-MC) dont le financement a rendu possible la réalisation de cette recherche.

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉGÉ.....	1
INTRODUCTION : l'évaluation du potentiel des pratiques d'intervention de Spectre de rue d'agir sur les conditions de vulnérabilité aux risques d'infection par le VIH des UDI	1
1 CADRE D'ANALYSE ET OBJET D'ÉTUDE : LES CONDITIONS DE VULNÉRABILITÉ AU RISQUE D'INFECTION PAR LE VIH.....	5
2 RECHERCHE ÉVALUATIVE EN MILIEU COMMUNAUTAIRE	17
2.1 Collecte des données.....	18
2.2 Analyse des données	22
3 DESCRIPTION DE SPECTRE DE RUE	25
3.1 Historique, structure, objectifs et philosophie de l'organisme	25
3.2 Philosophie d'intervention.....	32
3.3 Conditions de l'intervention.....	35
4 LES PRATIQUES D'INTERVENTION : DE LA DIMENSION INSTRUMENTALE DE LA PRÉVENTION DU VIH AU SOUTIEN DES DÉMARCHES DE SOCIALISATION ET D'ADAPTATION SOCIALE	43
4.1 La logique d'intervention.....	44
4.1.1 L'établissement d'un lien de confiance	45
4.1.2 Le développement de l'estime de soi.....	47
4.1.3 Une intervention axée sur la socialisation et l'adaptation sociale.....	49
4.1.4 Une approche par objectif au plan individuel	50
4.1.5 Des interventions flexibles adaptées aux situations de vie des usagers-ères et au contexte de la pratique.....	52
4.2 La dimension instrumentale.....	53
4.2.1 L'échange de seringues	54
4.2.2 La distribution de matériel d'injection à risque réduit autres que seringues ..	57
4.2.3 La distribution du matériel de protection pour les relations sexuelles (condoms et sachets de lubrifiant).....	59
4.3 La sensibilisation et l'éducation	60

4.3.1	La promotion de l'injection à risque réduit	61
4.3.2	La promotion du port du condom et la sensibilisation aux risques liés aux activités sexuelles non protégées.....	62
4.4	Le soutien des démarches vers la socialisation et l'adaptation sociale	64
4.4.1	L'usage de drogue, la toxicomanie et la réduction des méfaits.....	66
4.4.2	La santé physique et psychologique.....	72
4.4.3	La défense des droits de la personne.....	76
4.4.4	Les conditions sociales d'existence	78
5	CONCLUSION: LES DÉFIS À RELEVER ET LES PERSPECTIVES FUTURES	85

ABRÉGÉ

Le présent rapport rend compte des résultats d'une recherche évaluative des pratiques d'intervention à Spectre de rue, un organisme communautaire sans but lucratif (OSBL) dont l'objectif principal est de prévenir la propagation des ITS, du VIH/Sida et d'autres infections sanguines auprès des personnes marginalisées du centre-ville de Montréal, en particulier celles vivant des problèmes de toxicomanie, de prostitution, d'itinérance et de santé mentale. L'objectif est d'évaluer le potentiel des pratiques d'intervention d'agir sur la vulnérabilité au risque d'infection par le VIH et les autres infections transmissibles par le sexe et par le sang (ITSS).

Les taux élevés de prévalence et d'incidence au VIH des UDI sont les principaux motifs à l'origine de cette recherche évaluative. En effet, malgré les efforts de prévention accomplis, le taux de prévalence à Montréal était estimé à 21,8% en 1997 et le taux d'incidence annuelle par 100 UDI était de 8,1 (Hankins et *al.*, 2001b). Le taux de prévalence est sensiblement le même (20,5%) chez les UDI qui ont participé à l'étude de suivi de séro-prévalence dans un autre PÉS. En 1997, à CACTUS-Montréal, un PÉS situé au Centre-ville, le taux d'incidence annuelle était de 8,2 par 100 UDI pour la même année (Santé Canada, 2001). Les résultats présentés dans ce rapport sont toujours d'actualité puisque, malgré une diminution, le taux de prévalence à Montréal est encore estimé à 17,9% en 2000 et le taux d'incidence annuelle par 100 UDI est de 6,5 pour la même année (Hankins et *al.*, 2001b). Bien qu'il n'existe pas de statistiques pour les UDI qui fréquentent Spectre de rue, nous pouvons présumer qu'il se rapproche des taux de prévalence et d'incidence annuelle observés à CACTUS-Montréal en 2002, soit des taux de 17,8 et de 7,1 par 100 UDI (Santé Canada, 2001).

Il est important de souligner que la recherche ne vise pas à évaluer l'ensemble des activités de l'organisme, ni à évaluer les compétences de son personnel, mais a comme objectif général d'évaluer le potentiel des pratiques d'intervention d'agir sur la vulnérabilité au risque, en tenant compte des plus récents écrits scientifiques sur la

question. Deux objectifs sont visés, soit 1) décrire les programmes de prévention du VIH à Spectre de rue (structure et philosophie d'intervention), en tenant compte du contexte et des conditions de la pratique et 2) évaluer le potentiel des pratiques de chacun des trois programmes évalués (site fixe, travail de rue et centre de jour) d'agir sur la vulnérabilité au risque d'infection par le VIH.

Cadre d'analyse : les conditions de vulnérabilité au risque d'infection par le VIH

Plusieurs études ont évalué l'impact des PÉS sur les comportements à risque d'infection par le VIH, qu'il s'agisse des comportements d'usage de drogue ou des comportements sexuels. Ces études montrent que l'accessibilité au matériel stérile d'injection et aux condoms, accompagnée d'activités d'information sur les modes de transmission du VIH et de promotion de l'utilisation du matériel de protection, ont pour effet de réduire considérablement les comportements à risque (partage de seringues, relations sexuelles non-protégées, etc.), en plus d'augmenter le niveau de conscience du risque d'infection par le VIH parmi les populations UDI. Toutefois, d'autres études montrent que les principales limites des programmes de prévention du VIH sont liées au fait qu'ils ont surtout ciblé le changement d'attitudes et de comportements individuels, alors que les conditions sociales dans lesquelles les UDI font usage de drogue et ont des relations sexuelles peuvent avoir des effets déterminants sur l'exposition au risque d'infection par le VIH. Dans cette perspective, il est estimé que la prévention ne devrait pas uniquement cibler les attitudes et les comportements individuels, mais également le contexte et les conditions dans lesquels ils ont des comportements à risque.

Ainsi, si l'on tient compte des écrits, évaluer l'efficacité d'un programme de prévention du VIH en fonction de sa potentialité d'avoir une réelle influence sur l'exposition des UDI au risque d'infection par le VIH suppose que l'on tienne compte des conditions (sociales, relationnelles, etc.) dans lesquelles les individus font usage de drogue ou ont des relations sexuelles, et non seulement des attitudes et des

comportements individuels. Le concept de vulnérabilité au VIH, tel que défini par Delor et Hubert (2000), a été utilisé comme cadre d'analyse et comme norme de référence pour évaluer ce potentiel, tout au long de l'analyse des données d'observation.

Ce concept apporte un «nouvel» éclairage sur les enjeux qui font que certains individus ou groupes d'individus sont plus exposés au VIH que d'autres. Plus précisément, il permet de prendre en considération trois grandes dimensions qui caractérisent la vulnérabilité au risque, soit les caractéristiques de la trajectoire sociale, celles des interactions sociales ou des rapports sociaux ainsi que celles du contexte (social, normatif, etc.) dans lequel ont lieu les interactions.

Il existerait donc des espaces de vulnérabilisation où différents processus s'entrecroisent et limitent (ou favorisent) les possibilités de mobilisation de ressources pour se protéger des risques sociaux, notamment celui du VIH. Une situation de grande précarité sociale favoriserait non seulement la vulnérabilité au risque d'infection par le VIH, mais elle influencerait les processus, plus ou moins conscients, de hiérarchisation des risques, dans le sens que les risques apparents pouvant avoir un impact immédiat dans la vie quotidienne (par exemple la possibilité de perdre une relation) auraient préséance sur les autres risques dont l'impact est moins perceptible dans le court terme, mais qui peuvent être aussi dommageables à moyen ou long terme (Delor et Hubert, 2000; Delor, 1997; Douglas, 1994 et Bajos, 1997a et 1997b).

À la lumière de ces connaissances, nous considérons que le programme de prévention du VIH à Spectre de rue a plus de chance d'être efficace s'il cible les «conditions sociales» qui favorisent la vulnérabilité au risque d'infection par le VIH que s'il cible uniquement le changement des attitudes et des comportements individuels.

Recherche évaluative en milieu communautaire

Comme nous l'avons mentionné auparavant, l'objet de la présente étude est l'évaluation du potentiel des pratiques d'intervention d'agir sur la vulnérabilité au risque d'infection par le VIH chez les UDI qui fréquentent le Centre-ville et le Centre-sud de Montréal. Les autres activités de l'organisme (travail de milieu, participation de l'organisme à des comités et des tables de concertation, information/formation, communications et médias), bien qu'elles aient un potentiel d'action sur la vulnérabilité au risque d'infection par le VIH, ne font pas partie de la présente évaluation.

Cette recherche s'est réalisée dans un cadre participatif. Ainsi, elle est le résultat d'un échange entre les chercheurs-es, les intervenants-es et la direction de l'organisme, notamment par le biais d'un comité aviseur formé au tout début de la recherche. Quelques usagers-ères de l'organisme ont aussi participé à la recherche en assistant à quelques réunions de ce comité.

Les données proviennent de quatre sources : de la documentation écrite de l'organisme sur le programme, de propos recueillis lors d'un entretien réalisé avec le directeur de l'organisme, d'observations directes des pratiques d'intervention et finalement de propos recueillis lors d'un atelier de réflexion sur la pratique d'intervention réalisée avec trois PÉS du sud de l'île de Montréal, dont Spectre de rue.

La documentation de l'organisme a fourni des informations sur la structure de la programmation, sur les objectifs des programmes et sur les types d'intervention prévus. D'autres documents ont été collectés tout au long du processus de la recherche. Nous y retrouvons notamment les rapports annuels, la description de l'histoire de l'organisme, les dépliants décrivant le programme, les données de monitoring, etc. Cette source de données a d'abord été utilisée pour la rédaction du protocole de recherche, mais elle a été une source d'information de base à laquelle nous nous sommes référés tout au long

de la recherche. Elle a permis de cerner la réalité historique de l'organisme, son mandat, sa programmation, le profil des usagers-ères, etc.

La deuxième source de données provient d'un entretien réalisé avec le directeur de Spectre de rue au début de la période d'observation. Les propos recueillis permettaient d'obtenir des informations sur les conditions générales des pratiques d'intervention et l'histoire de l'organisme. Les informations suivantes ont été collectées : 1) les caractéristiques de l'organisme, les liens avec les usagers-ères, le développement de l'organisme et de l'intervention et 2) les caractéristiques de la programmation et du personnel de l'organisme.

L'observation directe (non-participante) des pratiques d'intervention a été à l'origine de la troisième source de données. Deux grands aspects ont guidé les observations des pratiques, soit 1) l'objet des interventions et 2) l'interaction entre l'intervenant-e et l'utilisateur-ère (contact, échange, etc.). Les objets sur lesquels ont porté les observations concernent les interventions réalisées dans le cadre de chacun des trois programmes évalués, soit le site fixe, le travail de rue et le centre de jour. Elles ont été analysées à partir de thématiques tirées des objectifs généraux de l'organisme, soit la dimension instrumentale de la prévention du VIH (par exemple l'échange de seringues et la distribution de condoms), la sensibilisation et l'éducation au risque d'infection par le VIH (par exemple la promotion de l'injection à risque réduit) et le soutien à la socialisation et à l'adaptation sociale (par exemple l'intervention sur l'estime de soi et le soutien aux démarches visant l'amélioration des «conditions sociales d'existence» des UDI). Quant à l'interaction intervenant-e et utilisateur-ère, deux grands aspects ont été considérés, soit la manière dont le contact est établi et le contenu de l'échange. Les conditions de l'intervention ont aussi été prises en considération lors des observations car elles semblent avoir une influence considérable sur les pratiques, même si on ne peut déterminer avec exactitude l'ampleur de cette influence.

Les rapports d'observation, rédigés après chacune des séances d'observation directe, contiennent un total de 92h15 d'observation et constituent la source la plus volumineuse de données. Comme l'objectif de la présente étude était d'évaluer les pratiques d'intervention (et non pas à évaluer les intervenants-es), la période d'observation a été jugée suffisante pour identifier les tendances et les principaux champs ou espaces d'intervention investis. Elles ont permis 1) d'identifier les objets des interventions, 2) de décrire les interactions qui s'établissent entre les intervenants-es et les UDI et 3) de cerner l'influence potentielle du contenu des échanges sur la vulnérabilité au risque d'infection par le VIH des UDI en contact avec le programme. De plus, elles ont permis d'identifier un certain nombre d'obstacles ou de contraintes rencontrés dans la pratique.

La quatrième source de données provient d'un atelier de réflexion sur la pratique réalisée au mois de juin 1999 avec trois PÉS du sud de l'île de Montréal, incluant les intervenants-es et la direction de Spectre de rue. L'objectif de cette journée de réflexion était le suivant: identifier les différentes logiques (les pourquoi) qui sous-tendent les pratiques de prévention du VIH à Spectre de rue, en tenant compte des différents objets d'intervention et du contexte dans lequel les pratiques ont lieu. Cette journée a permis d'obtenir le point de vue des intervenants-es sur leurs pratiques ainsi que sur les obstacles ou contraintes qu'ils rencontrent dans leurs interventions. Plus précisément, elle a permis la collecte d'informations sur 1) la philosophie d'intervention et les stratégies développées afin d'y adapter les pratiques d'intervention, 2) la perception des intervenants-es quant aux conditions de la pratique et 3) l'importance accordée au problème de gestion de la consommation de drogue dans le cadre de la pratique.

Les données en provenance de la documentation de l'organisme, celles obtenues lors de la journée de réflexion et l'entretien réalisé avec le directeur ont été analysées comme source d'information, et non pas comme discours. En ce qui a trait à la documentation de l'organisme, elle a été analysée selon les méthodes traditionnelles de lecture et de mises en forme des informations par thème (histoire de l'organisme,

mandat, programmation, profil des usagers-ères, etc.). Quant au propos des intervenants-es recueillis lors de la journée de réflexion sur la pratique, ils ont été enregistrés et transcrits dans leur intégralité. Les données transcrites ont été codifiées à l'aide du logiciel NUDIST et une analyse catégorielle a été réalisée. Quatre grands éléments ressortent des propos des intervenants-es sur la pratique, soit leur perception des enjeux qui caractérisent leur pratique; les possibilités d'application de la philosophie d'intervention, les limites imposées par les conditions de la pratique et l'importance d'agir sur les «conditions de vie» des usagers-ères pour réduire la vulnérabilité au risque.

La description des pratiques d'intervention (objet de l'intervention, contact et échange) a constitué l'unité d'analyse des données d'observation. Celle-ci s'est réalisée selon deux grandes étapes. D'abord, les données d'observation ont été codées selon les objets de l'intervention. Par la suite, l'analyse des descriptions des interactions entre les intervenants-es et les usagers-ères ont permis de faire ressortir les caractéristiques de la pratique d'intervention.

Les résultats de ces analyses ont enfin été mis en relation pour la production du présent rapport. Nous avons, pour chacune des sections du rapport, tenu compte à la fois de la documentation de l'organisme, des propos obtenus de l'entretien avec le directeur, ceux obtenus des intervenants-es sur leur pratique ainsi que des données d'observations directes. Cela a permis, tout au long des analyses, de confronter les informations en provenance de sources différentes.

Description de Spectre de rue et de sa programmation

Spectre de rue fut créé en 1990 par Projet 80, un organisme dont l'objectif principal était de rejoindre les jeunes défavorisés du quartier Centre-sud. En août 1994, il s'est incorporé à titre d'organisme sans but lucratif (OSBL), en réactivant la charte de Porte ouverte aux jeunes adultes, fondée en 1986 dans le but de développer des services aux

ABRÉGÉ

jeunes adultes à faible revenu. La mission initiale de Spectre de rue visait à venir en aide aux populations marginalisées du Centre-sud et du Centre-ville de Montréal. L'emphase a été mise sur le travail de rue pour rejoindre les jeunes dans leur milieu de vie et sur l'établissement d'un centre de jour (drop-in) pour les accueillir.

Par la suite, avec le développement d'un service d'échange de seringues, financé premièrement par des fondations privées puis par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (RRSSS-MC), Spectre de rue se donnait comme objectif de protéger la communauté contre les risques de propagation des infections transmissibles par le sang, tels le VIH/sida, l'hépatite B (VHB) et l'hépatite C (VHC). Ainsi, un site fixe est venu se greffer aux activités du centre de jour. L'échange de seringues se réalise dans deux lieux distincts, soit au site fixe et par le travail de rue. L'organisme tire alors sa raison d'être, en tant que service d'échange de seringues, de sa proximité avec les UDI au centre-ville de Montréal (quartiers Centre-sud et Centre-ville) et par son expérience antérieure de travail de rue. En 1995, l'organisme réoriente sa structure et sa gestion, pour améliorer les services offerts à ses usagers-ères et pour répondre adéquatement à leurs demandes, en ciblant prioritairement les personnes considérées les plus vulnérables socialement à l'infection au VIH/sida (UDI, travailleurs-ses du sexe, jeunes marginalisés, transsexuelles, etc.).

La programmation de Spectre de rue comporte cinq programmes différents interreliés entre eux: le site fixe, le centre de jour, le travail de rue, le travail de milieu et le réseau de récupération de seringues souillées. De plus, si Spectre de rue a pour mandat principal la prévention des infections transmissibles sexuellement (ITS), du VIH/sida et d'autres maladies transmissibles par le sang (VHC et VHB) auprès des personnes itinérantes ou marginalisées, il maintient toujours sa mission initiale de venir en aide aux individus vivant en situation de désaffiliation sociale. Pour ce faire, l'organisme poursuit trois objectifs principaux: 1) l'intervention dans le centre-ville de Montréal pour prévenir et réduire la propagation des ITS, du VIH/sida et autres infections transmissibles par le sang auprès de personnes marginalisées vivant des problèmes de toxicomanie, de prostitution,

d'itinérance et de santé mentale, 2) la sensibilisation et l'éducation de la population et du milieu aux réalités de ces personnes pour favoriser leur cohabitation et 3) le soutien de leur démarche vers la socialisation et l'adaptation sociale. Ces objectifs répondent au mandat de l'organisme dans une perspective plus vaste que la réduction du risque d'infection par la seule mise en disponibilité du matériel de protection, puisqu'ils visent à agir sur divers facteurs de vulnérabilité au risque d'infection (intervention sur les «conditions de vie», etc.). Enfin, cinq programmes d'activités (dont trois sont évalués dans la présente recherche) viennent concrétiser ces objectifs.

Il est enfin important de souligner que, tout au long de ce rapport, nous tenons compte du fait que l'intervention se réalise dans des situations très complexes, en perpétuel changement et qui nécessitent une réflexion continue. De plus, nous tenons compte du fait que plusieurs éléments du contexte dans lequel se réalisent les interventions ont des effets structurants sur la pratique. Parmi les principaux éléments qui structurent la pratique, il y a le niveau de développement de l'organisme (ses ressources financières, sa réflexion, son expertise, etc.), mais il y a aussi des éléments extérieurs à l'organisme avec lesquels les intervenants-es doivent composer, que ce soit l'absence ou le manque de continuité dans l'organisation des services (services sociaux, services de santé, etc.), le manque de ressources «cliniques» adaptées aux individus ayant des problèmes d'usage de drogue ou de toxicomanie, la situation de vie des usagers-ères qui se caractérise souvent par l'accumulation de plusieurs problématiques en même temps (toxicomanie, exclusion sociale, conditions socio-économiques de pauvreté extrême, problématique de santé mentale, etc.), la grande diversité des caractéristiques des usagers-ères (consommateurs occasionnels, réguliers, jeunes, vieux, prostitués-es, travestis, etc.), le roulement du personnel et son intégration dans le milieu (rue, réseau criminalisé, etc.), l'environnement politique dans lequel l'organisme s'intègre et évolue (contestation des commerçants, intolérance, manque d'appui, etc.) et, enfin, la proximité du milieu criminalisé et de la «criminalité». Afin de porter un jugement d'évaluation qui soit le plus objectif possible, nous avons tenu compte, pour l'analyse et l'interprétation

des résultats, de ces contraintes qui, faut-il le souligner, dépassent la responsabilité des intervenants-es.

La logique générale d'intervention : philosophie et conditions de l'intervention

Dans le cadre des trois programmes évalués par cette étude, les observations ont permis de constater que la prévention à Spectre de rue n'est pas conçue uniquement selon une logique comportementaliste axée sur l'injection à risque réduit ou sur le port du condom. Même si les interventions visent le changement au plan individuel, la prévention se réalise selon une logique de soutien social axée sur l'amélioration des «conditions de vie» comme élément de base à la réduction de la vulnérabilité au risque.

Cette logique générale s'actualise dans la complémentarité des différentes dimensions prévues dans le programme de prévention, que ce soit lors des interventions réalisées pour la dimension instrumentale (échange de seringues, distribution de matériel de protection pour les relations sexuelles, etc.), la sensibilisation et l'éducation (promotion de l'injection à risque réduit, promotion du port du condom) ainsi que le soutien des démarches de socialisation et d'adaptation sociale en lien avec l'usage de drogue, la santé, la défense des droits de la personne et les «conditions sociales d'existence».

Plus précisément, les données d'observation et les propos recueillis lors de l'atelier de réflexion sur les pratiques montrent que cette approche de soutien social s'actualise dans la pratique selon cinq grandes dimensions interreliées entre elles, soit 1) l'établissement d'un lien de confiance avec les usagers-ères, 2) le développement de l'estime de soi, 3) l'intervention axée sur la socialisation et l'adaptation sociale, 4) l'approche par objectif au plan individuel et 5) des interventions flexibles adaptées aux situations de vie des usagers-ères et au contexte de la pratique.

L'établissement d'un lien de confiance avec les usagers-ères. L'objectif d'établir ou de maintenir un lien de confiance provient de la préoccupation des intervenants-es de créer les conditions de base pour permettre qu'un dialogue s'engage avec les usagers-ères. Ce lien, une fois établi, permettrait de faire ressortir de manière plus explicite les situations vécues par ceux-ci et l'ouverture d'espaces d'opportunités pour intervenir. L'établissement d'un lien de confiance ou le «faire du relationnel», pour reprendre l'expression des intervenants-es, montre leur détermination d'agir au-delà de l'aspect instrumental de l'échange de seringues. Qu'ils le qualifient de «lien particulier», de «lien significatif» ou de «lien de confiance» - pour reprendre les vocables utilisés par les intervenants-es - ils considèrent tous cet aspect à la base de leurs interventions.

Si ce lien est considéré primordial par les intervenants-es, la manière dont ils l'établissent et utilisent les opportunités diffère selon l'intervenant-e et le lieu d'intervention (site fixe, travail de rue ou centre de jour). «Laisser la porte entr'ouverte à une relation entre eux et l'usager-ère» est également teintée par leur «façon d'être», leur «style», leur «personnalité» et leurs «couleurs»¹. L'intervention est donc étroitement liée à l'identité des intervenants-es. Ce travail est important puisque les UDI, du fait qu'ils font usage de drogues dans un contexte d'illégalité, sont souvent isolés ou exclus des autres services sociaux et de santé. Lorsque la confiance est établie, il devient possible d'intervenir pour favoriser la reconstruction des liens des UDI avec les réseaux sociaux formels et informels.

Le développement de l'estime de soi. La majorité des intervenants-es valorisent des interventions visant «l'augmentation de l'estime de soi» et «la dignité des usagers-ères en tant que personne». Ils croient fermement que les UDI porteront une plus grande attention aux situations à risque s'ils apprennent à s'estimer comme personne. Cette conception des choses semble reposer sur des représentations que le risque d'infection par le VIH serait, en partie du moins, conditionné par le rapport que la personne a à elle-

¹ Tiré des propos des intervenants-es lors de l'atelier de réflexion sur les pratiques.

même. Une personne qui s'estime aurait tendance à y accorder une plus grande importance que celle qui se sous-estime ou sous-estime son potentiel.

Ainsi, on tente de créer des espaces d'intervention favorisant une réflexion de l'usager-ère sur lui-même, en particulier, en relation à une prise de conscience de son potentiel (habiletés, créativité, etc.). Le travail sur l'estime de soi fait partie intégrante de la pratique des intervenants-es et prend des formes multiples selon les contextes, circonstances et objet de l'intervention. L'écoute, la compréhension, la relativisation des situations difficiles vécues, le lien de confiance, l'encouragement, etc. constituent les différentes «techniques» utilisées pour développer chez les usagers-ères un rapport à soi plus positif, voire un plus grand souci de soi et des autres.

L'intervention axée sur la socialisation et l'adaptation sociale. L'objet des interventions à Spectre de rue vise non seulement les comportements à risque par la disponibilité du matériel de protection et les interventions d'éducation et de sensibilisation, mais également les conditions de vulnérabilité des usagers-ères en agissant sur les liens sociaux (socialisation et adaptation sociale). Les observations directes au site fixe, au centre de jour et au travail de rue ont permis de constater que la logique générale d'intervention vise l'intégration sociale des usagers-ères (rétablissement de liens sociaux, accompagnement auprès des services de santé, «empowerment», etc.) et le développement de leur capacité d'adaptation sociale (augmentation de l'estime de soi, activités collectives de réflexion sur l'usage de drogue, activités artistiques, etc.). Dans un souci de soutenir les démarches vers la socialisation et l'adaptation sociale, la majorité des intervenants-es portent un regard positif sur les capacités des usagers-ères à transformer par eux-mêmes leurs situations de vie et, notamment, à s'adapter aux contextes de vulnérabilité au risque d'infection au VIH.

Ceci peut s'expliquer par le fait que la mission première de l'organisme est plus large que la seule prévention du VIH. Nous avons souligné précédemment que Spectre de rue était un organisme qui visait à venir en aide aux populations marginalisées vivant

des problèmes de toxicomanie, de prostitution, d'itinérance et de santé mentale avant d'être un programme de prévention du VIH.

L'approche par objectif au plan individuel. Les pratiques s'inscrivent généralement dans une approche par objectif où les «conditions sociales d'existence» des usagers-ères (trajectoires sociales, interactions, contexte normatif, etc.) sont prises en considération et servent de point d'ancrage aux interventions. Ainsi, les interventions se caractérisent par une volonté d'agir sur les conditions de la vulnérabilité au risque d'infection par le VIH puisqu'elles visent le soutien des personnes vers une meilleure prise de contrôle des différentes dimensions de leur vie, et non pas uniquement sur les attitudes et les comportements. L'aspect central des interventions individuelles est donc de travailler à partir des objectifs de vie des usagers-ères rencontrés, selon les «conditions de vie» (trajectoires sociales, interactions, contexte normatif, etc.), au cas par cas. L'étendue des objectifs est alors variable d'un usager-ère à l'autre. Les interventions sont modulées selon les besoins exprimés par l'usager-ère : l'usage de drogue, la prostitution, les relations amoureuses, la famille, etc.

Des interventions flexibles adaptées aux situations de vie des usagers-ères et au contexte de la pratique. Bien que les programmes du site fixe, de travail de rue et du centre de jour offrent des possibilités d'intervention spécifique, les observations ont permis de constater que les intervenants-es agissent avec souplesse et flexibilité pour répondre à la complexité des situations et les multi-problématiques vécues par les usagers-ères. Ils doivent faire preuve d'inventivité pour répondre aux situations instables des usagers-ères et pour affronter un contexte de travail caractérisé par l'imprévisibilité. Face à cette réalité, ils doivent constamment réfléchir sur la manière dont ils vont agir et ajuster leur «tir» dans le cours de l'action. Les intervenants-es construisent leur savoir d'action à partir d'une confrontation entre le savoir théorique acquis de leur formation sur l'intervention psychosociale et la réalité concrète d'un milieu de travail hautement complexe.

Cependant, malgré la bonne volonté de l'organisme et des intervenants-es, les contextes immédiats dans lesquels s'insèrent les interventions viennent restreindre les possibilités d'agir. L'instabilité des ressources financières de l'organisme, la mobilité des usagers-ères, le caractère imprévisible de l'achalandage, le cloisonnement et le manque de ressources adaptées aux UDI, les multiples problématiques rencontrées par les UDI et leur proximité avec le milieu criminalisé influencent le développement des pratiques d'intervention en lien avec la prévention du VIH.

Ainsi, les intervenants-es doivent faire face à plusieurs obstacles, dont le manque de ressources cliniques adaptées aux multiproblématiques des usagers-ères, le manque de d'intégration des ressources pour assurer la continuité des interventions (lien entre ressources communautaires et services publics) ainsi que le cloisonnement des services (lien entre les services des différents secteurs). L'absence de protocole de collaboration fait en sorte que les contacts avec les ressources existantes sont laissés à l'initiative individuelle des intervenants-es, ce qui n'est pas pour leur faciliter la tâche dans la réalisation de leur travail de référence.

Les pratiques de prévention du VIH à Spectre de rue

Les résultats obtenus de l'observation de la pratique sont présentés selon trois grands ensembles correspondant à chacun des objectifs de la programmation ayant été l'objet de la présente recherche évaluative:

Le premier ensemble d'observations concerne l'objectif de la **dimension instrumentale de la prévention du VIH**. Elles s'attardent aux modalités relatives à l'échange de seringue (distribution du matériel de protection et la récupération des seringues), la distribution de matériel d'injection à risque réduit autre que les seringues et la distribution du matériel de protection pour les relations sexuelles (condoms et sachets de lubrifiant).

L'échange de seringues (distribution et récupération) est caractérisée par une pratique variable fondée sur l'évaluation par les intervenants-es des besoins rencontrés par les UDI ou par les distributeurs dans le milieu. Le taux de récupération totale de 92% est élevé. Toutefois, on peut présumer qu'une partie des seringues non récupérées lors de l'échange ou de la récupération se retrouvent à la traîne. De plus, on peut se poser la question à savoir si les seringues récupérées par le programme proviennent de Spectre de rue ou d'ailleurs. Il y a lieu de s'interroger sur les motifs ou les facteurs qui font que certains UDI ne rapportent pas leurs seringues et s'il ne serait pas nécessaire de mettre en place un système visant à avoir une meilleure connaissance de l'origine et de la circulation des seringues dans l'espace.

En ce qui concerne la *distribution du matériel d'injection à risque réduit autres que seringues*, les tampons d'alcool et les bouteilles pour le transport de l'eau ne sont pas toujours offerts systématiquement avec la distribution des seringues et il arrive également que les UDI les refusent malgré qu'ils soient offerts. L'ambivalence face à une distribution pro-active pourrait s'expliquer par la crainte énoncée par certains intervenants-es de briser le lien de confiance. L'incitation quant à la pertinence d'utiliser ce matériel lors des injections a rarement été observé, tant au site fixe qu'au travail de rue. L'utilisation de ce matériel devrait être encouragée, même s'il existe des réticences de la part des UDI. Il serait donc important de connaître les motifs de la réticence d'utiliser les tampons d'alcool et les bouteilles d'eau afin de développer des stratégies de promotion plus efficaces pour favoriser son utilisation auprès des UDI.

Pour ce qui est de la *distribution du matériel de protection pour les relations sexuelles* (condoms et sachets de lubrifiant), les observations permettent de constater que la distribution des condoms se fait généralement selon une logique de besoins perçus par les intervenants-es et semble correspondre au nombre de condoms nécessaires aux besoins spécifiques des usagers-ères (ex. travesti, travailleur-es du sexe, etc.). Les stratégies de distribution de ce matériel relève de l'autonomie des

intervenants-es quant à la quantité donnée, la forme de distribution ainsi que les endroits stratégiques de distribution. Ce type de pratique nous est apparu conformes aux objectifs visés par le programme et à l'atteinte de ceux-ci.

Le deuxième ensemble d'observations se rapporte à l'objectif de la **Sensibilisation et l'éducation**. Il porte sur l'injection à risque réduit, le port du condom, l'information sur la transmission du VIH et des ITS. Il s'appuie sur l'idée que la seule transmission de connaissances techniques est insuffisante pour réduire la vulnérabilité aux risques.

Les interventions de *promotion de l'injection à risque réduit* portent généralement sur la transmission des renseignements concernant les techniques d'injection. Si les conditions le permettent, des interventions sont réalisées afin de sensibiliser les UDI quant à l'influence des conditions qui favorisent le risque, de manière à susciter une réflexion sur les situations qui les prédisposent à prendre des risques, qu'il s'agisse des lieux, du mode d'usage de drogue ainsi que de l'usage de drogue en groupe.

Les interventions d'éducation et de sensibilisation se réalisent parfois après coup, au moment où les UDI sont disposés à recevoir de l'information. Cette approche a le mérite de prendre en considération les multiples facteurs (situation de vie, contexte et conditions de l'injection, etc.) qui interviennent sur la prise de risque et d'intervenir selon une logique qui favorise le maintien des liens de confiance. Néanmoins, il y aurait lieu de s'interroger sur les stratégies à développer pour promouvoir la réduction de ces situations à risque, notamment par le développement de programmes de prévention plus larges, orientés vers les conditions de vulnérabilité (ex. atelier de réflexions destinées aux UDI, soirées d'information et de sensibilisation). Il est important de souligner que des activités orientées dans cette perspective font actuellement partie de la programmation de Spectre de rue.

Quant aux interventions de promotion du port du condom et de sensibilisation aux risques liés aux activités sexuelles non protégées, elles portent généralement sur la transmission d'information et sur les moyens de se protéger. Toutefois, les observations ont permis de constater que des interventions visent le développement de stratégies individuelles de gestion du risque d'infection par le VIH et par les ITS. Dans cette perspective, il nous semble important de soutenir le développement d'interventions qui dépassent la seule transmission d'informations techniques et la réponse à des situations problématiques en lien avec les «conditions de vie» pour favoriser une plus grande autonomie (négociation du port du condom, évitement de situations à risque, etc.) des usagers-ères vis-à-vis de la gestion des risques d'infection par le VIH ou par les ITS. De plus, les observations font ressortir le manque de connaissance ou la confusion des UDI suite à la vaccination réalisée à l'intérieur des piqueries. Certains UDI se croient protégés suite à la vaccination et ne voient plus la nécessité d'utiliser le condom comme matériel de protection. Il y a lieu de s'interroger sur les motifs de cette confusion et sur l'importance de véhiculer des messages de prévention adaptés aux usagers-ères visés et au contexte dans lequel ils sont véhiculés (piqueries).

Le troisième ensemble d'observations porte sur l'objectif du **Soutien des démarches visant la socialisation et l'adaptation sociale**. Il concerne les interventions de soutien des démarches vers la socialisation et l'adaptation, incluant l'accompagnement et la référence. Ces interventions touchent les dimensions suivantes: 1) l'usage de drogue, la toxicomanie et la réduction des méfaits, 2) la santé physique et psychologique, 3) la défense des droits de la personne et 4) les «conditions sociales d'existence».

En ce qui a trait à l'usage de drogue, la toxicomanie et la réduction des méfaits, trois grands aspects ressortent comme importants.

Un premier aspect est que les observations ont permis de constater que le manque de ressources «cliniques» en lien avec la toxicomanie et adaptées à la problématique UDI constitue une contrainte à la référence et à l'accompagnement. Par

conséquent, ce manque de ressources constitue une limite aux interventions sur l'usage de drogue dans les milieux de vie des UDI. De plus, de par leur proximité et les liens de confiance qu'ils développent avec eux, les intervenants-es de Spectre de rue sont interpellés à soutenir les démarches visant la réduction des méfaits. Cependant leur rôle d'intermédiaire entre le milieu et les ressources cliniques demeurent peu reconnu par le réseau de la santé. Ainsi, il apparaît important que des actions soient entreprises par l'organisme et les autorités de la santé et des services sociaux pour favoriser le développement de ressources «cliniques» de référence adaptées à la diversité des situations d'usage de drogue et la réduction des obstacles rencontrés lors des interventions de référence et d'accompagnement, en particulier, le manque de continuité entre le travail de proximité et les ressources cliniques.

Un deuxième aspect réfère au fait que plusieurs UDI sont confrontés, suite à une démarche de désintoxication ou de stabilisation de l'usage de drogue, aux difficultés de se recréer un réseau d'insertion sociale autre que celui dans lequel ils consommaient, voire aux difficultés de sortir des réseaux marginalisés. Ceci suggère que l'on tienne compte des conditions (sociales, relationnelles, etc.) susceptibles de favoriser la sortie des réseaux marginalisés, si on veut avoir un impact sur le changement à long terme.

De même, au site fixe comme au travail de rue, on a observé que les intervenants-es ancrent leur intervention dans la trajectoire des individus et dans une approche par objectif visant le soutien aux démarches d'utilisation des ressources cliniques. Il apparaît important que ces interventions se poursuivent car elles sont susceptibles de «donner sens» à l'utilisation des ressources et aux bienfaits de celles-ci sur l'amélioration des «conditions de vie» des usagers-ères. Cependant, il apparaît que suite à l'utilisation des ressources cliniques, des usagers-ères se retrouvent dans les mêmes conditions sociales qu'auparavant, de telle sorte que les dangers de «rechutes» ou de retour en arrière sont importants. Il semble que l'organisme et les autorités de la santé et des services sociaux devraient élargir leur champ d'action aux ressources sociales susceptibles d'offrir une alternative au plan de la réinsertion sociale, qu'il

s'agisse de logement à bas seuil d'exigence, de travail à bas seuil d'exigence, d'éducation à bas seuil d'exigence, etc.

Un troisième aspect se rapporte à la complexité de la problématique et des possibilités d'intervenir dans des situations complexes. Des alternatives ont été développées par les intervenants-es, comme par exemple, les dîners-causerie portant sur différentes dimensions de la problématique. Ces activités semblent favoriser le déclenchement d'une réflexion « collective » sur plusieurs enjeux liés à la vulnérabilité aux risques d'infection par le VIH et l'usage de drogue. Ces initiatives devraient être reconnues et mieux soutenues par l'organisme et les autorités de santé et des services sociaux car elles favorisent des interventions en amont, ayant une portée plus large (réseaux sociaux, etc.) que sur le seul comportement individuel.

Pour ce qui a trait à la *santé physique et psychologique*, tout comme pour les interventions en lien avec l'usage de drogue et la toxicomanie, une faible continuité dans l'organisation des services constitue une contrainte à la référence et au soutien des démarches vers les services de santé. Compte tenu de l'ampleur et de la complexité des problèmes vécus des populations vivant des situations de précarité sociale et de stigmatisation, les intervenants-es se retrouvent continuellement devant le dilemme de répondre à un besoin urgent alors qu'il n'y a pas de services adaptés à des populations aux prises avec plusieurs problématiques (pauvreté, itinérance, etc.), en particulier, celles qui ont à la fois des problèmes de toxicomanie et de santé mentale.

De plus, l'établissement d'un lien de confiance entre les intervenants-es et les usagers-ères offre un potentiel pour établir une continuité des services de santé avec ces populations marginalisées et stigmatisées qui sont souvent réticents à contacter ces ressources. Cela met en perspective l'importance d'établir ou de rétablir les liens entre ces populations et les milieux cliniques. Les observations ont permis de constater l'importance de la collaboration d'une infirmière de proximité dans le cadre du travail de rue. Il ressort que plusieurs UDI se sentaient en confiance pour dévoiler spontanément

leurs inquiétudes concernant leur état de santé et faire appel aux services accessibles de l'infirmière de proximité. Ces initiatives devraient être reconnues et mieux soutenues par les autorités de santé et des services sociaux car elles favorisent des interventions ayant une portée dans le milieu de vie d'une population souvent réticente à consulter les services de santé. Il est donc évident qu'un travail devrait être réalisé par l'organisme et les autorités de la santé et des services sociaux dans le but d'assurer une meilleure adéquation ou continuité entre les interventions réalisées à Spectre de rue et les services de première ligne, en vue de réduire les barrières à la référence. Il semble aussi que ce travail devrait favoriser un certain décloisonnement dans l'organisation des services, de manière à répondre aux besoins des usagers-ères qui cumulent plusieurs problèmes de santé.

Les interventions en lien avec les *droits de la personne* sont généralement réalisées de manière ponctuelle, au cas par cas, selon les problèmes rencontrés par les usagers-ères dans une perspective de soutien des démarches d'obtention d'information. Il apparaît ainsi que cette dimension de la programmation devrait être mieux soutenue par l'organisme et les autorités de la santé et des services sociaux, car des interventions d'aide à la défense des droits de la personne peuvent favoriser l'ouverture d'univers de possibilités pour améliorer les situations de vie qui rendent vulnérables ces populations aux différents risques sociaux, notamment à l'égard du VIH. Il est également important de réfléchir aux possibilités d'élargir l'action à la défense des droits sociaux, qu'ils s'agissent de revendications de logement à bas seuil, de travail à bas seuil, d'éducation à bas seuil, etc.

Enfin, pour ce qui a trait à la dimension «*conditions sociales d'existence*», les observations ont permis de constater que la majorité des usagers-ères de Spectre de rue vivent dans des conditions socio-économiques de pauvreté extrême ainsi que dans une situation de désaffiliation sociale. De plus, elles ont permis de constater que le manque de ressources de «soutien social» adaptées à une population ayant des problèmes d'usage de drogue ou de toxicomanie pose un problème important au plan de la

continuité possible des interventions et réduit les possibilités d'agir sur les «conditions sociales d'existence» susceptibles de la rendre vulnérable aux risques sociaux, notamment le risque du VIH. À cet égard, le manque de ressources sociales adaptées aux populations ayant des dépendances aux drogues ou à l'alcool posent un important défi pour la référence.

Il apparaît donc important qu'un travail soit réalisé par l'organisme et les autorités de la santé et des services sociaux dans le but d'assurer une meilleure adéquation entre les interventions réalisées à Spectre de rue et les ressources de «soutien social» de manière à réduire les barrières à la référence et, par conséquent, celles reliées à la réalisation du travail de soutien aux démarches de socialisation et d'adaptation sociale. Il semble aussi que ce travail devrait avoir comme but de favoriser le renforcement des liens entre les ressources des différents secteurs (intersectorialité) pour favoriser des interventions de référence et d'accompagnement prenant en considération la globalité des personnes, soit les différentes «conditions sociales d'existence» où ils sont susceptibles d'être vulnérables (logement, travail, etc.).

Conclusion

Les résultats montrent que les programmes sont nécessaires à la réduction de l'exposition au risque d'infection par le VIH auprès des UDI qui fréquentent le centre-ville et le centre-sud de Montréal, ne serait-ce que par la mise à la disponibilité du matériel d'injection, par l'information qui est véhiculée à l'égard du risque dans des réseaux d'UDI peu rejoints par les institutions publiques. Les observations ont permis de constater non seulement l'existence de «besoins» multiples, mais que la proximité de l'organisme favorise la demande d'aide qui ne pourrait s'exprimer autrement, en particulier parce qu'il est reconnu que les individus en situation de précarité sociale (au plan des «conditions de vie», légal, etc.) ont moins tendance à consulter les ressources institutionnelles officielles.

Dans le cadre des trois programmes évalués par cette étude, les observations ont permis de constater que la prévention à Spectre de rue n'est pas conçue uniquement selon une logique comportementaliste axée sur l'injection à risque réduit ou sur le port du condom. Même si les interventions visent le changement au plan individuel, la prévention se réalise selon une logique de soutien social axée sur l'amélioration des «conditions de vie» comme élément de base à la réduction de la vulnérabilité au risque. Cette logique générale s'actualise dans la complémentarité des différentes dimensions prévues dans le programme de prévention, que ce soit lors des interventions réalisées pour la dimension instrumentale (échange de seringues, distribution de matériel de protection pour les relations sexuelles, etc.), la sensibilisation et l'éducation (promotion de l'injection à risque réduit, promotion du port du condom) ainsi que le soutien des démarches de socialisation et d'adaptation sociale en lien avec l'usage de drogue, la santé, la défense des droits de la personne et les «conditions sociales d'existence».

Cependant, malgré la bonne volonté de l'organisme et des intervenants-es, les contextes immédiats dans lesquels se réalisent les interventions viennent restreindre les possibilités d'agir. L'instabilité des ressources financières de l'organisme, la mobilité des usagers-ères, le caractère imprévisible de l'achalandage, la sectorisation des ressources, le manque de ressources adaptées aux UDI, les multiples problématiques rencontrées par les UDI et leur proximité avec le milieu criminalisé influencent le développement des pratiques d'intervention en lien avec la prévention du VIH. Ainsi, les intervenants-es doivent faire face à plusieurs obstacles, dont le manque de ressources cliniques adaptées aux multiproblématiques des usagers-ères, le manque d'intégration des ressources pour assurer la continuité des interventions et le cloisonnement des services (lien entre les services des différents secteurs). L'absence de protocole de collaboration fait en sorte que les contacts avec les ressources existantes sont laissés à l'initiative individuelle des intervenants-es, ce qui n'est pas pour leur faciliter la tâche dans la réalisation de leur travail d'intervention.

Dans cette perspective générale, trois grands ensembles de recommandations sont formulés, correspondants à chacun des objectifs de la programmation de Spectre de rue ayant fait l'objet de la présente recherche évaluative.

Un premier ensemble de recommandations se rapporte à la *dimension instrumentale de la prévention du VIH*. Elles portent sur différentes modalités relatives à l'échange de seringue. Le deuxième ensemble de recommandations concerne la *dimension sensibilisation et éducation*. Elles s'appuient sur l'idée que la seule transmission de connaissances techniques est insuffisante pour réduire la vulnérabilité aux risques et qu'il faut par conséquent poursuivre le développement des activités d'éducation et de sensibilisation. Enfin, un troisième ensemble de recommandations relève de la *dimension soutien des démarches de socialisation et d'adaptation sociale*. Elles portent pour l'essentiel sur les problèmes liés au manque de services de santé intégrés et au cloisonnement des ressources, en particulier, entre le secteur de la santé et les services sociaux et les autres secteurs (logement, travail, etc.). Le détail de ces recommandations est présentée dans la conclusion de ce rapport de recherche (cf. conclusion).

INTRODUCTION : l'évaluation du potentiel des pratiques d'intervention de Spectre de rue d'agir sur les conditions de vulnérabilité aux risques d'infection par le VIH des UDI

Le présent rapport rend compte des résultats d'une recherche évaluative des pratiques d'intervention à Spectre de rue, un organisme communautaire sans but lucratif (OSBL) dont l'objectif principal est d'intervenir dans le centre-ville de Montréal pour prévenir et réduire la propagation des ITS, du VIH/Sida, d'autres infections sanguines auprès des personnes marginalisées âgées entre 15 et 40 ans, vivant des problèmes de toxicomanie, de prostitution, d'itinérance et de santé mentale². L'objet est l'évaluation du potentiel des pratiques d'intervention d'agir sur la vulnérabilité au risque d'infection par le VIH chez les UDI qui fréquentent le Centre-ville et le Centre-sud de Montréal. Les autres activités de l'organisme (travail de milieu, participation de l'organisme à des comités et des tables de concertation, information/formation, communications et médias), bien qu'elles aient un potentiel d'action sur la vulnérabilité au risque d'infection par le VIH, ne font pas partie de la présente évaluation.

Dans cette perspective, il est important d'entrée de jeu, de mentionner que la recherche ne vise pas à évaluer l'ensemble des activités de l'organisme, ni à évaluer les compétences de son personnel, mais a comme objectif général d'évaluer le potentiel des pratiques d'intervention d'agir sur la vulnérabilité au risque, en tenant compte des plus récents écrits scientifiques sur la question. Deux objectifs spécifiques sont visés, soit 1) décrire les programmes de prévention du VIH à Spectre de rue (structure et philosophie d'intervention), en tenant compte du contexte et des conditions de la pratique et 2) décrire les pratiques pour chacun des trois programmes évalués (site fixe, travail de rue et centre de jour) et identifier les enjeux de prévention qui les caractérisent.

Le concept de vulnérabilité au VIH, tel que défini par Delor et Hubert (2000), a été utilisé comme cadre d'analyse et comme norme de référence pour évaluer ce potentiel, tout au long de l'analyse des données d'observation. Il permet d'apporter un éclairage sur

² Cet objectif est formulé dans le document dactylographié «*Spectre de rue en un clin d'œil*».

INTRODUCTION

les enjeux qui font que certains individus ou groupes d'individus sont plus exposés au VIH que d'autres et de rompre avec les approches comportementales centrées sur la prise de risque des comportements et l'explication des comportements à risque à partir des caractéristiques individuelles. Plus précisément, ce concept permet de prendre en considération trois grandes dimensions qui caractérisent les «conditions de vie» des individus, susceptibles de limiter ou de favoriser la vulnérabilité au risque, soit les caractéristiques de leur trajectoire sociale, celles des interactions sociales ou des rapports sociaux ainsi que celles du contexte (social, normatif, etc.) dans lequel ont lieu les interactions.

Ce concept a donc été utilisé comme norme de référence pour l'évaluation du potentiel des pratiques d'intervention à réduire l'exposition au VIH. Les résultats montrent que le programme est nécessaire à la réduction de l'exposition au risque d'infection par le VIH auprès des UDI qui fréquentent le Centre-ville et le Centre-sud de Montréal, ne serait-ce que par la mise à la disponibilité du matériel d'injection, par l'information qui est véhiculée à l'égard du risque dans des réseaux d'individus peu rejoints par les institutions publiques, etc. Toutefois, le potentiel des pratiques d'interventions à agir sur la vulnérabilité au risque d'infection par le VIH pourrait être augmenté et ce, à l'intérieur même du contexte organisationnel qui prévalait à l'organisme au moment des observations.

Le rapport est divisé en quatre grands chapitres. Le premier met en perspective la problématique et le cadre général d'analyse. Le deuxième décrit la démarche de recherche réalisée pour la collecte et l'analyse des données. Au chapitre 3, le programme (structure, activités, philosophie, conditions d'intervention, etc.) est décrit, de même que les conditions susceptibles d'influencer la pratique (contextes d'intervention). La logique générale qui caractérise la pratique à Spectre de rue ainsi que les pratiques se rapportant aux trois programmes à partir des thématiques provenant des objectifs généraux sont présentés au chapitre 4. Enfin, le rapport conclut sur une synthèse des résultats obtenus et la formulation des défis à relever pour l'organisme.

Depuis la période d'observation (1998-1999), Spectre de rue a considérablement consolidé les trois programmes évalués par le présent rapport (site fixe, travail de rue et centre de jour). Il a ajouté plusieurs projets à sa programmation³. Des ressources supplémentaires sont déployées pour favoriser l'intégration de Spectre de rue au sein de sa communauté et travailler à développer une meilleure cohabitation entre les citoyens (individuels, corporatifs, commerçants, etc.) du Centre-ville et du Centre-sud et les UDI. Ainsi, il va de soi que les pratiques se sont transformées depuis les observations. Néanmoins, nous espérons que ce rapport servira à interroger les pratiques actuelles en tenant compte des changements qui ont eu lieu depuis et qu'il pourra être utile à la poursuite du développement de la programmation et de la pratique. À cet égard, il constitue, nous l'espérons, un outil utile à la poursuite du développement de la programmation de Spectre de rue. Les retombées envisagées du rapport sont la poursuite de l'orientation de l'organisation de la programmation de prévention du VIH de Spectre de rue en fonction d'une des populations les plus exposées au risque d'infection et de transmission du VIH au Québec et au Canada, soit les UDI.

Il est enfin important de souligner que, tout au long de ce rapport, nous tenons compte du fait que l'intervention se réalise dans des situations très complexes, en perpétuel changement et qui nécessitent une réflexion continue. De plus, nous tenons compte du fait que plusieurs éléments du contexte dans lequel se réalisent les interventions ont des effets structurants sur la pratique. Parmi les principaux éléments qui structurent la pratique, il y a le niveau de développement de l'organisme (ses ressources financières, sa réflexion, son expertise, etc.), mais il y a aussi des éléments extérieurs à l'organisme avec lesquels les intervenants-es doivent composer, que ce soit l'absence ou le manque de continuité dans l'organisation des services (services sociaux, services de santé, etc.), le manque de ressources «cliniques» adaptées aux individus ayant des problèmes d'usage de drogues ou de toxicomanie, la situation de vie des usagers-ères

³ Dans le Rapport annuel 2001-2002, on mentionne notamment les projets suivants : T.A.P.A.J. (Travail Alternatif Payé à la Journée) ; Regroupement UDI, Ateliers de prévention des drogues dans les écoles ; Spectrozoïde ; Sang C et Groupe Sur-Vie.

INTRODUCTION

qui se caractérise souvent par l'accumulation de plusieurs problématiques en même temps (toxicomanie, exclusion sociale, conditions socio-économiques de pauvreté extrême, problématique de santé mentale, etc.), la grande diversité des caractéristiques des usagers-ères (consommateurs occasionnels, réguliers, jeunes, vieux, prostitués-es, travestis, etc.), le roulement du personnel et son intégration dans le milieu (rue, réseau criminalisé, etc.) et l'environnement politique dans lequel l'organisme s'intègre et évolue (contestation des commerçants, intolérance, manque d'appui, etc.). Afin de porter un jugement d'évaluation qui soit le plus objectif possible, nous avons tenu compte pour l'analyse et l'interprétation des résultats d'observation de ces contraintes liées à la pratique qui dépassent la responsabilité des intervenants-es. Une section du chapitre 3 est par ailleurs consacrée aux conditions de l'intervention.

1 CADRE D'ANALYSE ET OBJET D'ÉTUDE : LES CONDITIONS DE VULNÉRABILITÉ AU RISQUE D'INFECTION PAR LE VIH

Les taux élevés de prévalence et d'incidence au VIH des UDI sont à l'origine des motifs qui ont suscité cette recherche évaluative. En effet, malgré les efforts de prévention accomplis, le taux de prévalence à Montréal était estimé à 21,8% en 1997 et le taux d'incidence annuelle par 100 UDI était de 8,1 (Hankins et *al.*, 2001b). Le taux de prévalence est sensiblement le même (20,5%) chez les UDI qui ont participé à l'étude de suivi de séro-prévalence dans un autre PÉS. En 1997, à CACTUS-Montréal, situé au Centre-ville, le taux d'incidence annuelle était de 8,2 par 100 UDI pour la même année (Santé Canada, 2001). Dans ces conditions, l'objet de la recherche a été défini pour identifier le potentiel de la programmation de Spectre de rue d'agir sur l'exposition au risque d'infection par le VIH, et non pas dans le but de décrire ou de comprendre le détail des caractéristiques des suivis individualisés. Cet objet d'étude demeure toujours pertinent aujourd'hui puisque, malgré une diminution, le taux de prévalence à Montréal est encore estimé à 17,9% en 2000 et le taux d'incidence annuelle par 100 UDI est de 6,5 pour la même année (Hankins et *al.*, 2001b). Bien qu'il n'existe pas de statistiques épidémiologiques en regard des UDI qui fréquentent Spectre de rue, nous pouvons croire qu'il se rapproche du taux de prévalence de CACTUS-Montréal, qui était de 17,8 en 2000 et dont le taux d'incidence annuelle par 100 UDI pour l'année 2000 était un peu plus élevé que la moyenne à Montréal, soit 7,1 (Santé Canada, 2001).

Aucune donnée officielle ne nous permet de dresser un profil détaillé des caractéristiques sociales de l'ensemble des usagers-ères qui fréquentent Spectre de rue. Toutefois, parmi ceux qui ont fréquenté CACTUS-Montréal au cours de l'année 1999, 183 UDI ont participé à l'étude SurvUDI (Hankins et *al.*, 2001a). Les données en provenance de cet échantillon «spontané» (non-aléatoire) des usagers-ères qui fréquentaient ce PÉS situé au centre-ville, ainsi que celles des observations réalisées dans le cadre de la présente étude à Spectre de rue nous permettent de croire qu'une forte proportion d'UDI vivent dans une situation de grande précarité sociale. Cette précarité se caractérise par deux grandes dimensions, soit 1) une désaffiliation des réseaux formels d'insertion

CADRE D'ANALYSE ET OBJET D'ÉTUDE

sociale (marché du travail, cheminement scolaire ou professionnel) et des réseaux informels (famille; amis, etc.) et 2) par des conditions socio-économiques précaires.

L'échantillon de l'étude SurvUDI (Hankins et *al.*, 2001a) est composé de 37 femmes (20,2%), de 145 hommes (79,2%) et d'une personne transsexuelle (0,6%). Les femmes sont un peu plus jeunes que les hommes, leur âge médian étant de 21 ans (la moyenne est de 23,8 et l'étendue de 15 à 40 ans) alors que celui des hommes est de 29 ans (la moyenne est de 29,6 et l'étendue de 15 à 52 ans). De plus, une forte majorité des participants-es (83,5%; n=152) vivaient ou habitaient l'île de Montréal. Chez ceux qui disaient vivre en dehors de l'île de Montréal (16,5%, n=30), 73% (n=22) rapportaient la région de Laval ou celle de la Montérégie comme lieu principal de vie ou d'habitation. Ainsi, une très forte majorité des participants-es de l'étude vivaient en 1999 dans la région métropolitaine de Montréal. Seulement 4,4% (n=8) étaient de passage dans la région.

Au plan de la désaffiliation, parmi ceux qui vivaient sur l'île de Montréal, 31,7% étaient sans domicile fixe au moment de l'entretien. De plus, 43,7% (n=66) ont indiqué que les principaux lieux où ils ont logés le plus souvent dans les six derniers mois ont été les suivants: la rue (21,3%), les hôtels (6,6%), la prison (4,9%), les refuges pour personnes itinérantes (3,8%), les piqueries, squats ou piaulés (2,7%), les résidences thérapeutiques (2,2%) et les maisons d'hébergement ou les centres d'accueil (2,1%). Quant aux autres (n=86), ils habitaient dans leur propre logement (maison ou appartement) (31,1%), avec leurs parents (19,1%) ou chez des amis (6,0%). Bref, une forte proportion des participants-es de l'étude étaient dans une situation de très grande précarité en ce qui a trait à la stabilité du logement ou du lieu de résidence, que ce soit au moment de l'entretien ou dans les six derniers mois.

Au plan socio-économique, leurs sources de revenu indiquent qu'ils vivent dans une situation de précarité. En effet, lorsqu'on leur demandait quelle était leur principale source de revenu dans les six derniers mois, seulement 15,3% des participants-es à

l'étude rapportaient des revenus d'emploi régulier (n=15) ou d'emploi à temps partiel (n=13), 27,9% (n=51) disaient avoir eu des prestations d'assurance emploi ou de la sécurité du revenu, 6,6% (n=12) indiquaient que leurs parents constituaient leur principale source de revenu et 1,6% (n=3) rapportaient un revenu de pension. Un total de 45,9% des participants-es rapportaient une source de revenu instable ou illicite: mendicité (17,5%, n= 32), squeegee (12,6%, n=23), vente de drogue ou vol (12,0%, n=22) et «travail du sexe» (3,8%, n=7). Les autres participants indiquaient le travail artistique (n=1, 0,6%), le «travail à gage» (n=1, 0,6%) et «autres sources» sans les préciser (n=3, 1,6%). Enfin, le «travail du sexe» a été, dans les six derniers mois précédant l'entretien, une source de revenu pour 40,5% des femmes de l'étude (n=15) alors que c'est le cas de seulement 7,6% des hommes (n=11), les femmes semblant ainsi avoir plus souvent recours à ce type d'activités pour assurer leur survie que les hommes.

Au plan de la scolarité, 65% des UDI (n=119) de l'échantillon n'ont pas terminé le secondaire V et presque la moitié (n=56) n'ont pas terminé le secondaire III. 37 (20,2%) ont terminé leur secondaire V et 27 (14,8%) ont un niveau d'études plus élevé que le secondaire V. Ces données montrent que pour plusieurs (65%), la rupture à l'égard du système d'éducation s'est réalisée assez tôt dans leur itinéraire scolaire. Il est aussi frappant de constater que 63,4% des UDI (n=116) qui ont participé à l'étude ont été en prison au moins une fois dans leur vie. De plus, lorsqu'on leur demande s'il y a quelqu'un dans leur entourage immédiat ou dans leur famille sur lequel ils peuvent se confier ou demander de l'aide au besoin, 31,7% (n=58) indiquaient qu'il n'y avait personne.

Bref, ces données de l'étude *SurvUDI* (Hankins et al., 2001a) permettent de croire que les «conditions de vie» d'une forte proportion des UDI se caractérisent par une même grande fragilité du lien social (travail, famille, etc.), par l'absence de ressources sociales de soutien et par la «survie» au plan socio-économique. Les observations permettent de présumer un profil similaire pour les usagers-ères de Spectre de rue, qui proviennent également de populations très marginalisées, mais avec une proportion distinctive de travestis/transsexuelles et de prostitués-es de rue très défavorisés.

CADRE D'ANALYSE ET OBJET D'ÉTUDE

Dans cette perspective, nous considérons que les interventions de prévention réalisées à l'organisme ne peuvent se concevoir autrement qu'en tenant compte de cette réalité sociale, d'autant plus qu'il y a un consensus dans les écrits à l'effet que la précarité sociale sont des «facteurs» déterminants de la vulnérabilité aux risques sociaux et de santé, dont le VIH.

Plusieurs études ont évalué l'impact des PÉS sur les comportements à risque d'infection par le VIH, qu'il s'agisse des comportements liés à l'usage de drogues ou aux comportements sexuels. Ces études montrent que l'accessibilité au matériel stérile d'injection et aux condoms, accompagnée d'activités d'information sur les modes de transmission du VIH ont pour effet de réduire considérablement les comportements à risque (partage de seringues, relations sexuelles non-protégées, etc.), en plus d'augmenter le niveau de conscience du risque d'infection par le VIH parmi les populations UDI (Des Jarlais et *al.*, 1995; Stimson, 1995; Frisher et *al.*, 1996; Schoenbaum et *al.*, 1996; Guydish et *al.*, 1995; van Ameijden et *al.* 1994; Frisher et *al.*, 1993). L'étude de suivi comportemental réalisée à CACTUS-Montréal fournit des résultats semblables (Hankins et *al.*, 1996-1997). Cependant, malgré une diminution des taux de comportements à risque depuis le début des programmes, ceux-ci demeurent très élevés. Les pratiques d'intervention semblent donc rencontrer des limites quant aux possibilités d'influencer les comportements à risque d'infection par le VIH, en particulier, auprès des UDI qui vivent en situation de grande précarité sociale.

D'autres études montrent que la prévention doit dépasser le fait de tenter d'influencer le seul changement de comportement individuel à l'égard du VIH comme le visent la majorité des activités d'éducation (information, sensibilisation, etc.) et de distribution de matériel de protection (seringues, condoms, etc.). Par exemple, Klee et Morris (1995) ont tenté de cerner le rôle des PÉS sur le changement de comportements à risque d'infection et de transmission du VIH dans trois études réalisées dans 36 localités du Nord-Ouest de l'Angleterre. Ils ont conclu que les dynamiques sociales dans lesquelles les UDI font usage de drogues et ont des relations sexuelles sont parmi les

principaux facteurs qui influencent la prise de risque. Dans la même perspective, Watters (1989) souligne l'importance de l'influence du contexte social sur la prise de risque. Il identifie divers éléments qui influencent le rapport des UDI au risque d'infection par le VIH, soit le degré d'insertion/désinsertion sociale, le niveau d'éducation, la culture, le statut socio-économique, l'appartenance de classe, l'accès aux services de santé et à l'information. Ces éléments ne sont pas en soi des facteurs déterminants ou permettant de prédire la prise de risque, mais bien des éléments qui influencent la gestion du risque, de manière plus ou moins positive. Ainsi, Watters (1989) considère que le moyen d'augmenter l'efficacité de la prévention du VIH est de tenir compte du contexte dans lequel les UDI font usage de drogues, qu'il s'agisse de l'histoire, de l'environnement, des valeurs du milieu, des pratiques spécifiques du milieu, etc. De plus, Hankins (1998) considère que les programmes d'échange de seringues au Canada sont nécessaires, mais insuffisants, et qu'il faut développer des services de traitement des toxicomanies adaptés aux UDI, notamment par la mise en place de programmes de méthadone⁴.

Stimson et al. (1994) estiment, dans le même ordre d'idée, que les principales limites des programmes de prévention du VIH au Royaume-Uni sont liées au fait qu'ils ont surtout ciblé le changement d'attitudes et de comportements individuels, alors que les réseaux sociaux à travers lesquels les UDI font usage de drogues et ont des relations sexuelles peuvent avoir des effets sur l'exposition au risque d'infection par le VIH. Dans cette perspective, ces auteurs estiment que la prévention ne devrait pas uniquement cibler les attitudes et le comportement, mais également les réseaux sociaux dans lesquels les individus sont insérés, notamment pour avoir une influence sur le changement des normes sociales de référence et des pratiques qui prévalent quant à l'usage de drogues et à la prévention du risque d'infection par le VIH.

Enfin, Bajos (1998b, 1997a, 1997b et 1995) qui s'attarde au risque de transmission du VIH par voie sexuelle va dans le même sens lorsqu'elle distingue

⁴ Depuis les observations, Relais-méthadone offre un traitement de substitution aux utilisateurs d'héroïne.

CADRE D'ANALYSE ET OBJET D'ÉTUDE

l'approche individuelle de l'approche constructiviste. Elle conclut que la prévention devrait agir sur la complexité des stratégies de protection du risque, en tenant compte des aspects relationnel, contextuel et de la trajectoire sociale. Cette conclusion tient compte du fait que l'utilisation ou non du condom ne relève pas uniquement d'un choix rationnel, mais que les stratégies pour se protéger du risque sont multiples (selon le type de relation avec le partenaire, les caractéristiques de celui-ci, etc.). Ainsi, la sensibilisation au risque (le fait d'être conscient de son existence et de sa présence) est insuffisante pour expliquer le comportement, les individus agissent en fonction d'un certain nombre de contraintes déterminées par les processus de socialisation et la structure des relations (rapports de pouvoir, attrait, etc.).

Ainsi, si l'on tient compte des écrits, évaluer l'efficacité d'un programme de prévention du VIH en fonction de sa potentialité à avoir une réelle influence sur l'exposition des UDI au risque d'infection par le VIH suppose que l'on tienne compte des conditions (sociales, relationnelles, économiques, etc.) dans lesquelles les individus consomment ou ont des relations sexuelles, et non seulement des attitudes, des comportements individuels et des choix «rationnels». Pour ce faire, nous nous sommes référés au concept de vulnérabilité tel que défini par Delor et Hubert (2000). Ce concept permet non seulement de rompre avec une approche centrée sur le comportement et sur l'idée que celui-ci relève de choix rationnels individuels, mais il offre la possibilité d'identifier les enjeux qui font que certains individus ou groupes d'individus sont plus exposés au VIH que d'autres. Par conséquent, il offre une norme de référence intéressante pour évaluer les potentialités des pratiques d'interventions à Spectre de rue d'agir sur la vulnérabilité au risque d'infection par le VIH chez les UDI.

Pour Delor et Hubert (2000), l'exposition au risque d'infection par le VIH suppose l'existence combinée de deux grands éléments, soit un contexte à risque ou à haut risque (épidémie, réseau à risque, etc.) et une propension à avoir des pratiques sexuelles et d'usage de drogues à risque. De plus, la propension à avoir des pratiques à risque n'est pas considérée en relation aux caractéristiques individuelles, mais plutôt comme le

résultat de l'interaction entre des partenaires, elle-même considérée comme un espace de rencontre de deux ou plusieurs trajectoires sociales dans un contexte social et normatif donné. En d'autres termes, ces auteurs définissent la vulnérabilité dans une perspective qui tient compte des enjeux qui se nouent à l'intérieur de systèmes d'interaction, et non seulement sur des en soi (caractéristiques individuelles). De plus, comme d'autres auteurs le soulignent également, l'interaction n'est pas considérée comme existante en elle-même, mais comme le lieu où se matérialisent des pratiques sociales (sexuelles, d'usage de drogues, etc.) influencées à la fois par la trajectoire sociale d'au moins deux individus (héritage social, culturel, représentation du VIH, inscription dans des réseaux sociaux, etc.) et par le contexte social et normatif dans lequel elle a lieu, c'est-à-dire dans une société ou dans des réseaux sociaux porteurs de normes et d'enjeux au plan relationnel (Delor et Hubert, 2000; Delor, 1997; Bajos, 1998b et 1997a).

Le concept de vulnérabilité implique la prise en considération de trois niveaux d'intelligibilité, soit celui de la trajectoire sociale (héritage, rupture des liens sociaux, etc.), celui de l'interaction où deux ou plusieurs trajectoires sociales se rencontrent dans la relation (sexuelle, d'usage de drogues, etc.) et celui du contexte social et normatif (influence des lois encadrant l'usage de drogue, des normes sociales dominantes dans la société, etc.) (Delor et Hubert, 2000). Dans cette perspective, la manière de gérer le risque du VIH ne sera pas la même d'une période de vie à une autre, selon le statut dans la relation et le contexte social et normatif dans lequel les individus ont des relations sexuelles ou font usage de drogues. Par exemple, les UDI qui vivent une situation de désaffiliation sociale (rupture de liens sociaux significatifs) sont plus susceptibles de «partir sur la go» que ceux dont les réseaux sont stables et bien structurés et, par conséquent, de minimiser, voire de ne pas prendre en considération l'existence du risque d'infection par le VIH. De même, les nouveaux arrivés dans les réseaux d'usage de drogues par injection peuvent être les derniers à pouvoir s'injecter, selon les rituels du groupe, alors que les dealers ou les individus ayant plus «d'ancienneté» peuvent être les premiers, de telle sorte que la probabilité d'être infecté par le partage du matériel

d'injection peut varier selon le statut social ou la position dans le groupe (différences entre dealer et consommateur, ancienneté dans le groupe, fonction ou rôle attribué dans le groupe, etc.). L'exposition au risque d'infection par le VIH est aussi susceptible d'être influencée par les contextes (influence de la criminalisation, des réseaux illicites, etc.) dans lesquels les UDI s'injectent, la criminalisation et la stigmatisation des consommateurs de drogue pouvant affecter le choix du moment, des lieux et des circonstances de l'injection dans une perspective défavorable pour se protéger du risque d'infection.

La compréhension des éléments qui influencent l'exposition au risque d'infection par le VIH exige que l'on prenne en considération deux grands angles d'analyse. En effet, chacun des éléments constitutifs ou influençant l'interaction sociale peut être décrit de manière «objective» où les objets et les événements du monde sont admis par tous; ou de manière subjective, c'est-à-dire comme une signification spécifique à un individu en particulier. La signification partagée par tous («objective») renvoie généralement aux normes sociales existantes dans une société ou un réseau social quelconque à une période donnée alors que la signification subjective réfère au sens particulier que donne un individu à un objet ou à un événement et qui relève généralement de son univers socio-symbolique, construit tout au long de son histoire et qui constitue en quelque sorte son capital culturel et/ou symbolique (Bastard et al., 1997). Bellot (2000) parle à cet effet en terme de «trajectoire subjective» et de «trajectoire objective». Par exemple, le fait que l'utilisation de seringues stériles puisse protéger les individus du VIH et des hépatites est quelque chose d'admis par tous. Toutefois, certains individus peuvent considérer l'utilisation de leur propre seringue comme une barrière, attestant du manque de confiance en l'autre ou de «respect» des normes du groupe et, par conséquent, celle-ci peut être vécue comme une possibilité de rejet du groupe, qu'elle soit réelle ou non.

Dans cette perspective, c'est en tant que lieu ou espace d'inscription sociale (construction de l'identité sociale) que l'interaction doit être considérée comme un «facteur» d'exposition au risque d'infection par le VIH. La confrontation à un «hôte»

(comme le risque du VIH, des hépatites, des ITS, etc., mais aussi le risque de se retrouver seul ou abandonné, etc.) implique que les individus sont confrontés à établir, plus ou moins consciemment, des priorités, entre par exemple une saine gestion du risque et les possibilités de se voir exclure du groupe ou du réseau d'appartenance. Ainsi, Delor et Hubert (2000) considèrent que les situations de vulnérabilité au risque d'infection par le VIH sont souvent celles où les individus sont confrontés à gérer plusieurs risques en même temps, le risque du VIH, celui d'être exclus, de perdre la confiance d'amis, de perdre son identité sociale (reconnaissance, appartenance, etc.), etc. Il faut donc penser à la vulnérabilité au risque d'infection par le VIH comme étant un processus où se manifestent des tensions ou des déséquilibres dans un système complexe du rapport à soi, aux autres et au monde et par lequel les individus visent à maintenir, accroître ou à protéger l'espace de vie dans lequel ils sont socialement reconnus.

Il existerait donc des espaces de vulnérabilisation où différents processus s'entrecroisent et limitent (ou favorisent) les possibilités de mobilisation de ressources pour se protéger des risques sociaux, notamment celui du VIH. Une situation de grande précarité sociale favoriserait non seulement une situation de vulnérabilité au risque d'infection par le VIH, mais elle influencerait les processus, plus ou moins conscients, de hiérarchisation des risques, dans le sens que les risques apparents pouvant avoir un impact immédiat dans la vie quotidienne (par exemple la possibilité de perdre une relation) auraient préséance sur les autres risques dont l'impact est moins perceptible dans le court terme, mais qui peuvent être aussi dommageables à moyen ou long terme, notamment lorsqu'il s'agit de risque pour la santé (Delor et Hubert, 2000; Delor, 1997; Douglas, 1994 et Bajos, 1997a et 1997b).

Par exemple, dans le cas des UDI dont le mode de vie est fortement structuré par l'usage de drogues ou lorsque l'usage de drogues occupe une place prioritaire dans l'organisation de leurs activités quotidiennes (ce qui est susceptible d'être le cas de plusieurs usagers-ères de Spectre de rue), il est compréhensible que le risque d'infection par le VIH ne soit pas une préoccupation ou une priorité dans la vie, du moins dans les

CADRE D'ANALYSE ET OBJET D'ÉTUDE

périodes les plus difficiles. Le désir de s'injecter peut en effet devenir prioritaire par rapport au fait de se protéger du risque, le besoin d'argent pour survivre peut l'emporter sur celui d'utiliser un condom lors des relations de prostitution, les possibilités d'établir ou de maintenir un lien de complicité en partageant sa seringue peuvent être considérées plus importantes que le risque de perdre un lien significatif lorsque le réseau social est limité, etc.

Ce concept de vulnérabilité nous amène donc à considérer un modèle qui stipule que les connaissances sur le VIH et la disponibilité du matériel d'injection sont insuffisantes pour expliquer les différences dans l'exposition au risque d'un individu à l'autre, puisqu'il faut également considérer la dynamique relationnelle dans laquelle s'insèrent les individus (donc entre des partenaires de consommation et sexuel), la trajectoire sociale (histoire) et le contexte social et normatif dans lesquels ils entrent en relation. Ainsi, l'évaluation de la potentialité du programme de prévention du VIH d'agir sur la vulnérabilité des individus au risque d'infection par le VIH doit tenir compte non seulement des interventions qui s'attardent à la distribution du matériel de protection (échange de seringues, autres matériels d'injection, condoms et lubrifiants) et à l'éducation concernant le risque d'infection par le VIH (puisque cela constitue des conditions nécessaires, mais non pas des facteurs déterminants de la réduction de l'exposition au risque (et des comportements à risque)), mais également des enjeux qui, au-delà de la disponibilité du matériel et de l'éducation, rendent les UDI particulièrement vulnérables au risque d'infection par le VIH.

À la lumière de ces connaissances, nous considérons que la programmation visant la prévention du VIH à Spectre de rue a plus de chance d'être efficace si elle cible les «conditions sociales» (dont la précarité) qui favorisent les situations de vulnérabilité au risque d'infection par le VIH. Concrètement, cela signifie que l'intervention devrait s'attarder aux réalités sociales des UDI de manière à dégager et à promouvoir des alternatives attrayantes et faisables aux situations de vulnérabilité au risque, qu'il s'agisse d'améliorer les «conditions de vie» (rétablissement de liens sociaux favorisant la sortie de

la marge, de la précarité sociale, des conditions socio-économiques d'extrême pauvreté, etc.), de promouvoir des modes d'usage de drogues moins néfastes pour la santé, d'influencer les UDI quant aux lieux et/ou circonstances dans lesquels ils s'injectent (par exemple, dans les piqueries), de promouvoir et soutenir les UDI dans l'utilisation de services sociaux et de santé, etc. De plus, il est aussi important que les interventions se réalisent dans un cadre où l'évaluation de la situation de vulnérabilité au risque d'infection par le VIH fasse partie intégrante de la pratique, car il est reconnu que, étant marginalisés et stigmatisés, ceux-ci ont souvent tendance à ne pas exprimer explicitement de demandes alors qu'ils vivent des problèmes importants, notamment au plan de la santé (Morrisson, 1997).

Dans cette perspective, l'objet du présent rapport est d'évaluer le potentiel des pratiques d'intervention d'agir sur la vulnérabilité au risque d'infection par le VIH chez les UDI qui fréquentent le Centre-ville et le Centre-sud de Montréal. Dans un premier temps, le rapport décrit la programmation de Spectre de rue, incluant les objectifs de prévention au VIH et les conditions dans lesquelles elle s'inscrit qui sont susceptibles de venir complexifier la pratique et y faire obstacle. Pour ce faire, les circonstances dans lesquelles l'organisme s'est historiquement développé ont été documentées ainsi que les enjeux à l'origine de sa création. Cela a permis de mieux cerner sa réalité historique, de dégager les facteurs qui ont influencé sa forme actuelle et d'identifier les contraintes liées à sa programmation (organisation de l'intervention, formation des intervenants-es, protocoles d'intervention, etc.). De plus, cela a permis d'avoir une meilleure compréhension de l'articulation des différentes composantes des trois programmes évalués (site fixe, travail de rue et centre de jour) et des liens entre les niveaux de l'intervention. Enfin, nous avons tenté de voir si la structure de ces programmes (les objectifs d'intervention, la philosophie d'intervention, etc.) guidait les pratiques d'intervention dans une perspective d'avoir un effet sur la vulnérabilité au risque d'infection par le VIH. (cf. chapitre 3)

CADRE D'ANALYSE ET OBJET D'ÉTUDE

Dans un deuxième temps, le rapport évalue le potentiel des pratiques d'interventions de chacun des trois programmes d'agir sur les conditions de vulnérabilité au risque d'infection par le VIH des usagers-ères de l'organisme et, en particulier, ceux qui vivent en situation de précarité sociale. Ainsi, à partir de données collectées par observation directe et dans le cadre d'un atelier de réflexion sur la pratique avec les intervenants-es, la logique générale qui caractérise la pratique est présentée et les pratiques se rapportant aux objectifs spécifiques des interventions de Spectre de rue (dimension instrumentale de la prévention du VIH, éducation et conscientisation, soutien des démarches vers la socialisation et l'adaptation sociale) sont décrites et interrogées en relation aux enjeux qui font que certains individus ou groupes d'individus sont plus vulnérables au risque d'infection par le VIH, tel que décrits ci-dessus (cf. chapitre 4).

2 RECHERCHE ÉVALUATIVE EN MILIEU COMMUNAUTAIRE

Comme nous l'avons mentionné auparavant, l'objet de la présente étude est l'évaluation du potentiel des pratiques d'intervention d'agir sur la vulnérabilité au risque d'infection par le VIH chez les UDI qui fréquentent le Centre-ville et le Centre-sud de Montréal. Les autres activités de l'organisme (travail de milieu, participation de l'organisme à des comités et des tables de concertation, information/formation, communications et médias), bien qu'elles aient un potentiel d'action sur la vulnérabilité au risque d'infection par le VIH, ne font pas partie de la présente évaluation.

Dans ce rapport, l'intervention est considérée, en regard du mandat et des pratiques existantes à Spectre de rue, comme un espace parmi d'autres où des actions peuvent être menées pour réduire la vulnérabilité au risque d'infection par le VIH. De plus, les pratiques d'intervention sont analysées dans une perspective de recherche sociale, dans le but d'identifier leur influence potentielle sur la vulnérabilité au risque d'infection par le VIH, et non pas dans une perspective clinique, c'est-à-dire d'études cliniques centrées sur le suivi individuel. Une étude de «cas de suivis individuels» aurait permis d'obtenir le détail des caractéristiques de la pratique de chacun des intervenants-es pour des suivis très spécifiques, mais elle aurait eu le grand désavantage de ne pas permettre d'obtenir une vision d'ensemble de la pratique à l'organisme et, par conséquent, d'offrir la possibilité de porter un jugement d'évaluation sur le potentiel du programme d'agir sur les enjeux de l'exposition au risque.

Dans ces conditions, cette recherche ne visait pas à évaluer les pratiques de chacun des intervenants-es pris individuellement, mais plutôt à dégager les enjeux qui caractérisent les pratiques d'intervention à l'organisme, indépendamment de la spécificité de la pratique de chacun des intervenants-es. Les observations ont permis de dégager des tendances qui caractérisent la pratique et de situer celles-ci par rapport aux enjeux reliés à la prévention du VIH auprès des UDI.

Il faut aussi souligner que cette recherche s'est réalisée dans un cadre participatif. Ainsi, elle est le résultat d'un échange entre les chercheurs-es, les intervenants-es et la direction de l'organisme, notamment par le biais d'un comité aviseur formé au tout début de la recherche. Quelques usagers-ères de l'organisme ont aussi participé à la recherche en assistant à plusieurs réunions de ce comité. Ce comité se réunissait une fois par mois au début de la recherche (période de formulation du protocole et de préparation du terrain de recherche) et environ une fois à tous les deux mois lors de la période d'observation. Ses activités ont cessé durant la période d'analyse et des réunions ont eu lieu pour la lecture/re-lecture du rapport final de recherche.

2.1 Collecte des données

Les données proviennent de quatre sources: de la documentation écrite de l'organisme sur le programme, de propos recueillis lors d'un entretien réalisé avec le directeur de l'organisme, d'observations directes des pratiques d'intervention et finalement de propos recueillis lors d'une journée d'ateliers de réflexion sur la pratique d'intervention réalisée avec trois PÉS du sud de l'île de Montréal, notamment avec les intervenants-és et la direction de Spectre de rue.

La documentation de l'organisme a fourni des informations sur la structure de la programmation, sur ses objectifs et sur les types d'intervention prévus. D'autres documents ont été collectés tout au long du processus de la recherche. Nous y retrouvons notamment les rapports annuels, la description de l'histoire de l'organisme, les dépliants décrivant le programme, les données de monitorage, etc. Cette source de données a d'abord été utilisée pour la rédaction du protocole de recherche, mais elle a été une source d'information de base à laquelle nous nous sommes référés tout au long de la recherche. Elle a permis de cerner la réalité historique de l'organisme, son mandat, sa programmation, le profil des usagers-ères, etc.

La deuxième source de données provient d'un entretien réalisé avec le directeur de Spectre de rue au début de la période d'observation, soit en novembre 1998. Les propos recueillis permettaient de collecter des informations sur les conditions générales des pratiques d'intervention et à l'histoire de l'organisme. Pour cette fin, un guide d'entrevue pour la prise de contact avait été élaboré. Les informations suivantes ont été collectées: 1) les caractéristiques de l'organisme, les liens avec les usagers-ères, le développement de l'organisme et de l'intervention et 2) les caractéristiques de la programmation et du personnel de l'organisme.

L'observation directe (non-participante) des pratiques d'intervention a été à l'origine de la troisième source de données. La principale caractéristique de cette méthode de collecte d'information est de capter les événements et les pratiques au moment où ils se produisent, en essayant de ne pas les influencer, l'observateur jouant le rôle de témoin en évitant le plus possible de modifier le déroulement ordinaire des pratiques et des interactions (Quivy et van Campenhoudt, 1988; Lessard-Hébert et *al.*, 1990; Peretz, 1998). De plus, cette méthode permet de dégager les formes concrètes du travail d'intervention (les modalités effectives) et non pas uniquement celles qui étaient prévues (les modalités formelles) ainsi que les formes réelles des interactions entre tous les individus impliqués, et non pas uniquement celles rapportées. Cette méthode se distingue notamment des entretiens et de l'analyse documentaire en ce qu'elle permet de produire un savoir sur l'action observée, plutôt que sur les témoignages rapportés par les acteurs (comme le font par exemple les entretiens individuels) ou sur la formalisation de ces actions dans des documents écrits. Ainsi, cette méthode ne fait pas que colliger un discours et des opinions, mais elle permet de faire une description des faits et des actions (Peretz, 1998) dans leur contexte (relation d'échange, etc.).

Deux grands aspects ont guidé les observations des pratiques, soit 1) l'objet des interventions et 2) l'interaction entre l'intervenant-e et l'utilisateur-ère (contact, échange, etc.). Les objets sur lesquels ont porté les observations concernent les interventions réalisées dans le cadre de chacun des trois programmes évalués, soit le site fixe, le

travail de rue et le centre de jour. Elles ont été analysées à partir de thématiques tirées des objectifs généraux de l'organisme, soit la dimension instrumentale de la prévention du VIH (par exemple l'échange de seringues et la distribution de condoms), la sensibilisation et l'éducation au risque d'infection par le VIH (par exemple la promotion de l'injection à risque réduit) et le soutien à la socialisation et à l'adaptation sociale (par exemple l'intervention sur l'estime de soi et le soutien aux démarches visant l'amélioration des «conditions sociales d'existence» des UDI). Quant à l'interaction intervenant-e et usager-ère, deux grands aspects ont été considérés, soit la manière dont le contact est établi et le contenu de l'échange.

Les conditions de l'intervention ont aussi été prises en considération lors des observations car elles semblent avoir une influence considérable sur les pratiques, même si on ne peut déterminer avec exactitude l'ampleur de cette influence. On verra par exemple qu'il est difficile, voire impossible, de faire autre chose que de la distribution de matériel de protection et de l'échange de seringues dans des milieux comme les piqueries et certains bars, car ces milieux sont contrôlés par les acteurs du milieu criminel, avec tous les enjeux que cela suppose. Ainsi, une section du chapitre 3 est consacrée aux principaux obstacles rencontrés dans la pratique que nous avons pu observer. De plus, ces obstacles ont été pris en considération au moment de l'analyse des données d'observation et lors de leur interprétation.

Les résultats présentés dans ce rapport de recherche proviennent des observations réalisées au comptoir du site fixe, lors de l'échange et de la distribution du matériel, au centre de jour (lorsque les UDI y restaient un moment) et aux différents lieux où se sont réalisées les observations du travail de rue (rue, parc, piqueries, etc.). Certaines des interventions personnalisées des travailleurs-es de rue ont pu être observées. Dans ces conditions, les résultats présentés peuvent être considérés comme une bonne indication des pratiques existantes à Spectre de rue au moment des observations.

Les observations ont donc d'abord débuté au site fixe et au centre de jour avant de se réaliser auprès du programme de travail de rue. Les rapports d'observation, rédigés après chacune des séances d'observation directe, proviennent d'un total de 92h15 d'observation. Ces heures se divisent comme ceci: 53h30 au site fixe et au centre de jour, 32h00 pour le travail de rue et 6h45 de réunion d'équipe. Les observations ont eu lieu sur une période de neuf mois répartie en deux temps. Le premier temps a débuté à la fin décembre 1998 et s'est poursuivi jusqu'en avril 1999, en raison d'une journée par semaine. Il n'y avait pas d'observation une semaine par mois, pour permettre l'analyse préliminaire des données colligées. Les mois de mai et juin ont été consacrés au début des analyses et à préparer une journée d'ateliers réalisée avec l'ensemble des intervenants-es de l'organisme (nous y revenons ci-dessous). Cet arrêt a permis notamment d'évaluer l'ampleur du matériel collecté et de prendre conscience de la pertinence d'observer les réunions d'équipe. Le deuxième temps d'observation a débuté en juillet 1999 et s'est poursuivi jusqu'en septembre 1999. Aussi, les UDI qui fréquentent les PÉS sont souvent en lien avec les milieux criminalisés dont les activités peuvent moduler les conditions des pratiques d'interventions, principalement dans le cadre du travail de rue. Il a permis d'effectuer des observations de réunions d'équipe, de valider les informations déjà colligées au site fixe et au centre de jour lors d'une semaine intensive d'observation et de compléter les observations dans le cadre du travail de rue. Comme l'objectif de la présente étude visait à évaluer les pratiques d'intervention (et non pas à évaluer les compétences des intervenants-es), la période d'observation a été jugée suffisante pour identifier les tendances et les principaux champs ou espaces d'intervention investis. Soulignons enfin que cette source de données est la plus volumineuse.

Ainsi, les observations directes des pratiques d'intervention ont permis 1) d'identifier les objets des interventions, 2) de décrire les interactions qui s'établissent entre les intervenants-es et les UDI et 3) de cerner l'influence potentielle du contenu des échanges sur la vulnérabilité au risque d'infection par le VIH des UDI en contact avec le programme. De plus, elles ont permis d'identifier un certain nombre d'obstacles ou de

contraintes rencontrés dans la pratique. Une section du chapitre 3 présente les résultats des analyses quant au contexte d'intervention et le chapitre 4 présente ceux concernant, d'une part, la logique générale qui caractérise la pratique d'intervention et, d'autre part, les pratiques d'intervention relatives à chacun des trois programmes évalués et leur analyse à partir des thématiques liées aux objectifs généraux de Spectre de rue (dimension instrumentale du VIH, sensibilisation et éducation, soutien des démarches vers la socialisation et l'adaptation sociale).

La quatrième source de données provient d'une journée d'ateliers de réflexion sur la pratique réalisée au mois de juin 1999 avec trois PÉS du sud de l'île de Montréal, incluant les intervenants-es et la direction de Spectre de rue. L'objectif de cette journée de réflexion était le suivant: identifier les différentes logiques (les pourquoi) qui sous-tendent les pratiques de prévention du VIH à Spectre de rue, en tenant compte des différents objets de l'intervention et du contexte dans lequel les pratiques ont lieu. Cette journée a permis d'obtenir le point de vue des intervenants-es sur leurs pratiques ainsi que sur les obstacles ou contraintes qu'ils rencontrent dans leurs interventions. Plus précisément, elle a permis la collecte d'informations sur 1) la philosophie d'intervention et les stratégies développées afin d'y adapter les pratiques d'intervention, 2) la perception des intervenants-es quant aux conditions de la pratique et 3) l'importance accordée au problème de gestion de la consommation de drogue dans le cadre de la pratique.

2.2 Analyse des données

L'analyse des données a eu lieu au cours de l'année 2003. Comme nous l'avons souligné au chapitre 1, le concept de vulnérabilité au VIH, tel que défini par Delor et Hubert (2000), a été utilisé comme norme de référence pour l'analyse des données et, par conséquent, pour porter notre jugement d'évaluation quant à la potentialité du programme d'agir sur l'exposition au risque d'infection par le VIH chez les UDI du centre-ville de Montréal et, en particulier, chez ceux qui vivent en situation de précarité sociale. Le corpus d'analyse

comprend la documentation de l'organisme, les données d'observation et les propos recueillis lors de l'entretien avec le directeur et la journée de réflexion sur la pratique des intervenants-es de l'organisme.

Les données en provenance de la documentation ainsi que celles obtenues lors de la journée de réflexion avec les intervenants-es et l'entretien avec la direction ont été analysées comme source d'information, et non pas comme discours (Quivy et van Campenhoudt, 1988). En ce qui a trait à la documentation de l'organisme, elle a été analysée selon les méthodes traditionnelles de lecture et de mises en forme des informations par thème (histoire de l'organisme, mandat, programmation, profil des usagers-ères, etc.). Quant au propos des intervenants-es recueillis lors de la journée de réflexion sur la pratique, ils ont été enregistrés et transcrits dans leur intégralité. Les données transcrites ont été codifiées à l'aide du logiciel NUDIST et une analyse catégorielle a été réalisée, au sens où l'entend Bardin (1977). Ce type d'analyse fonctionne par opérations de découpage du texte en unités (le codage) puis par la classification de ces unités en catégories d'analyse. Quatre grands éléments ressortent des propos des intervenants-es sur la pratique, soit leur perception des enjeux qui caractérisent leur pratique, les possibilités d'application de la philosophie d'intervention, les limites imposées par les conditions de la pratique et l'importance d'agir sur la situation de vie des usagers-ères pour réduire la vulnérabilité au risque.

La description des pratiques d'intervention (objet de l'intervention, contact et échange) a constitué l'unité d'analyse des données d'observation. Celle-ci s'est réalisée selon 2 grandes étapes. D'abord, les données d'observation ont été codées à l'aide du logiciel NUDIST selon les objets de l'intervention. Cette codification a permis de découper les notes d'observation selon 4 grandes dimensions (soit une première dimension qui regroupe les conditions de l'intervention, et les trois autres qui regroupent les objets de l'intervention se rapportant aux trois programmes évalués dans cette recherche). Par la suite, l'analyse des descriptions des interactions entre les intervenants-es et les usagers-ères ont permis de faire ressortir les grandes tendances qui caractérisent la pratique

d'intervention (la manière dont s'établit le contact avec les usagers-ères et les échanges qui ont lieu), que ce soit celle du site fixe, du centre de jour ou du travail de rue.

Les résultats de ces analyses ont enfin été mis en relation pour la production du présent rapport. Nous avons en effet, pour chacune des sections du rapport, tenu compte à la fois de la documentation de l'organisme (écrits formels: structure du programme, ses objectifs, etc.), des propos de l'entretien avec le directeur et ceux des intervenants-es sur leur pratique (leur point de vue) ainsi que des observations directes réalisées. Cela a permis, tout au long des analyses, de confronter les informations en provenance de sources différentes, de voir un certain nombre de contradictions ou de paradoxes dans les données, d'en identifier les raisons et d'ajuster notre réflexion pour dégager une vision du réel qui soit la plus objective possible.

3 DESCRIPTION DE SPECTRE DE RUE

Dans ce chapitre, la programmation de Spectre de rue (historique, structure, objectifs, philosophie, conditions d'intervention) est décrite⁵, de même que les conditions susceptibles d'influencer la pratique (contexte d'intervention). Cela permet de rendre compte de l'évolution de l'organisme depuis sa création et de voir comment sont prises en considération les différentes conditions de vulnérabilité au VIH dans ses pratiques d'intervention. L'intervention se réalise dans le cadre de cinq programmes, dont trois seront évalués dans le cadre de cette recherche : le site fixe, le centre de jour et le travail de rue, les deux autres étant le travail de milieu et le réseau de récupération des seringues souillées.

3.1 Historique, structure, objectifs et philosophie de l'organisme

Spectre de rue fut créé en 1991 par Projet 80, un organisme dont l'objectif principal était de rejoindre les jeunes de la rue. En août 1993, il s'est incorporé à titre d'organisme sans but lucratif (OSBL), en réactivant la charte de Porte ouverte aux jeunes adultes, fondée en 1986 dans le but de développer des services aux jeunes adultes à faibles revenus. La mission initiale de Spectre de rue visait à venir en aide aux populations marginalisées du Centre-sud et du centre-ville de Montréal. L'emphase a été mise sur le travail de rue pour rejoindre les jeunes dans leur milieu de vie et sur l'établissement d'un centre de jour (drop-in) pour les accueillir.

Par la suite, avec le développement d'un service d'échange de seringues, financé premièrement par des fondations privées puis par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (RRSSS-MC), Spectre de rue se donnait comme objectif de protéger la communauté contre les risques de propagation des infections

⁵ Pour assurer la confidentialité des intervenants-es et autres individus présents lors des observations et de la journée de réflexion, la présentation des résultats ne comporte aucun extrait des enregistrements de cette journée et des comptes-rendus des observations.

DESCRIPTION DE SPECTRE DE RUE

transmissibles par le sang, tels le VIH/sida et l'hépatite B (VHB). C'est ainsi qu'un site fixe est venu se greffer aux activités du centre de jour. Suite à l'évaluation du besoin dans la communauté et la volonté de la RRSSS-MC de financer le programme d'échange de seringues, Spectre de rue connut un virage important dans le sens de la prévention du VIH auprès des utilisateurs-trices de drogue par injection (UDI), de telle sorte que de 1993 à 1997, la distribution de seringues est passée de 40 000 à 300 000 par année. L'échange de seringues se réalise dans deux lieux distincts, soit au site fixe et par le travail de rue. L'organisme tire alors sa raison d'être, en tant que service d'échange de seringues, de sa proximité avec les UDI au centre-ville de Montréal (quartiers Centre-sud et Centre-ville) et par son expérience antérieure de travail de rue. En 1995, l'organisme réoriente sa structure et sa gestion, pour améliorer les services offerts à ses usagers et pour répondre adéquatement à leurs demandes, en ciblant prioritairement les personnes considérées les plus vulnérables socialement à l'infection au VIH/sida (UDI, professionnelles du sexe, jeunes marginalisés, transsexuelles, etc.).

La programmation de Spectre de rue comporte cinq programmes différents interreliés entre eux: le site fixe, le centre de jour, le travail de rue, le travail de milieu et le réseau de récupération de seringues souillées. Lors de la collecte des données de cette étude, la direction de Spectre de rue orientait ses efforts vers la consolidation de ces cinq programmes d'intervention. Avant 1997, l'organisme devait assumer financièrement les coûts des seringues, de telle sorte qu'on devait limiter le nombre de seringues et les services pour «boucler le budget».

Par ailleurs, si Spectre de rue a pour mandat principal la prévention des infections transmissibles sexuellement (ITS), du VIH/sida et d'autres infections transmissibles par le sang (VHC et VHB) auprès des personnes itinérantes ou marginalisées, il maintient toujours sa mission initiale de venir en aide aux individus vivant la mésadaptation sociale. Pour ce faire, l'organisme poursuit trois objectifs principaux: 1) l'intervention dans le centre-ville de Montréal pour prévenir et réduire la propagation des ITS, du VIH/sida et autres infections transmissibles par le sang auprès de personnes marginalisées vivant des problèmes de toxicomanie, de prostitution, d'itinérance et de santé mentale, 2) la

sensibilisation et l'éducation de la population et du milieu aux réalités de ces personnes pour favoriser leur cohabitation et 3) le soutien de leur démarche vers la socialisation et l'adaptation sociale. Ces objectifs répondent au mandat de l'organisme dans une perspective plus vaste que la réduction du risque d'infection par la seule mise en disponibilité du matériel de protection, puisqu'ils visent à agir sur divers facteurs de vulnérabilité au risque d'infection (intervention sur les «conditions de vie», etc.). Enfin, cinq programmes d'activités (dont trois sont évalués dans la présente recherche) viennent concrétiser ces objectifs.

Le programme du site fixe est un lieu où les usagers-ères peuvent se procurer gratuitement du matériel stérile d'injection et des condoms et également échanger leurs seringues usagées. On offre des bouteilles pour transporter l'eau, des tampons d'alcool et du lubrifiant. La distribution du matériel et la récupération des seringues sont d'une importance capitale parce que la disponibilité du matériel de protection est une condition de base nécessaire à la prévention du VIH auprès des UDI. De plus, le site fixe offre la possibilité d'entrer en contact avec des UDI, qui seraient autrement difficiles à rejoindre, et de créer un espace d'intervention permettant le contact humain, le dialogue et le maintien d'un lien de confiance propice à la conscientisation et à la réadaptation sociale. Enfin, on réfère les usagers-ères en situation de crise à des services de désintoxication, de santé (infirmières ou médecins) ou bien à toutes autres ressources communautaires et publiques disponibles.

Le programme du centre de jour est un lieu d'accueil, d'écoute et de référence où l'on réalise des interventions ponctuelles, informelles et confidentielles. Le centre de jour, de par sa proximité avec le site fixe, tente de favoriser des échanges plus approfondis qu'au comptoir. En mettant l'accent sur un accueil non discriminatoire, le centre de jour invite les usagers-ères, qui souvent vivent l'isolement et la marginalisation, à discuter et à être écoutés sans se sentir jugés. Ce programme tente d'agir sur différentes «conditions de vie» des usagers-ères, par l'information/éducation, le soutien/accompagnement, l'orientation vers les ressources et la référence formelle vers celles-ci. Au moment des observations, les interventions réalisées dans le cadre de ce programme n'étaient pas

DESCRIPTION DE SPECTRE DE RUE

comptabilisées de manière que l'on puisse définir leur contenu ainsi que l'objet d'intervention abordés avec les usagers-ères. Bien qu'il n'existe pas de statistiques concernant le profil de la clientèle, les observations réalisées dans le cadre de la présente évaluation et la connaissance des intervenant-es de Spectre de rue des usagers-ères révèle que la majorité vivent des situations de précarité socio-économique et reçoivent des prestations de l'aide sociale tout en complétant leur rémunération par des activités illicites telles la prostitution, la vente de stupéfiants, le squeege, etc. Les observations ont démontré que plusieurs usagers-ères ont des difficultés financières et doivent recourir à des formes alternatives de gagner de l'argent. La prostitution est souvent décrite comme la stratégie première pour subvenir aux besoins primaires immédiats, tels l'alimentation et le logement.

Le programme du travail de rue est un espace d'intervention où les intervenants-es se déplacent quotidiennement sur le territoire du centre-ville et du centre-sud afin de rencontrer les usagers-ères dans leur milieu, là où ils mènent leurs activités quotidiennes. Tout comme au site fixe, les intervenants-es de rue distribuent du matériel de protection et tentent d'écouter, de soutenir et de diriger les usagers-ères vers l'utilisation des ressources appropriées (hébergement, thérapie, services de première ligne en santé, etc.). Au moment de l'étude, il n'y avait pas de statistiques quant au nombre et aux caractéristiques des interventions en lien avec cette dimension de la pratique. De plus, des infirmières du département de médecine préventive (DMP) de l'hôpital St-Luc collaborent avec les intervenants-es de rue pour la vaccination contre les hépatites. Celles-ci accompagnent les intervenants-es dans les milieux, entre autres, les piqueries où elles annoncent à l'avance les services par une affiche apposée à l'entrée de ces endroits. De plus, considérant avoir développé une expertise dans le domaine du travail de rue, Spectre de rue offre, depuis 1994, la possibilité aux étudiants de niveau collégial et universitaire du Québec ou d'ailleurs (par exemple des stagiaires provenant de la Belgique) de réaliser un stage dans ce milieu.

Le programme de travail de milieu consiste à établir un lien entre les acteurs socio-communautaires, les populations marginalisées et les autres acteurs sociaux du

milieu (résidents, commerçants, clients, etc.). Il vise essentiellement à intervenir dans une perspective de socialisation et de cohabitation plus harmonieuse entre les personnes qui habitent, travaillent et vivent au centre-sud et centre-ville. Spectre de rue veut ainsi offrir un espace à ces acteurs sociaux pour qu'ils puissent agir face à l'itinérance, développer des solutions alternatives à la marginalisation des usagers-ères et favoriser leur réadaptation sociale. En travaillant en concertation avec d'autres organismes (alerte Centre-Sud, Tandem Montréal, CDEC, RAPSIM, etc.), l'organisme tente d'identifier les irritants majeurs entre les acteurs et diminuer leurs impacts, entre autres, par la mise sur pied d'un système de rassemblement et de gestion des plaintes. De plus, le programme de travail de milieu a pour objectif de sensibiliser la communauté (incluant les forces de l'ordre) à la réalité des populations marginalisées. Ainsi, il tente de favoriser la compréhension et l'implication des acteurs sociaux pour qu'ils socialisent avec ces derniers.

Le programme de réseau de récupération des seringues souillées vise la réduction des méfaits attribuables à la présence de seringues usagées dans le milieu urbain et s'adresse aux divers acteurs sociaux du quartier. Le programme fait appel à la sensibilisation et à la responsabilisation sociale de la population par des activités éducatives, sollicitant leur implication pour la récupération des seringues souillées retrouvées sur leur territoire. Cette conscientisation s'adresse aux UDI qui sont aussi sollicités à rapporter leurs seringues utilisées lors de l'échange de seringues. La récupération se réalise au site fixe, au travail de rue et dans le réseau de récupération. Au moment des observations, des contenants de récupération (contenants) étaient disposés dans plusieurs lieux publics, dont le parc Viger, dans les neuf auto-patrouilles du Poste de police du quartier (poste 22) ainsi qu'à l'intérieur de certains peep-show et piqueries visités par le travailleur de rue. De plus, des blitz de récupération de seringues souillées dans le quartier Centre-sud et des tournées quotidiennes des parcs, des rues et des ruelles environnant Spectre de rue sont organisés pour augmenter le taux de récupération du programme. Enfin, Spectre de rue tente d'identifier les principaux lieux publics où les UDI jettent des seringues utilisées.

DESCRIPTION DE SPECTRE DE RUE

Cependant, il est à souligner que le programme de travail de milieu ainsi que celui du réseau de récupération des seringues souillées ne font pas partie de l'évaluation actuelle. La présente recherche évalue les programmes du site fixe, du centre de jour et du travail de rue.

Au moment des observations, Spectre de rue est devenu l'un des deux plus grands distributeurs de seringues au Québec, l'autre étant CACTUS-Montréal. Pour l'année 1998-1999, le nombre total des seringues distribuées atteignait 323 453 unités avec un taux de récupération de 92%⁶. Le rapport annuel 1998-1999 révèle qu'à travers les 15 093 contacts/usagers-ères⁷ au site fixe, 223 101 seringues et 211 764 tampons ont été distribués, la distribution ayant triplé au cours des trois dernières années précédant cette recherche. Plus précisément en regard de son programme de travail de rue, du 13 octobre 1998 au 31 mars 1999, les intervenants-es ont visité huit piqueries à raison de deux à trois contacts par semaine. Ils ont distribué 100 452 seringues neuves et 49 856 condoms pour un taux de récupération des seringues souillées de 85,4%. Quant au centre de jour, 9 121 contact/usagers-ères ont été réalisés, soit une moyenne de 60 contacts par jour.

Au site fixe, des interventions de prévention, d'éducation, de soutien et de référence sont réalisées du lundi au vendredi de 10h00 à 20h00 et le samedi et le dimanche de 10h00 à 16h00. De plus, les usagers-ères sont invités-es à passer au centre de jour, annexé au site fixe, où l'on réalise des interventions du lundi au vendredi de 12h00 à 18h30. Le centre de jour est constitué d'un comptoir alimentaire et propose un lunch (beignes, café et rôties), parfois un repas chaud selon les dons reçus, de 12h00 à 16h00, puis du café de 16h30 à 18h30. Quant au travail de rue, l'horaire est plus varié (jour et soir) et ne couvre pas toujours les sept jours de la semaine. En fait, avec l'aide de subventions reçues pour des projets pilotes, le travail de rue a pu se réaliser les fins de

⁶ Rapport annuel de 1998-1999 de l'organisme.

⁷ Le nombre de contacts/usagers-ères renseigne sur le nombre total de visites à l'organisme, mais non pas sur le nombre d'individus différents qui se sont présentés à l'organisme. En d'autres termes, les données ne permettent pas de connaître le nombre d'usagers-ères différents, un même usager-ère pouvant être comptabilisé plusieurs fois.

semaine d'octobre 1998 à la fin avril 1999. Les interventions de Spectre de rue sont réalisées 75h par semaine.

En ce qui concerne le service d'échange de seringues, le territoire couvert par les programmes du site fixe et du travail de rue est principalement le centre-ville de Montréal (quartiers Centre-ville et Centre-sud). Toutefois, certains usagers-ères proviennent de l'extérieur de ce territoire. Le site fixe ainsi que le centre de jour sont situés sur la rue Ontario, entre les rues Beaudry et De la Visitation. Les travailleurs-ses de rue circulent principalement dans le territoire du quadrilatère délimité par les rues Sherbrooke et Bleury, la voie ferrée Ste-Marie et le fleuve St-Laurent. Ils interviennent sur la rue et directement dans les lieux fréquentés par les usagers-ères, principalement dans les squattes, les piqueries, les peep-shows, les sauna, etc. Conjointement avec le réseau de récupération de seringues souillées de Spectre de rue, ils créent également des réseaux informels d'échange-récupération de seringues, notamment par l'intermédiaire des tenanciers des piqueries et des peep-shows.

Selon son organigramme, Spectre de rue est composé d'un conseil d'administration, d'un directeur général et d'une directrice-adjointe, d'un agent de financement (comptable), d'un agent de recherche et de développement (vidéothèque) ainsi que d'une secrétaire-réceptionniste. De plus, trois intervenants-es ont respectivement la responsabilité des programmes du site fixe/centre de jour, du travail de rue et du travail de milieu. La documentation de l'organisme distingue les fonctions de chacun des autres intervenants-es selon le programme auquel ils sont rattachés. Ainsi, les programmes du site fixe et du centre de jour ont trois autres intervenants-es, dont une agente de récupération, et un préposé à la clientèle. En plus des responsables, le programme de travail de rue comporte un intervenant tandis que celui du travail de milieu comprend une agente de liaison. Enfin, selon la philosophie de l'organisme, aucun usager-ère ne fait de l'intervention et la majorité des intervenants-es possèdent une formation collégiale ou universitaire dans un domaine relié à l'intervention sociale.

DESCRIPTION DE SPECTRE DE RUE

Notons que les usagers-ères ne sont pas tous des UDI, certains se présentent au site fixe uniquement pour s'approvisionner en matériel de protection (seringues stériles, tampons d'alcool, condom, etc.) dans le but de les redistribuer ou parfois de les vendre ailleurs (piqueries, rue, réseaux d'amis, etc.) – quoique ce sont des actions de plus en plus marginales, car les canaux de distribution sont maintenant plus accessibles - tandis que d'autres ne demandent que des condoms ou de l'information. Les usagers-ères rencontrés dans le cadre du travail de rue ne sont également pas tous des UDI. Bien qu'il n'existe pas de données statistiques sur les différentes catégories de clientèle au moment des observations, on notait plusieurs populations marginalisées avec une proportion distinctive de travestis/transsexuelles et de prostitués-es de rue très défavorisés parmi les usagers-ères.

Il n'existe pas de statistiques comparables quant aux contacts/usagers-ères par les travailleurs-ses de rue. Dans le cadre du travail de rue, les observations ont permis de constater que les travestis et transgendristes, les travailleurs-es du sexe lié(e)s à la pauvreté, les jeunes en fugue et les squeeedge prédominaient dans le nombre des personnes rencontrées. Les observations démontrent également que plusieurs usagers-ères font appel à divers PÉS simultanément. Il faut souligner que les contacts auprès des usagers-ères sur la rue s'établissent sur une autre base qu'au site fixe, dans la mesure où la durée et la fréquence du contact avec un même individu peuvent facilement se prolonger dans le temps. Par conséquent, le nombre d'individus différents rencontrés à l'intérieur d'une même séance de travail peut être inférieur à celui du site fixe.

3.2 Philosophie d'intervention

«Spectre de rue appuie son intervention sur une approche éclectique relevant tant du modèle psychosocial que de la philosophie socioculturelle. L'amélioration de la qualité de vie globale de la clientèle et l'augmentation de l'estime de soi sont au nombre des principaux objectifs d'intervention, l'établissement et le maintien d'un lien de confiance significatif étant la stratégie de base employée dans une approche axée sur la réduction des méfaits»⁸.

⁸ Tiré de : *Spectre de rue en un clin d'œil*. Document dactylographié, Montréal : Spectre de rue.

Comme tous les autres PÉS à Montréal et au Canada, les activités reliées plus spécifiquement à l'échange de seringues des programmes du site fixe et du travail de rue de Spectre de rue s'inscrivent dans une approche de réduction des méfaits qui vise, dans ses grandes lignes, à réduire les méfaits associés à l'usage de substances, en particulier, à l'usage de drogue par injection. Cette approche est promue actuellement par un certain nombre d'acteurs du milieu de la santé et des services sociaux, en particulier dans le secteur de la santé publique.

Elle repose essentiellement sur deux grandes idées, celle d'humanisme et celle de pragmatisme (Brisson, 1997). Humanisme en ce sens que les acteurs qui s'en font les défenseurs disent que l'efficacité des interventions passe par le respect du droit et du choix des individus de faire usage de drogue et par l'absence de jugements moraux à leur égard et à l'égard de pratiques jugées déviantes par la société. Elle se veut pragmatique dans le sens où les acteurs qui s'y réfèrent considèrent qu'il y a toujours eu des individus qui ont fait usage de drogue dans l'histoire, que l'élimination de celle-ci est impossible et qu'il faut plutôt soutenir les individus dans la gestion des risques de conséquences (méfaits) associées à cet usage plutôt que d'agir par la répression ou l'injonction thérapeutique. L'abstinence n'est plus la finalité de l'intervention, mais ce sont les méfaits (ou les risques de conséquences) associés à l'usage de drogue qui sont visés, comme le risque d'infection par le VIH par exemple. Bref, les interventions mises en oeuvre dans cette perspective visent à offrir du soutien et des outils aux usagers-ères en vue de les aider à exercer un contrôle sur leur usage de drogue, sans nécessairement viser l'arrêt de celle-ci ou l'abstinence, mais sans l'exclure non plus, loin de là.

À Spectre de rue, la mise en oeuvre de cette philosophie dans la pratique passe par la conviction que l'échange de seringues, bien qu'il puisse être seulement une fin en soi pour certains usagers-ères, est aussi un moyen de rejoindre les usagers-ères et de développer des liens avec eux sur la base d'une relation de confiance, de respect et de confidentialité. L'échange est donc également perçu comme une opportunité de fournir

DESCRIPTION DE SPECTRE DE RUE

aux UDI l'accès à diverses ressources auxquelles ils sont généralement méfiants (références aux soins de désintoxication et de santé, services d'hébergement, de services aux personnes vivant avec le VIH ou le sida, etc.). Notamment, certains adultes considérés à haut risque, comme les personnes ayant des troubles psychiatriques, seront référés aux services appropriés de première ligne. De plus, le programme du centre de jour, intimement lié avec les activités du site fixe, où s'effectue une partie du service de l'échange de seringues, vise à être un lieu de socialisation et de réflexion sur soi pour les UDI. Grâce à ce programme, Spectre de rue veut offrir un espace d'écoute et de soutien pour les problématiques rencontrées par les UDI dans leurs trajectoires de vie afin de les accompagner dans leur démarche de gestion des risques liés à leur usage de drogue ou à leurs «conditions de vie». Pour tous ces programmes, incluant les activités de l'échange de seringues, l'organisme privilégie des interventions axées sur l'augmentation de l'estime de soi des usagers-ères.

Un deuxième élément prévu pour la mise en œuvre de cette philosophie dans la pratique passe par un «service à l'utilisateur amical» pour les UDI, où les intervenants-es sont à l'écoute des besoins et des préférences de l'utilisateur-ère en terme de format de seringues, de condoms, etc. Les UDI sont vus comme des personnes devant être traitées équitablement, avec respect et de manière non-discriminatoire. C'est ainsi que Spectre de rue considère qu'en étant plus sensible aux besoins réels des UDI et des populations marginalisées, celles-ci feront davantage appel au programme. Le principe de l'échange de seringues se basant sur l'éducation aux risques que comporte le style de vie ou l'usage de substance chez les UDI, les intervenants-es offriront une information et un soutien tout en conservant une attitude non-moralisante à leur égard. D'autre part, Spectre de rue voit les jeunes, qui font appel à ses services, comme des personnes particulièrement vulnérables de par leur situation de vie dans la rue. Selon le protocole d'intervention, on doit alors informer ces jeunes usagers-ères sur les services et les programmes spécifiquement aménagés pour eux. De plus, devant les situations particulières où l'utilisateur-ère apparaît comme une personne extrêmement jeune ou sans ressource et ne semble pas comprendre les risques occasionnés par son comportement, les intervenants-es sont tenus de redoubler d'efforts pour l'aider à rencontrer des

ressources-jeunesse dans l'immédiat. Enfin, il a été observé que les informations concernant certains usagers-ères étaient retransmises entre intervenants-es par le biais d'un journal de bord conservé au site fixe.

Nous verrons toutefois que les conditions nécessaires⁹ à l'application dans la pratique des principes de la réduction des méfaits ne sont pas toujours présentes. De plus, les conditions dans lesquelles ont lieu les interventions viennent restreindre la portée de la programmation quant aux possibilités d'avoir un effet sur la vulnérabilité au risque d'infection par le VIH, et cela, malgré la volonté de l'organisme de développer des pratiques d'intervention alternatives.

3.3 Conditions de l'intervention

Le portrait des programmes de Spectre de rue serait inachevé si on ne mentionnait pas la spécificité des conditions dans lesquelles ils sont mis en œuvre ainsi que leurs interventions. Ainsi, la dernière section de ce chapitre s'attarde aux conditions de l'intervention et, plus spécifiquement, aux contraintes ou aux obstacles du contexte «immédiat»¹⁰ de la pratique. Cela permet de rendre compte de l'influence de ces conditions sur les interventions des trois programmes complémentaires évalués (site fixe,

⁹ Les conditions nécessaires à l'application de la réduction des méfaits (RM) sont nombreuses et plusieurs sont inexistantes en ce moment à Montréal, de telle sorte qu'il est difficile pour les intervenant-es d'appliquer les principes de cette approche. Par exemple, le modèle Suisse, généralement cité en exemple, est un modèle à 4 piliers dont les objectifs sont 1) la mise en place de mesures de réduction du nombre de nouveaux consommateurs (prévention primaire), 2) la diversification de l'offre thérapeutique, 3) la réduction des risques et des dommages et l'aide à la survie et 4) la répression du commerce de drogue plutôt que la répression du consommateur (Kubler, 2000). Or, il n'existe pas de modèle aussi développé au Québec et à Montréal. Les résultats présentés dans ce rapport, et en particulier ceux reliés au problème de usage de drogue et de toxicomanie, doivent être compris en ce sens. Par exemple, les traitements de substitution à bas seuil d'exigence n'existaient peu ou pas au moment des observations, de sorte qu'il était difficile pour les intervenant-es d'intervenir sur les problèmes de toxicomanie d'un UDI ne voulant pas arrêter de consommer, la majorité des thérapies existantes exigeant l'abstinence. Même chose en ce qui a trait aux effets de la répression policière.

¹⁰ Nous distinguons ici des éléments du contexte «immédiat» de la pratique les ressources de l'organisme, le climat politique, le contexte d'illégalité d'usage de drogue, etc. qui structurent également la pratique. Dans ce rapport de recherche, nous n'élaborons pas sur tous ces éléments, mais nous en tenons compte lorsque les enjeux vécus sur le terrain semblent reliés à ceux-ci, comme par exemple la criminalisation de l'usage de drogues, qui a des effets divers sur les pratiques (lieu d'intervention, sécurité, confidentialité, etc.).

DESCRIPTION DE SPECTRE DE RUE

travail de rue et centre de jour) et, par conséquent, sur le potentiel des pratiques d'agir sur la vulnérabilité au risque d'infection.

Toute intervention doit être interrogée en relation au contexte dans lequel elle se déroule. L'effet potentiel du contexte sur la pratique est réel. Les interventions, quelles qu'elles soient, ne se réalisent jamais dans l'absolu. Elles sont d'abord financées par des subventions extérieures, ont lieu dans un espace (physique, social, politique), dans le cadre d'une mobilité importante des usagers-ères et les intervenants-es doivent composer avec une population vivant des problématiques multiples (par exemple, avec laquelle il est plus ou moins facile d'établir un lien de confiance, ayant des besoins de santé plus ou moins importants). Comme nous le verrons ci-dessous, le contexte dans lequel a lieu l'intervention ainsi que les «conditions de vie» et la proximité du milieu criminalisé fréquenté par la population visée complexifient grandement l'intervention.

Dans cette perspective, les résultats des analyses des données d'observation qui tiennent compte du fait qu'un certain nombre d'éléments du contexte «immédiat» viennent moduler la pratique et vont parfois restreindre la portée des interventions à l'aspect instrumental de la prévention (échange de matériel de protection). Cinq grands aspects nous sont apparus importants à retenir, soit: 1) l'instabilité des ressources financières de l'organisme, 2) la mobilité des usagers-ères, 3) le cloisonnement des ressources et le manque de ressources adaptées à la situation spécifique des UDI, 4) la diversité des problématiques sociales et de santé rencontrées par les usagers-ères et 5) l'influence de la présence du milieu criminel sur la population desservie par Spectre de rue.

Un premier élément du contexte «immédiat» de la pratique pouvant moduler l'intervention se rapporte aux contraintes liées à l'instabilité des ressources financières de l'organisme. En effet, au moment des observations, selon l'équipe responsable de la gestion de Spectre de rue, beaucoup d'énergie devait être déployée afin d'obtenir des fonds monétaires non seulement pour maintenir les programmes actuels, mais également pour développer de nouveaux projets. La recherche intensive de financement de la part

de l'organisme communautaire demanderait jusqu'à 80% de ses tâches de bureau. Dans ce sens, des efforts doivent être rassemblés pour développer des stratégies ou des activités visant à conserver la crédibilité de l'organisme lors de la présentation des demandes de ressources financières. En outre, Spectre de rue fait appel à une gamme très étendue d'organismes publiques et même philanthropiques pour son financement, puisque ses cinq programmes d'interventions touchent différentes dimensions des problématiques rencontrées, comme la propagation du VIH/sida ou l'inadaptation sociale, d'une clientèle très diversifiée (toxicomanes, travailleurs-es du sexe, jeunes de la rue, etc.).

Par ailleurs, en 1998-1999, le nombre d'employés à Spectre de rue était passé de 10 à 17 personnes. C'est ainsi que deux personnes étaient engagées de par un partenariat avec l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) et trois autres bénéficiaient des Fonds de lutte à la pauvreté. Au moment des observations, certains intervenants-es provenaient de programmes d'employabilité dont la durée était limitée à six mois. Ce sont principalement les réponses positives aux demandes de subventions qui viennent moduler le nombre d'intervenants-es pouvant être engagés dans une perspective à plus long terme, soit de 2 à 3 ans. De ce fait, l'organisme peut vivre fréquemment des périodes d'adaptation face à l'arrivée de nouveaux intervenants-es ou par l'accompagnement de plusieurs stagiaires, qui certainement profitent de l'expertise du travail de rue développé par l'organisme, mais ne peuvent pas vraiment offrir une continuité des interventions nécessitant plus d'expérience dans le milieu (ex. piqueries). Ces changements de personnel ont des répercussions sur la continuité des interventions et réduisent considérablement la possibilité d'interventions plus adaptées aux réalités des usagers-ères. De plus, les gestionnaires de Spectre de rue estiment que la qualité de leurs interventions passent premièrement par de bonnes conditions financières et la sécurité de travail pour son personnel, qu'il veut académiquement bien formé dans le domaine du travail social.

Le deuxième élément du contexte «immédiat» de la pratique pouvant moduler l'intervention est la mobilité importante des usagers-ères. L'impact que peut avoir cette

DESCRIPTION DE SPECTRE DE RUE

mobilité fait référence à au moins deux aspects, soit l'affluence au site fixe et au centre de jour et l'imprévisibilité des rencontres liée à la situation de vie des usagers-ères qui, quoique principalement vécue dans le cadre du travail de rue, peut s'appliquer également aux deux autres programmes. Le caractère imprévisible de l'achalandage au site fixe et au centre de jour peut moduler l'intervention et représenter un obstacle aux interventions plus élaborées visant le soutien des démarches pour l'amélioration de la socialisation et l'adaptation sociale. En effet, au site fixe, si l'on tient compte du fait que le nombre de contacts/usagers-ères atteint en moyenne 40 par jour au moment des observations, l'affluence était parfois telle que les échanges, pour assurer un certain roulement et un certain ordre, se réduisaient à la distribution du matériel de protection et à la récupération de seringues. Aussi, les intervenants-es constatent que les fins de mois se caractérisent par une atmosphère chargée - voire «survoltée»- et par l'augmentation soudaine du nombre des usagers-ères qui visitent le site fixe et le centre de jour durant cette période.

Malgré l'affluence des usagers-ères, où quelques-uns peuvent être en situation de crise ou nécessitent une intervention plus élaborée et immédiate, ces derniers ont la possibilité de s'asseoir et de converser au centre de jour (drop-in). Il accueille jusqu'à 60 personnes par jour en moyenne, pouvant atteindre parfois jusqu'à 80 personnes en 1998-1999. Dans cet espace d'intervention, certaines activités ayant pour but de rehausser l'estime de soi, telles des activités artistiques, sont proposées aux usagers-ères.

Toutefois, la fluidité de la clientèle rend plus difficile la réalisation d'activités nécessitant un suivi sur une période de temps ou avec des visées à plus long terme : suivre l'évolution de quelqu'un n'est pas évident à cause de la complexité du contexte de la drogue, du milieu, des situations des usagers-ères . C'est ainsi que la grande mobilité des UDI conditionne le caractère imprévisible des rencontres dans le cadre du site fixe, du centre de jour et également du travail de rue et peut moduler les interventions. En effet, principalement en ce qui a trait au travail de rue, d'une journée à l'autre, à moins qu'un rendez-vous n'ait été pris, les possibilités d'intervention sont limitées aux personnes rencontrées ce jour-là et à la disposition des usagers-ères (sont-elles ouvertes à parler aux intervenants-es? Est-ce que les intervenants-es arrivent à un moment opportun?

etc.). La dispersion par les policiers des populations marginalisées (notamment par la judiciarisation et la criminalisation) contribue à leur mobilité géographique et «temporelle», et fait, par conséquent, obstacle aux possibilités de suivis dans l'intervention. Un intervenant-e a observé que plusieurs usagers-ères fréquentant Spectre de rue se déplacent. Ils voyagent constamment entre Vancouver, Toronto et Montréal, dont certains sont recherchés car ils retiennent l'attention des réseaux criminels ou des policiers, toutefois la majorité s'intègrent dans le quartier et y demeurent pour vivre.

Le troisième élément du contexte «immédiat» qui vient moduler les interventions est le suivant. Si les heures de travail jouent un rôle favorable à l'égard des interventions de soutien, de référence et d'accompagnement, le cloisonnement des services de santé et des services sociaux et le manque de ressources adaptées à la population UDI réduisent aussi les possibilités et la portée des interventions. D'une part, il y a le fait que certaines ressources se montrent simplement fermées ou réticentes quant à accueillir les populations UDI considérées comme problématiques. On évoquera la trop longue liste d'attente, la population spécifique ciblée, l'état d'intoxication de l'utilisateur, l'absence d'une carte d'assurance maladie, le refus de cette clientèle de suivre le traitement, etc. Il est important de mentionner que la double problématique, soit la présence conjointe de trouble de santé mentale et de toxicomanie, s'avère un défi pour la référence de plusieurs usagers-ères¹¹. D'autant plus, qu'aux dires des intervenants-es, cette double-problématique est en croissance parmi les usagers-ères qui fréquentent Spectre de rue.

En effet, la plupart des ressources traitent une ou l'autre des problématiques, mais pas les deux en même temps dans un même service. D'autre part, il y a un manque de ressources adaptées offrant de réelles alternatives aux UDI, ce qui ne permet pas d'assurer ou de favoriser une continuité dans les efforts réalisés par Spectre de rue en

¹¹ La Clinique Cormier-Lafontaine offre maintenant des services de troisième ligne pour les troubles concomitants dans le domaine de la consommation d'alcool/drogues et de la santé mentale. On y offre des services d'évaluation, d'intervention, de consultation et de formation. On y conduit également des activités de recherche. Les services sont offerts en association avec l'hôpital Louis-H. Lafontaine.

DESCRIPTION DE SPÉCTRE DE RUE

soutenant les individus dans des démarches qui auraient le potentiel de réduire leur vulnérabilité au risque.

Le quatrième élément du contexte «immédiat» susceptible de faire obstacle aux interventions est la diversité des problématiques rencontrées par les usagers-ères (autant au site fixe, au centre de jour que dans le travail de rue). En effet, non seulement les populations défavorisées et marginalisées vivent régulièrement de multiples problèmes, mais elles n'ont pas les mêmes ressources sociales que les populations favorisées pour y faire face. Les intervenants-es sont souvent appelés à «gérer des situations de crise». Ils mentionnent que les usagers-ères vivent «des situations qui sont extrêmement dures à répondre et à suivre». Il est ainsi plus difficile de les soutenir, la demande pouvant largement dépasser les ressources disponibles. Ainsi, les intervenants-es ont régulièrement à composer avec des usagers-ères vivant dans des situations de grande précarité sociale (situation de survie, désaffiliation des réseaux formels et informels d'insertion sociale, etc.), ayant des problèmes multiples de santé (toxicomanies, santé mentale, ITS, etc.), et pouvant avoir des comportements imprévisibles (parce qu'intoxiqués, violents, en décompensation, en état suicidaire, etc.). Cette réalité rend les interventions difficiles, notamment à cause du cloisonnement des ressources, mais également à cause du manque de ressources adaptées, ce qui favorise l'indifférence des UDI à l'égard de ce qui leur est offert comme alternative (affirment parfois qu'ils ne veulent rien savoir, ne sont pas prêts, etc.).

La proximité du milieu criminalisé et de la «criminalité» constitue le cinquième obstacle aux interventions que nous avons identifié. En effet, le fait de devoir agir dans des milieux criminalisés limite l'espace d'intervention à l'échange du matériel de protection, surtout pour le travail de rue, du fait notamment des intérêts des vendeurs de drogue et des proxénètes à l'égard des mêmes individus auprès de qui ils interviennent. Par exemple, un proxénète n'appréciera pas qu'on favorise des conversations avec les intervenants-es ou bien la sortie de la rue d'une femme prostituée, puisqu'elle représente pour lui un intérêt financier. Aussi, Spectre de rue peut subir des représailles avec les réseaux criminalisés qui observent les allées et venues des filles qu'ils recrutent, dont

certaines fréquentent l'organisme, et qui profitent financièrement de la dépendance des UDI à la drogue.

Signalons enfin que les intervenants-es sont souvent confrontés à l'impossibilité d'agir par rapport à certaines situations vécues, compte tenu qu'ils doivent garder une neutralité pour avoir accès au milieu. Les agents de la police ont un mandat de sécurité publique, tandis que les intervenants-es de Spectre de rue ont celui de la réduction des méfaits, et cela, auprès de clientèles appartenant à des milieux illégaux ou marginaux. Ils se retrouvent coincés «entre les deux». Par exemple, un individu peut leur confier une information incriminante ou pouvant en incriminer d'autres à l'égard d'une situation particulière, qui peut même paraître choquante, mais ils ne peuvent pas toujours agir dans cette situation s'ils veulent pouvoir continuer à avoir accès au milieu (pour la distribution de seringues, etc.).

De plus, compte tenu que la peur d'être dénoncé est très présente dans ces milieux, les intervenants-es doivent constamment être prudents vis-à-vis du danger potentiel que les informations qu'ils détiennent ne se retournent contre eux. Ainsi, ils doivent établir et maintenir des liens de confiance avec les usagers-ères pour faire le travail de prévention, en étant compréhensifs et à l'écoute, dans un contexte où l'illégalité et la criminalisation ne favorisent pas ce travail. Les observations ont démontré que les intervenants-es sont souvent en contact avec des personnes «sous mandat», soit des personnes recherchées pour des contraventions non payées ou pour ne pas s'être présentées au tribunal après convocation. De plus, dans les milieux sillonnés par les intervenants-es de rue pour rencontrer les UDI (piqueries, ruelles, peep-shows, etc.), il existe des organisations criminelles qui peuvent même être les propriétaires des endroits visités. Les intervenants-es de rue marchent alors dans des lieux dangereux, ont des contacts avec ces individus et ces structures et demeurent ainsi toujours confrontés à des enjeux sur lesquels ils ont peu de pouvoir.

Bref, au moins cinq grands éléments du contexte «immédiat» de la pratique viennent complexifier les interventions. Nous les avons pris en considération dans

DESCRIPTION DE SPECTRE DE RUE

l'analyse des différentes situations observées. Toutefois, bien que l'instabilité des ressources financières de l'organisme, la mobilité des usagers-ères, le caractère imprévisible de l'achalandage, le cloisonnement et le manque de ressources adaptées aux UDI, les multiples problématiques rencontrées par les UDI et leur proximité avec le milieu criminalisé puissent être contraignants, il est possible de réfléchir sur les perspectives de développement des pratiques d'intervention en lien avec la prévention du VIH.

Ainsi, malgré un contexte peu favorable à des interventions axées sur les conditions de vulnérabilité au risque d'infection par le VIH, il existe un certain nombre d'espaces d'intervention possibles qui puissent être développés et investis, comme nous le verrons au chapitre 4. Si l'évaluation du potentiel du programme d'agir sur la vulnérabilité au risque d'infection par le VIH doit tenir compte des contraintes externes à la programmation de l'organisme, elle doit également évaluer ce potentiel à la lumière des espaces possibles d'intervention (réalité interne des programmes d'intervention), en particulier pour susciter une réflexion sur les opportunités (pas toujours investies) d'intervention et les recommandations à être transmises aux autorités de la santé publique.

4 LES PRATIQUES D'INTERVENTION : DE LA DIMENSION INSTRUMENTALE DE LA PRÉVENTION DU VIH AU SOUTIEN DES DÉMARCHES DE SOCIALISATION ET D'ADAPTATION SOCIALE

Dans ce chapitre, nous présentons la logique générale qui caractérise les interventions à Spectre de rue ainsi que les pratiques spécifiques à chacun des trois programmes évalués : site fixe, travail de rue et centre de jour. Les pratiques d'intervention sont interrogées en relation aux éléments susceptibles de réduire la vulnérabilité au risque d'infection par le VIH des usagers-ères de Spectre de rue, en particulier, ceux dont la situation de vie est la plus précaire. Ainsi, il s'agit d'identifier les éléments susceptibles de soutenir ou bien d'entraver l'émergence d'une pratique ayant un plus grand potentiel d'agir sur la vulnérabilité au risque, même si cela peut supposer, par exemple, l'ajout de nouvelles ressources.

Étant donné que les programmes du site fixe, du travail de rue et du centre de jour visent principalement les mêmes objectifs (cf. section 3.1), les résultats¹² sont présentés par objectifs plutôt que par site ou par programme. Il va de soi que leur présentation tient compte de chacun des programmes et de leur complémentarité dans l'atteinte des objectifs visés par l'ensemble de la programmation. Le regroupement par thématique permet de réduire les répétitions quant aux interventions qui chevauchent plus d'un programme spécifique, comme par exemple l'échange de seringues, qui se réalise à la fois dans le programme du site fixe et dans le programme du travail de rue. Les similitudes et les différences dans les pratiques d'intervention seront mises en évidence.

Une première section se rapporte à la logique générale qui caractérise les pratiques d'intervention à Spectre de rue. Une deuxième section décrit la dimension instrumentale de la prévention du VIH. Elle s'attarde aux modalités relatives à l'échange de seringue, soit la distribution du matériel de protection et la récupération des seringues

¹² Tout comme au chapitre 3, pour assurer la confidentialité des intervenants-es et autres individus présents lors des observations, la présentation des résultats ne comporte aucun extrait des comptes-rendus des observations.

(les protocoles, leurs applications, etc.), la distribution du matériel d'injection à risque réduit autre que les seringues ainsi qu'à la distribution du matériel de protection pour les relations sexuelles (condoms et sachets de lubrifiant). Cette section permet également l'identification des enjeux de prévention qui y sont reliés. Une troisième section porte sur les interventions de sensibilisation et d'éducation face au risque d'infection par le VIH. Les interventions de promotion de stratégies de gestion sécuritaire du risque d'infection par le VIH et les ITS y sont décrites. Finalement, une quatrième section porte sur les interventions liées au soutien des démarches de socialisation et d'adaptation sociale susceptibles de réduire la vulnérabilité au risque d'infection par le VIH. Quatre thèmes se rapportant aux situations de vie des usagers-ères ont été retenus pour cette section, soit 1) l'usage de drogues, la toxicomanie et la réduction des méfaits, 2) la santé physique et psychologique, 3) la défense des droits de la personne, 4) les «conditions sociales d'existence».

4.1 La logique d'intervention

Dans le cadre des trois programmes évalués par cette étude, les observations ont permis de constater que la prévention à Spectre de rue n'est pas conçue uniquement selon une logique comportementaliste axée sur l'injection à risque réduit ou sur le port du condom. Même si les interventions visent le changement au plan individuel, la prévention se réalise selon une logique de soutien social axée sur l'amélioration des «conditions de vie» comme élément de base à la réduction de la vulnérabilité au risque.

Cette logique générale s'actualise dans la complémentarité des différentes dimensions prévues dans la programmation, que ce soit celles liées à la dimension instrumentale (échange de seringues, distribution de matériel de protection pour les relations sexuelles, etc.); à la sensibilisation et l'éducation (promotion de l'injection à risque réduit, promotion du port du condom) ou au soutien des démarches de socialisation et d'adaptation sociale, en lien avec l'usage de drogue, la santé, la défense des droits de la personne, les «conditions sociales d'existence».

Plus précisément, les données d'observation et les propos recueillis lors de l'atelier de réflexion sur les pratiques montrent que cette approche de soutien social s'actualise dans la pratique selon cinq grandes dimensions interreliées entre elles, soit 1) l'établissement d'un lien de confiance avec les usagers-ères, 2) le développement de l'estime de soi, 3) une intervention axée sur la socialisation et l'adaptation sociale, 4) l'approche par objectif au plan individuel et 5) des interventions flexibles adaptées aux situations de vie des usagers-ères et au contexte de la pratique.

4.1.1 L'établissement d'un lien de confiance

L'objectif d'établir ou de maintenir un lien de confiance provient de la préoccupation des intervenants-es de créer les conditions de base pour permettre qu'un dialogue s'engage avec les usagers-ères. Ce lien, une fois établi, permettrait de faire ressortir de manière plus explicite les situations vécues par ceux-ci et l'ouverture d'espaces d'opportunités pour intervenir. L'établissement d'un lien de confiance ou le «faire du relationnel», pour reprendre l'expression des intervenants-es, montre leur détermination d'agir au-delà de l'aspect instrumental de l'échange de seringues. Qu'ils le qualifient de «lien particulier», de «lien significatif» ou de «lien de confiance» - pour reprendre les vocables des intervenants-es concernant le lien de confiance - ils considèrent tous cet aspect à la base de leurs interventions.

Si ce lien est considéré primordial par les intervenants-es, la manière dont ils l'établissent et utilisent les opportunités diffère selon l'intervenant-e et le lieu d'intervention (site fixe, travail de rue ou centre de jour). «Laisser la porte entr'ouverte à une relation entre eux et l'usager-ère» est également teintée par leur «façon d'être», leur «style», leur «personnalité» et leurs «couleurs»¹³. L'intervention est donc étroitement liée à l'identité des intervenants-es.

¹³ Tiré des propos des intervenants-es lors de l'atelier de réflexion sur les pratiques.

LES PRATIQUES D'INTERVENTION

Il a été observé à plusieurs reprises que les intervenants-es de rue invitaient les usagers-ères à discuter dans un endroit plus calme, moins bruyant, comme dans un «café» ou parfois à l'appartement de ceux-ci. Toutefois, malgré cette proximité avec les usagers-ères et la perspective d'établir un rapport plus égalitaire avec eux, les intervenants-es considèrent important de toujours maintenir une distance pour demeurer dans un cadre de «relation d'aide». Par exemple, lorsqu'ils offrent une consommation dans un café ou dans un bar aux usagers-ères, ils le feront de manière à être suffisamment proches de la personne, mais tout en demeurant empathiques auprès d'elle, en leur offrant une consommation, sans pour autant «partir sur la brosse» avec elle. De plus, les intervenants-es développent des attitudes pour créer ce lien de confiance, comme par exemple, de saluer régulièrement un jeune nouveau dans le milieu pour que celui-ci se familiarise avec sa présence. Dans le cadre du travail de rue, on tente également d'établir un lien de confiance avec les propriétaires de peep-show, de bars et de piqueries. Comme nous le verrons plus loin, ce lien permet la création d'un réseau d'échange secondaire de matériel de protection. Au site fixe et au centre de jour, les intervenants-es veulent «créer une ambiance familiale» avec les UDI avant de parler de prévention du VIH afin de favoriser la convivialité dans les relations.

Ce travail est important puisque les UDI, du fait qu'ils font usage de drogues dans un contexte d'illégalité, sont souvent isolés ou exclus des autres services sociaux et de santé. Lorsque la confiance est établie, il devient possible d'intervenir pour favoriser la reconstruction des liens des UDI avec les réseaux sociaux formels et informels. On peut considérer que le lien de confiance agit indirectement sur la réduction de la vulnérabilité au risque d'infection par le VIH en permettant l'ouverture d'espaces d'intervention. Ainsi, si la distribution du matériel de protection (seringues, condoms, etc.) est l'objectif premier du programme de prévention, elle est aussi utilisée par les intervenants-es comme un moyen de rejoindre les UDI dans les milieux de vie (criminalisés, etc.) et de développer les liens nécessaires à la réalisation d'interventions ayant une portée plus large que la seule injection à risque réduit. Cependant, l'établissement d'un lien de confiance, bien

qu'important, ne signifie pas qu'à lui seul il possède le potentiel d'agir sur la vulnérabilité sociale.

4.1.2 Le développement de l'estime de soi

La majorité des intervenants-es valorisent des interventions visant «l'augmentation de l'estime de soi» et «la dignité des usagers-ères en tant que personne». Ils croient fermement que les UDI porteront une plus grande attention aux situations à risque s'ils apprennent à s'estimer comme personne. Cette conception des choses semble reposer sur des représentations que le risque d'infection par le VIH serait, en partie du moins, conditionné par le rapport que la personne a à elle-même. Une personne qui se sent valorisée par la vie et reconnue par les membres de son environnement social aurait tendance à y accorder une plus grande importance alors que celle qui se sent dévalorisée et peu reconnue aurait tendance à négliger l'importance de ce risque.

Pour certains intervenants-es, le travail sur l'estime de soi a pour objectif de «redonner une dignité» à la personne UDI ou marginalisée en la reconnaissant comme une «personne à part entière», ayant un potentiel d'agir, voire des capacités à se prendre en main et à se réaliser comme tout être humain, malgré ses différences par rapport aux normes sociales dominantes dans la société.

Ainsi, on tente de créer des espaces d'intervention favorisant une réflexion de l'usager-ère sur lui-même, en particulier, en relation à une prise de conscience de son potentiel (habiletés, créativité, etc.). Le travail sur l'estime de soi fait partie intégrante de la pratique des intervenants-es et prend des formes multiples selon les contextes, circonstances et objet de l'intervention. L'écoute, la compréhension, la relativisation des situations difficiles vécues, le lien de confiance, l'encouragement, etc. constituent les différentes «techniques» utilisées pour développer chez les usagers-ères un rapport à soi plus positif, voire un plus grand souci de soi et des autres.

LES PRATIQUES D'INTERVENTION

Même si ce travail fait partie intégrante de la majorité des interventions qui s'y prêtent, l'organisme a développé quelques activités artistiques au centre de jour, la création d'un journal, des dîners-causerie, etc. Ces dernières visent non seulement à développer des habiletés («artistiques»), mais aussi à favoriser une plus grande confiance en soi, un regard positif sur soi à travers la réalisation de quelque chose de concret, voire à les «raccrocher» à autres choses que la recherche de moyens pour survivre au quotidien, dans le court terme.

D'autres initiatives sont prises par les intervenants-es pour susciter l'expression de l'identité sexuelle, en particulier auprès des travestis et des transgendristes qui fréquentent le centre de jour. Ces initiatives consistent pour l'essentiel à créer un espace de discussion visant à favoriser l'expression et l'affirmation identitaire, dans le respect des différences. Autrement dit, le centre de jour permet aux personnes travesties, souvent aliénées par les tabous sociaux liés à leur identité sexuelle, de se sentir «à l'aise» et d'avoir un lieu pour s'affirmer dans ce qu'ils sont, sans avoir à subir le regard réprobateur de «l'autre». Ceux-ci s'affichent ouvertement et se sentent suffisamment à l'aise pour s'habiller de manière féminine, apporter leur matériel de manucure et discuter de leurs préoccupations, en rapport aux différents aspects qui structurent un rapport différencié à l'existence : orientation sexuelle, transformations liées au changement de sexe, stigmatisation, etc.

Bref, les intervenants-es interviennent dans une perspective de favoriser le développement de l'estime de soi chez les usagers-ères. On considère que ce type d'intervention est susceptible de favoriser un rapport plus positif à soi face à son identité sociale et, par conséquent, une plus grande préoccupation à l'égard des risques. Bien qu'il soit impossible d'en évaluer l'impact sur la réduction des risques de manière quantifiable, on peut néanmoins considérer que ce type d'intervention constitue une étape importante dans un processus d'intervention visant la réduction des risques chez des usagers-ères fortement marginalisées, stigmatisées, voire désaffiliés, comme par exemple les transsexuelles.

4.1.3 Une intervention axée sur la socialisation et l'adaptation sociale

L'objet des interventions à Spectre de rue vise non seulement les comportements à risque par la disponibilité du matériel de protection et les interventions d'éducation et de sensibilisation, mais également les conditions de vulnérabilité des usagers-ères en agissant sur les liens sociaux (socialisation et adaptation sociale).

Les observations directes au site fixe, au centre de jour et au travail de rue ont permis de constater que la logique générale d'intervention vise l'intégration sociale des usagers-ères (rétablissement de liens sociaux, accompagnement auprès des services de santé, «empowerment», etc.) et le développement de leur capacité d'adaptation sociale (augmentation de l'estime de soi, activités collectives de réflexion sur l'usage de drogue, activités artistiques, etc.).

Dans un souci de soutenir les démarches vers la socialisation et l'adaptation sociale, la majorité des intervenants-es portent un regard positif sur les capacités des usagers-ères à transformer par eux-mêmes leurs situations de vie et, notamment, à s'adapter aux contextes de vulnérabilité au risque d'infection au VIH. Par exemple, par les activités sociales, les intervenants-es tentent de créer un espace d'expression permettant aux usagers-ères d'expérimenter d'autres formes d'agir personnel favorisant le développement de leur capacité de socialisation et d'adaptation sociale. Certaines alternatives sont proposées de manière pro-active aux usagers-ères au centre de jour, comme la création de projets artistiques ou de soupers-causerie, visant l'augmentation de l'estime de soi. La majorité des intervenants-es s'accordent pour favoriser l'«empowerment» individuel pour que les usagers-ères reconnaissent leurs potentiels d'agir. Cette forme de soutien social vise à agir sur les liens sociaux et à réduire les conditions de vulnérabilité aux risques, notamment d'infection par le VIH.

Que l'intervention soit axée sur la socialisation et l'intégration sociale peut s'expliquer par le fait que la mission première de l'organisme est plus large que la seule

prévention du VIH. Nous avons souligné précédemment que Spectre de rue était un organisme qui visait à venir en aide aux populations marginalisées vivant des problèmes de toxicomanie, de prostitution, d'itinérance et de santé mentale, avant d'être un programme de prévention du VIH. Ainsi, les observations ont mis en relief le fait que, lors des interventions en lien avec l'injection à risque réduit, les intervenants-es ne visent pas uniquement à éduquer et sensibiliser, mais tentent aussi de susciter une réflexion sur les contextes et les conditions d'usage de drogue qui accentuent la vulnérabilité, que ce soit en lien avec l'influence des lieux d'injection, le mode de consommation, etc. De plus, lors du contact avec les UDI au cours de l'échange de seringues, les intervenants-es tentent généralement de susciter une réflexion sur les situations et les «conditions sociales d'existence» (manque d'emploi, de logement, situations socio-économique de précarité sociale, etc.) pouvant les rendre vulnérables au risque d'infection au VIH. Ils ouvrent ainsi des opportunités d'intervention plus large que la seule injection à risque réduit.

4.1.4 Une approche par objectif au plan individuel

Les interventions des trois programmes (site fixe, travail de rue et centre de jour) se réalisent généralement selon une approche appelée par objectif. Cette approche vise à agir sur la vulnérabilité au risque d'infection en soutenant les personnes vers une prise de contrôle sur différentes dimensions de leur vie.

L'aspect central des interventions individuelles est donc de travailler à partir des objectifs de vie des usagers-ères rencontrés, selon les «conditions de vie» (trajectoires sociales, interactions, contexte normatif, etc.), au cas par cas. L'étendue des objectifs est alors variable d'un usager-ère à l'autre. Les interventions sont modulées selon les besoins exprimés par l'usager-ère : l'usage de drogue, la prostitution, les relations amoureuses, la famille, etc. En fait, cette approche a comme prémisse de prendre les personnes là où elles se trouvent dans leur trajectoire sociale, puis de les accompagner dans l'établissement d'objectifs qui permettraient d'améliorer leurs conditions de vulnérabilité aux risques et de les soutenir dans leurs démarches pour atteindre ceux-ci.

Les intervenants-es tentent de dégager des alternatives viables à moyen et à long terme et à mettre de l'avant des moyens pour poursuivre leurs objectifs «de vie» dans le temps. Dans l'éventualité où les choix des usagers-ères seraient perçus comme n'étant pas adéquats pour eux, les intervenants-es feront ressortir les enjeux ou les conséquences potentielles de ceux-ci. En dernière instance, ce sera toujours l'usager-ère qui décidera de ce qui peut être adéquat pour lui. C'est ainsi qu'à un usager-ère qui dit avoir eu de la difficulté à exprimer ses malaises lors d'une récente thérapie, l'intervenant-e l'invite à parler dans un endroit calme. Lorsqu'il lui répète qu'il ne veut pas, car il a peur de «sauter une coche», qu'il préfère «se geler pour ne pas réagir», l'intervenant-e lui répond qu'il pourra crier, frapper dans les murs, enfin que cela va lui faire du bien de parler. L'usager-ère accepte finalement de prendre contact. Cette approche tire profit des liens établis et crée des opportunités de changement qui s'orientent vers l'amélioration des conditions de vulnérabilité sociale, notamment à l'égard du VIH.

Les pratiques d'intervention par objectifs sont susceptibles de faciliter le déclenchement d'une démarche (réflexion, stratégie alternative, etc.) chez les usagers-ères, puisqu'elles semblent stimuler leur motivation à développer des actions personnelles ou des stratégies en fonction d'objectifs visant l'amélioration d'un aspect ou l'autre de leur «conditions sociales d'existence» (recherche d'un travail et d'un logement, prendre soin de soi, modifier son usage de drogues, etc.) tout en respectant leurs choix. Par exemple, pour une usagère qui recherche de l'emploi, l'intervenant-e lui propose de l'accompagner jusqu'à un club de recherche d'emploi. À un autre moment, un intervenant-e questionnera un usager-ère sur le résultat des démarches qu'il a entrepris avec un groupe d'information sur le travail.

Enfin, les intervenants-es présentent leur intervention selon une logique «d'étape par étape» qui s'articule autour des «petits succès» individuels des usagers-ères. La plupart des intervenants-es qualifient leur approche d'humaniste et centrée sur la personne. Autrement dit, ils cherchent à «aller vers ce que la personne veut» et respecter les besoins exprimés par celle-ci. Les intervenants-es valorisent une pratique dite

d'«empowerment» de l'UDI dans laquelle ils se reconnaissent comme des «éléments déclencheurs» du développement de «son potentiel, ses rêves, ses goûts, ses intérêts». Leur perception de la relation d'aide s'oriente vers la «réciprocité», le «pouvoir de changer les choses», «l'apport de part et d'autre». Autrement dit, malgré l'inévitable asymétrie dans la relation «intervenants-es et usagers-ères», les intervenants-es croient à l'«empowerment» comme une possibilité de relation coopérative dans une visée la plus égalitaire possible qui permettrait un plus grand contrôle des usagers-ères sur l'atteinte des objectifs importants pour eux.

4.1.5 Des interventions flexibles adaptées aux situations de vie des usagers-ères et au contexte de la pratique

Bien que les programmes du site fixe, de travail de rue et du centre de jour offrent des possibilités d'intervention spécifique, les observations ont permis de constater que les intervenants-es agissent avec souplesse et flexibilité pour répondre à la complexité des situations et les multi-problématiques vécues par les usagers-ères. Ils doivent faire preuve d'inventivité pour répondre aux situations instables, voire en mouvance des usager-ères et pour affronter celles d'un contexte de travail caractérisé par l'imprévisibilité. Face à cette réalité, ils doivent constamment réfléchir sur la manière dont ils vont agir et ajuster leur tir dans le cours de l'action. Les intervenants-es construisent leur savoir d'action à partir d'une confrontation entre le savoir théorique acquis de leur formation sur l'intervention psychosociale et la réalité concrète d'un milieu de travail hautement complexe.

La réalité de certains lieux physiques d'intervention dans la rue nécessite une modulation des pratiques à partir d'un savoir développé sur le terrain. Plus précisément, il fut fréquemment observé au travail de rue que, dans une seule soirée, les intervenants-es aient rencontré successivement le long de leur parcours des squeegee, des travailleuses du sexe, des jeunes, des travestis, des clients d'un Peep Show, etc. Ils

devaient ajuster leur manière d'engager un contact et créer une relation de confiance avec des usagers-ères ayant un mode de vie différent.

Lors des situations potentiellement violentes, les intervenants-es n'interviendront pas dans l'immédiat. Dans ces circonstances, ils jugent que l'intervention peut aussi bien nuire aux usagers-ères que les aider, comme par exemple, dans les piqueries ou les milieux liés à la criminalité. Ils reconnaissent cependant l'importance d'interroger plus tard ces derniers sur les situations à risque auxquelles ils s'exposent dans leur environnement. Dans d'autres circonstances, les pratiques d'intervention à Spectre de rue supposent de travailler dans un contexte complexe et plusieurs intervenants-es s'accordent pour qualifier leurs conditions d'interventions comme étant celles de l'urgence et de la gestion de situations de crise¹⁴, principalement dans le cadre du travail de rue.

4.2 La dimension instrumentale

Comme nous l'avons souligné dans le chapitre 1, les écrits montrent que la disponibilité du matériel de protection constitue une condition de base nécessaire à la prévention. La dimension instrumentale de la prévention du VIH à Spectre de rue comprend trois activités : l'échange de seringues (distribution et récupération), la distribution du matériel d'injection à risque réduit autres que les seringues (tampons d'alcool, bouteilles pour le transport de l'eau, contenant de récupération) et la distribution du matériel de protection pour les relations sexuelles (condoms et sachets de lubrifiant).

La dimension instrumentale de la prévention du VIH est considérée comme un moyen pour rejoindre les UDI et développer des liens avec eux. Tant l'échange de seringues que la distribution du matériel d'injection et de protection ouvrent sur un espace

¹⁴ Dans le domaine de l'intervention, la situation de crise est un moment de déséquilibre dans un système qui recherche l'équilibre. Il est opportun de profiter de la crise pour initier un changement. On intervient immédiatement pendant la crise, puisque l'individu en crise cherche une solution pour revenir à un certain équilibre et que si ce n'est pas l'intervention qui apporte la solution, l'individu cherchera une autre solution ailleurs qui n'amènera pas nécessairement vers un changement.

d'opportunités pour des interventions plus en profondeur avec les usagers-ères. Cependant, il est important de souligner que la distribution du matériel de protection et la récupération des seringues ne constituent pas l'unique base sur laquelle les contacts avec les UDI sont établis. Plusieurs situations, comme par exemple des situations de crise ou de demande d'aide, peuvent constituer l'objet d'interventions psychosociales auprès des populations marginalisées vivant au Centre-ville et au Centre-sud de Montréal.

Dans le contexte du travail de rue, certains intervenants-es ont exprimé leur ambivalence concernant la pratique d'offrir pro-activement le matériel de prévention du VIH ou bien d'attendre la demande des usagers-ères. Comme il a été mentionné précédemment, l'établissement d'un lien de confiance lors du contact avec l'utilisateur-ère est considéré comme prioritaire pour tous les intervenants-es. Certains craignent qu'une attitude pro-active vienne briser ce lien, car elle signifierait implicitement qu'on formule «pour» les usagers-ères les besoins et les comportements à adopter, comme l'utilisation du matériel de protection, sans tenir compte de leur capacité de décider et de leur autonomie.

4.2.1 L'échange de seringues

Les observations ont permis de constater qu'il existe une variabilité dans le processus de distribution et de récupération de seringues. Depuis la levée des quotas pour les seringues par la Direction de la santé publique dans les PÉS, les usagers-ères peuvent recevoir autant de seringues que demandées. La politique à Spectre de rue est d'offrir une seringue de plus que le nombre rapporté de seringues souillées. Le protocole de Spectre de rue reconnaît que les intervenants-es peuvent moduler leurs pratiques de manière autonome pour mieux répondre aux circonstances et aux situations particulières des usagers-ères. Lorsqu'un intervenant-e prend l'initiative d'agir différemment en regard de la politique d'échange habituelle, il devra cependant évaluer les implications de sa

décision avec ses collègues et la direction dans le but de maintenir la cohérence du programme.

Ainsi les UDI peuvent obtenir un nombre de seringues équivalent à la quantité de seringues souillées qu'ils auront rapportées tandis que, dans d'autres situations, le nombre de seringues qui leur est remis variera selon le jugement de l'intervenant-e. Par exemple, si un usager-ère est connu et qu'il rapporte fréquemment ses seringues souillées ou bien qu'il possède un contenant de récupération dans son milieu, les intervenants-es peuvent assouplir les règles habituelles d'échange. De plus, pour fournir provisoirement une piquerie, les intervenants-es peuvent donner un «kit» composé de seringues, condoms, tampons d'alcool et un contenant de récupération à l'utilisateur. Il est également arrivé que, pour un «gros échangeur», l'intervenant-e a donné 1 000 seringues et deux boîtes de condoms (288 unités) car il irait distribuer le matériel auprès d'une trentaine d'UDI dans une piquerie. Cette stratégie fait appel au bon jugement des intervenants-es. Malgré qu'elle puisse conduire à des pratiques variables d'un intervenant-e à l'autre, elle offre une possibilité de répondre aux besoins spécifiques de certains UDI et des échangeurs du milieu.

Le processus de récupération est effectué durant une tournée hebdomadaire dans le quartier pour récupérer les seringues souillées laissées dans l'environnement. Au moment des observations, Spectre de rue avait fait installer des contenants de récupération dans les endroits avec lesquels l'organisme avait des ententes et où étaient auparavant laissées dans l'environnement plusieurs seringues souillées, notamment dans les Peep-show et les piqueries. De plus, dans le cadre du travail de rue, les intervenants-es circulent dans les Peep-show pour vider les contenants installés dans les toilettes ou bien pour récupérer les seringues laissées dans les cabines. Pour les piqueries, lors du transfert des divers récipients, utilisés par les intermédiaires, vers les contenants de récupération, les intervenants-es insistent pour que des précautions soient prises afin d'éviter les risques d'infection au contact accidentel avec les aiguilles. Lors des observations dans une conciergerie, l'intervenant-e transvidait les seringues, une à une,

LES PRATIQUES D'INTERVENTION

dans son contenant avec des pinces à partir du contenant de récupération et les transportait dans son sac à dos.

Des tournées dans les parcs, les rues et les ruelles situés autour de l'organisme étaient organisés quotidiennement¹⁵. Au moment des observations, un «blitz de ramassage de seringues souillées» avait été élaboré dans le quartier Centre-Sud, auquel des usagers-ères avaient participé.

Les observations ont toutefois révélé que certaines pratiques de manipulation des seringues comportaient des risques chez les UDI. Il a été observé que certains intermédiaires utilisaient des bombes de boissons gazeuses, des boîtes de croustilles, des verres pour conserver les seringues souillées avant de les transvider dans un contenant de récupération. Il arrive également que les intervenants-es de rue, qui changent les contenants de récupération provenant des toilettes des Peep Show, les rencontrent brisés et vidés.

Les données quant à la récupération de seringues provenant du rapport annuel 1998-1999 montrent un taux élevé de récupération, soit de 89% au site fixe et de 85,4% au travail de rue qui, avec le programme de récupération de seringues souillées, augmente jusqu'à 92% pour la même année. On peut supposer qu'une partie des seringues non récupérées lors de l'échange ou de la récupération se retrouvent à d'autres endroits à la traîne. Par contre, une question se pose à savoir si les seringues récupérées par le programme proviennent de Spectre de rue d'une part, et comment, pourrait-on démontrer quantitativement l'augmentation du taux de récupération au site fixe et au travail de rue d'autre part.

Enfin, les observations ont fait ressortir certaines conditions particulières liées au travail de rue. Il y a plusieurs stratégies actives mise en place pour développer des

¹⁵ Il est important de mentionner que la programmation de Spectre de rue possède maintenant un programme de Réseau de récupération de seringues souillées qui vise la sensibilisation et la responsabilisation sociale face à cette problématique.

réseaux d'échanges secondaires et s'assurer de maintenir un lien avec les UDI qui fréquentent peu ou pas le site fixe. Ainsi, tout au long de leur trajet quotidien, les interventants-es de rue effectuent la livraison de seringues dans les piqueries, les bars et les peep-show. Des seringues sont également distribuées aux jeunes squeegees rencontrés sur la rue. Les observations ont démontré que ces stratégies permettent la création de réseaux d'échanges secondaires.

En résumé, l'échange de seringues (distribution et récupération) est caractérisée par une pratique variable fondée sur l'évaluation par les intervenants-es des besoins rencontrés par les UDI ou par les distributeurs dans le milieu. Le taux de récupération totale de 92% est élevé. On peut supposer qu'une partie des seringues non récupérées lors de l'échange ou de la récupération se retrouvent à d'autres endroits à la traîne. Par contre, une question se pose à savoir si les seringues récupérées par le programme proviennent de Spectre de rue d'une part, et comment, pourrait-on démontrer quantitativement l'augmentation du taux de récupération au site fixe et au travail de rue d'autre part. Dans cette perspective, il y a quand même lieu de s'interroger sur les motifs ou les facteurs susceptibles de constituer un obstacle pour les UDI à récupérer leurs seringues et à développer des stratégies pour contrer ces obstacles.

La proximité qu'offre le cadre du travail de rue avec les milieux de vie des UDI permet la distribution et la récupération des seringues auprès d'usagers-ères qui ne fréquentent pas le site fixe. Néanmoins, il y aurait un travail d'éducation à réaliser auprès des UDI et des intermédiaires concernant la manipulation des seringues et des contenants de récupération.

4.2.2 La distribution du matériel d'injection à risque réduit autre que les seringues

Aux seringues distribuées pour minimiser le risque d'infection par le VIH s'ajoutent les tampons d'alcool pour la désinfection du site d'injection, les bouteilles pour le transport de l'eau servant à diluer la drogue (cocaïne, héroïne, etc.) et les contenants de récupération.

LES PRATIQUES D'INTERVENTION

Les tampons d'alcool et les bouteilles pour le transport de l'eau font partie du matériel jugé essentiel aux injections à risque réduit. Le protocole de Spectre de rue mentionne que pour chaque seringue donnée, les intervenants-es offrent deux tampons d'alcool. Spécifique à l'organisme, cette pratique préconise le nettoyage du site avant et après l'injection, ce qui nécessite nécessairement deux tampons d'alcool.

En regard des tampons d'alcool et des bouteilles pour le transport de l'eau, l'enjeu est que ce matériel d'injection à risque autre que seringues n'est pas toujours distribué de manière systématique lors de l'échange de seringues. Deux motifs viendraient expliquer cette situation : le manque de constance dans l'offre et le refus des UDI de les prendre. En ce qui a trait plus spécifiquement aux bouteilles pour le transport de l'eau et aux tampons d'alcool, les règles à Spectre de rue demeurent imprécises. Toutefois, il a été observé que, tant au site fixe qu'au travail de rue, ce matériel n'est généralement offert qu'à la suite d'une demande formulée explicitement par les UDI. Par exemple, c'est lorsqu'un UDI demande des tampons d'alcool ou des bouteilles d'eau, que l'intervenant-e remettra ce matériel. À d'autres moments, on peut recommander à l'usager-ère de se procurer la bouteille d'eau dans un dépanneur. Ces constatations semblent correspondre aux préoccupations de certains intervenants-es de respecter les usagers-ères et d'attendre qu'ils se manifestent avant d'agir pro-activement. Par contre, si le matériel n'est pas toujours distribué conjointement aux seringues, c'est aussi parce que les UDI ne les acceptent pas à certains moments. Certains UDI mentionnent qu'ils possèdent déjà des tampons d'alcool chez eux. Ce n'est pas parce que le matériel d'injection est offert que les individus en prennent et, cela, même lors d'une distribution systématique.

Bref, les tampons d'alcool et les bouteilles pour le transport de l'eau ne sont pas toujours offerts systématiquement avec la distribution des seringues et il arrive également que les UDI les refusent malgré qu'ils soient offerts. Dans le contexte du travail de rue, l'ambivalence face à une distribution pro-active pourrait s'expliquer par la crainte énoncée par certains intervenants-es de briser le lien de confiance. L'incitation quant à la pertinence d'utiliser ce matériel lors des injections a rarement été observée, tant au site fixe qu'au travail de rue. L'utilisation de ce matériel devrait être promu, même s'il existe

des réticences de la part des UDI. Il serait donc important de développer des stratégies de promotion plus efficaces pour favoriser son utilisation auprès des UDI et également de mieux connaître les motifs de leur réticence d'utiliser les tampons d'alcool et les bouteilles d'eau.

4.2.3 La distribution du matériel de protection pour les relations sexuelles (condoms et sachets de lubrifiant)

Tout comme le matériel d'injection, les condoms font partie du matériel distribué à des fins préventives. L'usage de condoms dans les rapports sexuels afin de se protéger du risque d'infection par le VIH et les ITS est considéré comme primordial dans ce milieu à haut risque. En ce qui a trait au lubrifiant, celui-ci est promu principalement afin de limiter les bris de condoms et l'irritation des organes génitaux. Le protocole indique qu'au moment de l'échange de seringues, des condoms et du lubrifiant seront remis aux UDI. De plus, selon la demande, les usagers-ères recevront une série de six condoms, tandis que les travailleurs-es du sexe en auront quant à eux deux séries...

Les observations ont permis de constater que la pratique de distribution de condoms et des sachets de lubrifiant varie selon une logique d'évaluation des besoins. Par exemple, malgré une règle de distribution orientée vers un maximum de six condoms par usager-ères, une intervenante a augmenté ce nombre pour répondre à la pratique sexuelle distincte d'un transsexuel. Ce dernier reçut 12 condoms pour répondre à une utilisation de deux condoms pour chaque relation sexuelle dans laquelle il pénètre simultanément un partenaire et se fait pénétrer par un autre. De plus, dans le cadre du travail de rue, le matériel peut être déposé dans des endroits stratégiques. À un moment donné, des condoms et des sachets de lubrifiants furent déposés dans des chapeaux haut de forme qu'un barman fit circuler parmi les clients. À la fin de leur travail, les danseuses des bars environnants pouvaient également s'approvisionner de ce matériel de protection.

Il n'y a pas non plus de protocole explicite dans le cas des usagers-ères qui se présentent comme des «intermédiaires» ou des «échangeurs», donc qui ne demandent pas que pour leur usage personnel. Il ne semble pas y avoir de limite précise au nombre de condoms distribués. Ce matériel est distribué selon la demande, le besoin, ou encore est déposé à des endroits considérés comme stratégiques (peep-show, bars, piqueries, etc.).

En bref, les observations permettent de constater que la distribution des condoms se fait généralement selon une logique de besoins perçus par les intervenants-es et semble correspondre au nombre de condoms nécessaires aux besoins spécifiques des usagers-ères (ex. travesti, travailleur-es du sexe, etc.). Les stratégies de distribution de ce matériel relèvent de l'autonomie des intervenants-es quant à la quantité donnée, la forme de distribution ainsi que les endroits stratégiques de distribution.

4.3 La sensibilisation et l'éducation

Les interventions visant la sensibilisation et l'éducation des UDI au risque d'infection par le VIH, qu'elles soient en regard de l'injection à risque réduit, du port du condom, d'information sur la transmission du VIH et des ITS, relèvent du deuxième objectif spécifique de la programmation de Spectre de rue. Elles s'ajoutent à la distribution du matériel de protection et à la récupération des seringues de manière à minimiser l'exposition au risque d'infection par le VIH, notamment en encourageant une plus grande autonomie individuelle vers la gestion du risque d'infection.

Au programme du site fixe comme au travail de rue, l'éducation vise des changements de comportements et de conduites individuelles. Dans leur préoccupation de dépasser l'aspect instrumental de la prévention au VIH, certains intervenants-es vont «faire des invitations» aux usagers-ères à discuter et à parler de leurs situations ou de la meilleure manière de gérer des risques.

4.3.1 La promotion de l'injection à risque réduit

L'injection à risque réduit constitue un des objets principaux autour duquel s'actualisent les interventions visant la sensibilisation et l'éducation des UDI au risque d'infection par le VIH. Les interventions portent généralement sur la transmission de renseignements concernant les techniques d'injection. Elles regroupent des informations sur le nettoyage du site d'injection avec de l'alcool, sur les hépatites et leurs modes de transmission et sur l'utilisation d'une seule seringue pour chaque injection. De plus, les interventions sur le risque associé à l'injection peuvent viser le déclenchement d'une réflexion chez les UDI à l'égard de leurs pratiques d'usage de drogue, notamment en ce qui a trait au contexte qui favorise la vulnérabilité au risque (par exemple, dans une piquerie).

Les aspects techniques de l'injection sont généralement abordés lors des interventions éducatives auprès des UDI. Par exemple, dans une piquerie, il a été observé une situation dans laquelle un UDI tentait de s'injecter avec l'aide de plusieurs personnes environnantes. L'intervenant-e s'est approché de l'UDI pour lui montrer la manière de poser un garrot et de s'injecter de manière sécuritaire. D'autre part, les dimensions concernant les contextes d'usage à risque, les conséquences d'une grande consommation ainsi que les modes alternatifs d'usage de drogue font l'objet d'intervention, lorsque le contexte d'usage de drogue est susceptible d'influencer la prise de risque.

Ainsi, dans le cadre du travail de rue, il a été observé une situation dans laquelle plusieurs personnes s'injectaient avec partage de seringues dans une cuisine, se piquant entre eux, de telle sorte que l'intervenant-e demeurait impuissant devant une telle situation. Il préférera attendre de pouvoir rencontrer individuellement les usagers-ères dans un endroit plus calme pour discuter des risques de leur usage de drogue dans ces circonstances. Au site fixe, face à une UDI qui se préparait à aller faire un hit avec d'autres UDI, une intervenante n'a pas insisté pour lui transmettre des informations sur la prévention, puisqu'elle considérait que l'usagère n'était évidemment pas réceptive pour les recevoir. Dans les deux situations, les interventants-es ont décidé d'attendre le

moment où les UDI se retrouveront dans des dispositions favorables à recevoir des informations ou à discuter de leur situation.

En résumé, les interventions portent généralement sur la transmission des renseignements concernant les techniques d'injection. Si les conditions le permettent, des interventions sont réalisées afin de sensibiliser les UDI quant à l'influence des conditions qui favorisent le risque, de manière à susciter une réflexion sur les situations qui les prédisposent à prendre des risques, qu'il s'agisse des lieux, du mode d'usage de drogue ainsi que de l'usage de drogue en groupe. Les interventions d'éducation et de sensibilisation se réalisent parfois après coup, au moment où les UDI sont disposés à recevoir de l'information. Cette approche a le mérite de prendre en considération les multiples facteurs (situation de vie, contexte et conditions de l'injection, etc.) qui interviennent sur la prise de risque et d'intervenir selon une logique qui favorise le maintien des liens de confiance. Néanmoins, il y aurait lieu de s'interroger sur les stratégies à développer pour promouvoir la réduction de ces situations à risque, auprès des UDI en général. Notamment, par le développement de programmes de prévention plus larges, orientés vers les conditions de vulnérabilité (ex. atelier de réflexions destinées aux UDI, soirées d'information et de sensibilisation). Il est important de souligner que des activités orientées dans cette perspective font actuellement partie de la programmation de spectre de rue et seront décrites plus loin.

4.3.2 La promotion du port du condom et la sensibilisation aux risques liés aux activités sexuelles non protégées¹⁶

Comme nous l'avons mentionné précédemment, Spectre de rue distribue des condoms et des sachets de lubrifiants afin de fournir le matériel de protection du risque d'infection par le VIH et des ITS. Les interventions de promotion du port du condom visent le port du

¹⁶ Il est important de souligner que la prévention du VIH et des ITS ne se réalise pas uniquement auprès des UDI. Plusieurs non-UDI ont des contacts avec l'organisme. Ainsi, les résultats présentés ci-dessous doivent être considérés comme s'appliquant à la fois aux UDI et aux non-UDI. Il en est ainsi pour toutes les sections du rapport qui ne portent pas spécifiquement sur des aspects relatifs à l'injection.

condom et l'utilisation du lubrifiant pour limiter les bris de condoms et l'irritation des organes génitaux. L'information véhiculée sur les risques d'infection au VIH et aux ITS lors des relations sexuelles non protégées porte principalement sur les modes de transmission et sur les moyens techniques de se protéger de ces risques. Les observations ont permis de constater que les interventions visant spécifiquement la sensibilisation et l'éducation des usagers-ères sur la transmission du VIH et des ITS étaient moins fréquentes que celles touchant l'injection à risque réduit. Au site fixe, les informations sont généralement distribuées sous forme de dépliants et lorsque les usagers-ères formulent explicitement une demande d'information.

Néanmoins, d'autres observations ont permis de noter l'existence d'interventions plus élaborées visant le développement de stratégies de gestion du risque d'infection par le VIH et les ITS, qui tiennent compte des contextes de vulnérabilité. Par exemple, dans le cadre du travail de rue, des interventions visaient à déclencher une réflexion sur l'évitement des situations de vulnérabilité au risque chez certains travailleurs-es du sexe, comme par exemple, l'exercice de leur pratique dans un milieu sécuritaire permettant la négociation avec le client.

Il est également important de souligner, qu'au moment des observations, une entente existait entre le département de médecine préventive du Centre hospitalier Saint-Luc et Spectre de rue pour la prévention de l'hépatite A et B dans les milieux visités dans le cadre du travail de rue. Ainsi, un soir par semaine, une infirmière accompagnait un travailleur de rue pour effectuer la vaccination dans les piqueries. La promotion de ces activités était affichée dans les lieux fréquentés par les UDI. À ces occasions, il a été observé plusieurs interventions de sensibilisation et d'éducation concernant les hépatites et les modes de transmission. Cependant, malgré les explications théoriques, une ambiguïté semblait persister chez certains UDI concernant la notion de protection au risque d'infection au VIH suite à la vaccination préventive. En effet, certains usagers-ères de la piqueries prétendaient qu'après l'inoculation du vaccin contre l'hépatite A et B, il n'y aurait plus nécessité d'utiliser le condom. Ces observations font ressortir le manque de connaissance ou la confusion des UDI suite à la vaccination et la nécessité de clarifier les

LES PRATIQUES D'INTERVENTION

messages informatifs auprès des UDI ou bien de s'interroger sur leur capacité de réceptivité du message dans un contexte tel que la piquerie.

Bref, les interventions portent généralement sur la transmission d'information des risques liés aux relations sexuelles non-protégées et sur les moyens de s'en protéger. Toutefois, les observations ont permis de constater que des interventions visent le développement de stratégies individuelles de gestion du risque d'infection par le VIH et par des ITS. Dans cette perspective, il nous semble important de soutenir le développement de ces interventions qui dépassent la seule transmission d'informations techniques et la réponse à des situations problématiques en lien avec les «conditions de vie» pour favoriser une plus grande autonomie (négociation du port du condom, évitement de situations à risque, etc.) des usagers-ères vis-à-vis de la gestion des risques d'infection par le VIH ou par les ITS. De plus, les observations font ressortir le manque de connaissance ou la confusion des UDI suite à la vaccination réalisées à l'intérieur des piqueries. Certains UDI se croient protégés suite à la vaccination et ne voient plus la nécessité d'utiliser le condom comme matériel de protection. Il y a lieu de s'interroger sur les motifs de cette confusion et l'importance de clarifier les messages informatifs auprès des UDI ou bien de s'interroger sur leur capacité de réceptivité du message dans un contexte tel que la piquerie.

4.4 Le soutien des démarches vers la socialisation et l'adaptation sociale

Cette dernière section du chapitre est consacrée aux pratiques d'intervention se rapportant au troisième objectif spécifique de l'organisme qui est de favoriser le soutien des démarches des usagers-ères vers la socialisation et l'adaptation sociale. Nous avons vu précédemment que Spectre de rue considère aussi la prévention du VIH dans une logique de soutien à l'amélioration des «conditions de vie» comme élément de réduction de la vulnérabilité au risque, même si ce type d'intervention consiste essentiellement en des interventions individuelles. Les interventions de soutien des démarches vers la socialisation et l'adaptation, qui incluent aussi l'accompagnement et la référence, se

réalisent conjointement avec l'échange de seringues, de telle sorte que cette dernière peut être un incitatif pour entreprendre une démarche d'utilisation des ressources par les UDI. Les intervenants-es considèrent qu'ils «facilitent les moyens d'aller à la société» des usagers-ères, en les informant sur les endroits où aller chercher de l'aide auprès des services sociaux, de santé et de désintoxication. Les services de première ligne du système de santé et des services sociaux sont visés, mais également d'autres ressources (OSBL) se rapportant aux «conditions sociales d'existence» des UDI, que ce soit en lien avec la question du logement ou de la recherche de travail.

Plusieurs interventions de soutien des démarches de socialisation et d'adaptation sociale ont été observées. Toutefois, il a été constaté que l'absence de services adaptés (cloisonnement des services, etc.) pour répondre aux multiples problèmes (qui par ailleurs relèvent plus souvent qu'autrement de leurs conditions de grande précarité sociale) vécus par les usagers-ères limitent considérablement les possibilités de référence. Le peu de ressources adaptées à la problématique des UDI restreint les possibilités réelles de référence et, malgré les désirs d'agir à ce niveau, les intervenants-es se retrouvent souvent avec peu d'outils pour répondre à ces situations complexes.

À cela s'ajoute le fait que la plupart des usagers-ères observés durant l'étude vivent dans des conditions socio-économiques de pauvreté extrême et sont généralement désaffiliés des réseaux formels d'insertion sociale (sans travail, sans domicile fixe, etc.) ainsi que des réseaux informels (familles, amis...). Par conséquent, la tendance est de répondre aux situations de crise ou d'urgence¹⁷ fréquentes chez les usagers-ères.

¹⁷ Les intervenants-es distinguent ces deux situations demandant une réponse dans l'immédiat. C'est ainsi que, selon eux, la situation de crise se rapporte davantage à un questionnement d'ordre existentiel caractérisant une personne «désorganisée» et «qui ne sait plus où elle est», tandis que la situation d'urgence suppose un niveau de dangerosité pour la santé et la survie de la personne et son entourage.

Cette dernière partie du chapitre 4 présente les pratiques se rapportant aux interventions de soutien des démarches vers la socialisation et l'adaptation sociale. Elle est divisée en quatre sections : 1) l'usage de drogue, la toxicomanie et la réduction des méfaits, 2) la santé physique et psychologique, 3) la défense des droits de la personne et 4) les «conditions sociales d'existence». Malgré que plusieurs de ces dimensions soient présentes à l'intérieur d'un même espace d'intervention, nous les avons analysées séparément afin d'identifier les enjeux spécifiques qui les caractérisent, en particulier quant à leur effet potentiel sur la réduction de la vulnérabilité au risque d'infection par le VIH.

4.4.1 L'usage de drogue, la toxicomanie et la réduction des méfaits

Les interventions à Spectre de rue se réalisent dans le cadre de l'approche de réduction des méfaits. Cette approche vise la réduction des risques associés à l'usage de drogues (Brisson, 1995 et 1997). Ainsi, les interventions du programme d'échange de seringues ne préconisent pas l'abstinence (sans l'exclure), mais visent plutôt à offrir du soutien et des outils aux UDI en vue de les aider à exercer un contrôle sur leur usage de drogue en minimisant les risques de conséquences associés à celle-ci et, plus spécifiquement, à l'injection.

En regard de la philosophie de la réduction des méfaits, il ressort que certains intervenants-es s'interrogent sur leurs valeurs personnelles et celles de la société quant à leurs pratiques de distribution de seringues auprès des UDI, soit en confrontation avec les préjugés provenant des normes sociales considérant qu'ils encouragent la consommation de drogues, soit en référence avec leur désir d'aider la personne à ne pas faire usage de drogue. Toutefois, ils s'accordent pour reconnaître que la réduction des méfaits est un moyen de rendre l'usage de drogue plus sécuritaire et de prévenir les risques d'infection au VIH. De plus, il y a un élargissement de la définition du concept de réduction des méfaits qui inclut également la réduction des risques pour la santé des personnes. Pour d'autres intervenants-es, la réduction des méfaits passent également par l'intervention

psychosociale lors de l'échange de seringues. Pour eux, l'intervention et la réduction des risques d'infection au VIH par l'échange de seringues font partie d'un même espace de pratique et se réalisent conjointement.

D'emblée, il est aussi reconnu qu'il n'existe pas de solution définitive pour réguler le contrôle de l'usage de drogue. Dans certains cas, les risques liés à l'usage de drogue relèvent des conditions de consommation ou de l'injection («conditions de vie» et contextes de l'injection comme, par exemple, les piqueries). Dans d'autres cas, la dépendance au produit peut s'avérer l'aspect le plus important pour la prise de risque, de telle sorte que des changements dans le rapport au produit sont nécessaires pour diminuer les risques. De plus, c'est souvent suite à des trajectoires de ruptures et de désaffiliation des réseaux d'insertion que la dépendance s'installe. Ainsi, les interventions doivent non seulement viser l'usage de drogue, mais aussi les conditions de celle-ci. Les interventions portant sur les «conditions sociales d'existence» seront analysées dans une prochaine section.

En ce qui concerne les interventions visant la dépendance au produit, elles supposent l'établissement de liens avec les ressources cliniques¹⁸ afin d'offrir aux UDI un soutien pour mieux gérer leur consommation. Il est reconnu (dans les écrits théoriques et le savoir expérientiel des intervenants-es) que, lorsque la dépendance au produit est élevée ou lorsque les conditions d'un sain usage de drogue ne sont pas réunies, l'usage de drogue par injection peut représenter une situation de vulnérabilité au risque d'infection par le VIH. De ce fait, le soutien des démarches des UDI pour l'utilisation de ressources cliniques pour stabiliser leur situation de consommation s'avère essentiel, d'autant plus qu'il est reconnu que ceux-ci sont généralement méfiants à l'égard de ces ressources, que ce soit les centres de désintoxication ou de substitution comme le traitement à la méthadone.

¹⁸ Ici, le terme «clinique» fait référence à des ressources en lien avec la toxicomanie.

LES PRATIQUES D'INTERVENTION

Par conséquent, les intervenants-es doivent tenir compte de la diversité des situations d'usages de drogue des UDI et tenter de les référer à une ressource qui correspond à leur besoin, notamment au plan du choix exprimé vis-à-vis l'usage (arrêt, stabilisation, etc.). Les intervenants-es de rue ont quant à eux la liberté de se déplacer et d'accompagner physiquement les usagers-ères dans leur démarche. Ainsi, tout en tentant d'inciter les UDI vulnérables aux risques (notamment le risque d'infection par le VIH) à avoir recours aux ressources cliniques, c'est à partir d'une évaluation de la trajectoire de consommation et des objectifs exprimés par les UDI que les intervenants-es vont fonder leurs interventions.

Tant au site fixe qu'au travail de rue, les observations ont permis de constater que plusieurs interventions sont réalisées dans le but d'inciter et de soutenir les usagers-ères à amorcer ou à poursuivre une démarche concernant leur problématique de l'usage de drogue. Les intervenants-es profitent des contacts lors de l'échange de seringues pour interroger les usagers-ères sur leurs situations d'usage de drogue : forte consommation, situations d'intoxication, ambivalence à l'égard de l'usage de drogue, etc... Lors de leurs contacts avec les plus jeunes usagers-ères, certains intervenants-es considèrent importants d'explorer avec eux les motifs incitatifs à leur usage de drogues, telle la marijuana.

Du soutien est également donné aux usager-ères pour la poursuite de démarche vers des ressources cliniques de désintoxication. Au site fixe, de la référence ainsi que des démarches (contact, transport, etc.) sont réalisées afin de répondre immédiatement aux demandes d'utilisation des ressources des UDI. Des interventions visent également à offrir du soutien aux usagers-ères à la sortie d'un centre de désintoxication. Par exemple, lorsqu'une usagère ayant terminé une thérapie évoque ses difficultés financières, et la nécessité de recourir à la prostitution pour survivre et sa peur de rechuter si elle croise ses «amies de consommation», l'intervenant-e met l'accent sur la réussite de sa thérapie et l'invite à faire récit de sa démarche lors des activités collectives avec d'autres usagers-ères (comme les soupers-causerie). En lien avec sa problématique de travail, il lui parle également du GIT (Groupe Information Travail) et lui propose de l'aider à faire sa

demande. Enfin, à un usager-ère qui considère les démarches de désintoxication comme ardues et complexes, l'intervenant-e souligne que les habiletés acquises lors de cette expérience seront transposables à d'autres dimensions de sa vie. En outre, l'arrêt de l'usage de drogue et la désintoxication sont proposés ici comme des possibilités d'acquisition d'habiletés pour affronter les diverses situations de vie. Plusieurs intervenants-es regardent la rechute vers la toxicomanie comme faisant partie d'un cheminement «normal» et non comme un échec. Ils demeurent ainsi disponibles pour l'accueillir et l'accompagner à nouveau s'il exprime le désir de refaire des démarches pour diminuer son usage de drogue.

Par ailleurs, il a été observé que les intervenants-es tentent d'intervenir dans une perspective à plus ou moins long terme qui dépasse la réponse aux situations ponctuelles ou d'urgence. Ainsi, au moment des observations, des soupers-causerie, sur les thèmes de la dépendance, de l'«ergonomie de la seringue», etc. étaient organisés au centre de jour. Ces soupers-causeries semblaient offrir un espace de discussion pour les usager-ères sur des sujets se rapportant aux modes de consommation et de toxicomanie, tels le rituel ou le désir de l'injection. Ces activités génèrent une opportunité pour réfléchir collectivement sur certains mythes liés à l'usage de drogue par injection. Une initiative dans ce sens provenait de la représentante des usagers-ères de Spectre de rue qui, en conversant avec un intervenant-e, lui a signalé son intérêt d'élargir cette discussion à d'autres UDI. Les intervenants-es l'ont soutenu dans ses démarches pour l'organisation de ces rencontres. Ceci démontre une volonté de la part des intervenants-es de soutenir le développement d'initiatives personnelles chez les UDI et, par conséquent, de susciter une réflexion collective entre eux sur les stratégies pour diminuer leur vulnérabilité aux risques liés à l'usage de drogues.

Toutefois, les observations ont permis de constater que le peu de ressources adaptées à la problématique UDI limitait les possibilités de soutien aux démarches vers l'utilisation des ressources d'aide, qu'il s'agisse de ressources se rapportant à l'usage de drogue ou aux conditions de survie (logement, travail, etc.). Les observations font ressortir que les intervenants-es deviennent rapidement confrontés à des situations où les

LES PRATIQUES D'INTERVENTION

espaces d'intervention sont passablement restreints. Il semble ardu de trouver une ressource pour des UDI qui ne sont pas disposés à cesser complètement leur usage de drogues, dans un contexte où la plupart de celles-ci exigent l'abstinence, que ce soit pour avoir accès aux traitements, pour obtenir un logement ou encore pour tenter de se réinsérer au marché du travail. Ainsi, en l'absence d'alternatives adaptées aux UDI, il devient difficile d'intervenir pour favoriser la liaison entre le milieu de la rue (la marge) et le système social de prise en charge des problèmes liés à l'usage de drogues.

Par exemple, lors des observations au site fixe, une UDI a téléphoné pour demander de l'aide afin d'obtenir de la méthadone. Hospitalisée, elle avait débuté un programme de substitution. On lui avait remis une prescription médicale au moment de son congé. Toutefois elle se retrouvait dans l'impossibilité d'obtenir gratuitement de la méthadone puisque les services cliniques étaient fermés pour la fin de semaine. L'intervenant-e de rue s'est alors offert de l'accompagner à la pharmacie, mais la personne ne s'est pas présentée au site fixe. Cet exemple démontre une discontinuité entre les ressources cliniques et le milieu de vie des UDI. Le manque de suivi peut rendre difficile la poursuite du traitement par substitution. De par leur proximité et l'établissement d'un lien de confiance avec les UDI, les intervenants-es de Spectre de rue sont interpellés pour soutenir les démarches visant la réduction des méfaits. Cependant l'importance de leur rôle de médiateur entre le milieu et les ressources cliniques semblent encore peu reconnu par les réseaux de santé publique.

En résumé, trois grands aspects ressortent comme importants.

D'abord, les observations ont permis de constater que le manque de ressources cliniques en lien avec la toxicomanie adaptées à la problématique UDI constitue une contrainte à la référence et à l'accompagnement. Par conséquent, ce manque de ressource constitue une limite aux interventions sur l'usage de drogue dans les milieux de vie des UDI. De plus, de par leur proximité et les liens de confiance qu'ils développent avec les UDI, les intervenants-es de Spectre de rue sont interpellés à soutenir les démarches visant la réduction des méfaits. Cependant leur rôle d'intermédiaire entre le

milieu et les ressources cliniques demeurent peu reconnues par les réseaux de santé publique. Ainsi, il apparaît important que des actions soient entreprises par l'organisme et les autorités de la santé et des services sociaux pour favoriser le développement de ressources cliniques de référence adaptées à la diversité des situations d'usage de drogue et la réduction des obstacles rencontrés lors des interventions de référence et d'accompagnement, en particulier, le manque de continuité entre le travail de proximité et les ressources cliniques.

Ensuite, les observations ont également permis de constater que plusieurs UDI étaient confrontés, suite à une démarche de désintoxication ou de stabilisation de l'usage de drogue, aux difficultés de se recréer un réseau d'insertion sociale autre que celui dans lequel ils consommaient, voire aux difficultés de sortir des réseaux marginalisés. Ceci suggère que l'on tienne compte des conditions (sociales, relationnelles, etc.) susceptibles de favoriser la sortie des réseaux marginalisés.

Au site fixe comme au travail de rue, on a observé que les intervenants ancrent leur intervention dans la trajectoire des individus et dans une approche par objectif visant le soutien aux démarches d'utilisation des ressources cliniques. Il apparaît important que ces interventions se poursuivent car elles sont susceptibles de « donner sens » à l'utilisation des ressources et aux bienfaits de celles-ci sur l'amélioration des « conditions de vie » des usagers-ères. Cependant, il apparaît que suite à l'utilisation des ressources cliniques, des usagers-ères se retrouvent dans les mêmes conditions sociales qu'auparavant, de telle sorte que les dangers de « rechutes » ou de retour en arrière sont importants. Il semble que l'organisme et les autorités de la santé et des services sociaux devraient élargir leur champ d'action aux ressources sociales susceptibles d'offrir une alternative au plan de la réinsertion sociale, qu'il s'agisse de logement à bas seuil d'exigence, de travail à bas seuil d'exigence, d'éducation à bas seuil d'exigence, etc.

Enfin, étant donné la complexité de la problématique et des possibilités d'intervenir dans des situations complexes, des alternatives ont été développées par les intervenants-es, comme par exemple, les soupers-causeries portant sur différentes

dimensions de la problématique. Ces activités semblent favoriser le déclenchement d'une réflexion «collective» sur plusieurs enjeux liés à la vulnérabilité aux risques d'infection par le VIH et l'usage de drogue. Ces initiatives devraient être reconnues et mieux soutenues par l'organisme et les autorités de santé et des services sociaux car elles favorisent des interventions en amont, ayant une portée plus large (réseaux sociaux, etc.) que sur le seul comportement individuel.

4.4.2 La santé physique et psychologique

Les observations ont démontré que les intervenants-es de Spectre de rue, tant au site fixe qu'au travail de rue, devaient fréquemment répondre à des demandes concernant des problèmes de santé chez les usagers-ères. Les situations de vie vécues par les UDI en contact avec l'organisme comportent de multiples risques. De plus, ils deviennent réticents à l'égard des institutions et des services de santé qui ne sont généralement pas adaptés pour répondre à leurs besoins spécifiques ou immédiats. Pourtant, les UDI ont souvent des problèmes spécifiques de santé engendrés par leurs situations et leurs «conditions de vie», comme l'infection au site d'injection ou bien l'intoxication par des produits consommés. Bref, la situation de précarité sociale vécue par plusieurs des usagers-ères de Spectre de rue les rend particulièrement vulnérables à plusieurs risques par rapport à leur santé.

Les intervenants-es sont particulièrement sensibles aux problématiques de santé vécues par les usagers-ères qu'ils rencontrent. Ainsi, des interventions de soutien aux démarches pour l'utilisation des services de santé représentent non seulement une possibilité d'amélioration de l'état de santé, mais elles peuvent favoriser une réduction de leur vulnérabilité au risque d'infection par le VIH, si elles parviennent à modifier leur rapport à la santé dans une perspective d'en faire une dimension importante dans leur vie. À cet égard, des interventions sont généralement nécessaires pour établir ou rétablir le lien entre une population marginalisée et les différentes ressources en santé.

Les UDI sont souvent réticents à utiliser les services de santé, voire à y poursuivre des traitements médicaux, par méfiance, à cause des préjugés qui y prévaudraient et parce que le mode de fonctionnement de ces services nécessite une prise de rendez-vous et une carte d'assurance-maladie. De plus, à d'autres moments, certaines démarches simples peuvent représenter de véritables défis pour un UDI. Il est arrivé lors des observations qu'un usager-ère ait dit avoir fugué de l'hôpital où il était hospitalisé, même si son état était très précaire. Par exemple, lorsque le traitement pour sa deuxième crise cardiaque provoquée par overdose n'était pas terminé. A un autre moment, au site fixe, un usager-ère atteint d'un cancer a exprimé sa réticence face à la recommandation médicale de subir une opération chirurgicale. Dans ces deux situations, les intervenants-es sont intervenus pour inciter les usagers-ères à dépasser leurs appréhensions des services de santé, soit en contactant le milieu hospitalier, soit en téléphonant au médecin pour discuter du traitement.

Le soutien et la sensibilisation (se protéger, soutenir un individu qui vit avec le VIH, aider à prendre un rendez-vous, encourager à poursuivre un traitement, etc.) dans le milieu de vie sont fondamentaux, ne serait-ce que pour rappeler l'importance de prendre soin d'une plaie, d'abcès causé par l'infection du site d'injection ou pour déclencher une démarche vers l'amélioration de la santé. Aussi, certains usagers-ères font usage de drogues dont le contenu «suspect» porte des risques d'infection ou d'empoisonnement. Pour aider à prévenir cette dernière situation, les intervenants-es avaient affiché au site fixe un avertissement pour aviser les UDI à la prudence dans l'achat d'héroïne, car elle était continuellement coupée avec des produits inconnus.

En ce qui concerne la référence, les intervenants-es soutiennent les usagers-ères dans leurs démarches vers les services de santé en essayant de les outiller pour faire appel à une ressource. De plus, ils réfèrent à diverses ressources lorsqu'ils jugent que la condition de l'usager-ère représente des risques pour sa santé physique et mentale. C'est ainsi que dans le cas d'une usagère ayant des problèmes de santé mentale, les intervenants-es ont décidé d'une stratégie commune de ne pas laisser cette femme fréquenter seule le site fixe et d'appeler la responsable de son établissement résidentiel à

LES PRATIQUES D'INTERVENTION

chaque fois qu'elle se présentait à l'organisme. Dans une situation où une usagère avait fait une tentative de suicide, l'intervenant-e l'interpelle sur les motifs ayant conduit à son geste et les solutions qu'elle envisage pour s'en sortir. De plus, un intervenant-e a considéré important de visiter une usagère qui avait commis une tentative de suicide et qui était maintenant hospitalisée en salle d'urgence. Dans son approche pour susciter une réflexion sur sa condition de vie, l'intervenant-e a utilisé le renforcement positif, en reprenant les solutions qu'elle formulait pour répondre à ses problèmes et en validant la jeune dans la justesse de son jugement. Le lien de confiance et le suivi d'une relation d'aide développée par les intervenants-es de Spectre de rue avec les usagers-ères demeurent fondamentaux pour déclencher une démarche vers l'amélioration de la santé physique et psychologique.

Certains usagers-ères arrivent au site fixe en situations de crise causées par la violence ou l'instabilité émotionnelle et recherchent un traitement médical de première ligne, dont l'expertise ne relève pas des programmes d'interventions de Spectre de rue. Ses états de désorganisation peuvent déconcerter les intervenants-es. Lorsqu'une usagère est venue demander de l'aide au site fixe avec une enflure notable du genou et un problème pulmonaire, les intervenants-es du site fixe ont tenté de trouver une ressources sans rendez-vous et sans exigence de la carte d'assurance-maladie. Malgré leurs efforts, l'usager-ère a finalement quitté les lieux du site fixe sans attendre une réponse de leur part. Tout comme pour l'usage de drogue et la toxicomanie, les observations mettent en relief l'importance d'établir ou de rétablir les liens entre les ressources et ces populations marginalisées en favorisant une continuité des interventions développées par les intervenants-es et celles poursuivies dans les milieux cliniques de santé.

Enfin, des interventions réalisées en complémentarité entre les services infirmiers du Département de santé publique de l'hôpital St-Luc et le programme de travail de rue auraient avantage à être développées dans les milieux de proximité. Par exemple, les observations ont permis de voir que les tenanciers accueilleraient positivement les visites de l'infirmière pour la vaccination préventive, entre autres, en réservant et nettoyant un

appartement pour ces interventions auprès des UDI. Aussi, les propriétaires de peep-show, de bars et de piquerie vont parfois jusqu'à prêter un local à l'écart pour les interventions personnalisées ou bien à veiller à ce que les UDI ne s'injectent pas durant une vaccination. Il ressort également que plusieurs UDI se sentaient en confiance pour dévoiler spontanément leurs inquiétudes concernant leur état de santé et faire appel aux services accessibles de l'infirmière de rue. Dans ce contexte, l'infirmière de proximité doit faire la référence à un médecin dans une clinique sans rendez-vous, voir à l'arrêt d'une hémorragie de même que le nettoyage d'une plaie ; ce qui représentent des soins essentiels de santé primaires pour les usagers-ères qui autrement n'en auraient pas eus.

En résumé, tout comme pour les interventions en lien avec l'usage de drogue et la toxicomanie, une faible continuité dans l'organisation des services constitue une contrainte à la référence et au soutien des démarches vers les services «cliniques» et de santé. Compte tenu de l'ampleur et de la spécificité des problèmes vécus par ces populations vivant des situations de précarité sociale et de stigmatisation, les intervenants-es se retrouvent continuellement devant le dilemme, d'une part, de répondre à un besoin urgent et, d'autre part, celui de ne pouvoir rencontrer de services de santé adaptés pour les référer.

La confiance rencontrée entre les intervenants-es et les usagers-ères possède un potentiel pour améliorer la continuité des services de santé avec ces populations marginalisées et stigmatisées qui sont souvent réticentes à contacter ces ressources. Cela met en perspective l'importance d'établir ou de rétablir les liens entre ces populations et les milieux cliniques. De plus, les observations ont permis de constater l'importance de la collaboration d'une infirmière de proximité dans le cadre du travail de rue. Il ressort que plusieurs UDI se sentaient en confiance pour dévoiler spontanément leurs inquiétudes concernant leur état de santé et faire appel aux services accessibles de l'infirmière. Entre autres, autant pour les intervenants-es de rue que pour l'infirmière de proximité, leur travail d'intermédiaires entre le milieu et les ressources de santé est souvent discrédité, parce qu'exercé auprès d'une population stigmatisée et marginalisée. Ces initiatives devraient être reconnues et mieux soutenues par les autorités de santé et

LES PRATIQUES D'INTERVENTION

des services sociaux, car elles favorisent des interventions ayant une portée dans le milieu de vie d'une population souvent réticente à consulter les services de santé.

Il est donc évident qu'un travail devrait être réalisé par l'organisme et les autorités de la santé et des services sociaux dans le but d'assurer une meilleure adéquation ou continuité entre les interventions réalisées à Spectre de rue et les services de première ligne, en vue de réduire les barrières à la référence. Il semble aussi que ce travail devrait favoriser un certain décloisonnement dans l'organisation des services afin de tenir compte de la diversité des problèmes de santé rencontrés par les UDI, pallier à l'absence de ressources cliniques adaptées et également favoriser la reconnaissance du travail d'intermédiaire des intervenants-es de rue et des infirmières de proximité

4.4.3 La défense des droits de la personne

La possession de drogues au Canada est considérée comme une activité criminelle. De plus, les observations ont démontré qu'une forte majorité des usagers-ères de Spectre de rue vivent dans des conditions socio-économiques de pauvreté extrême et de grande précarité sociale, de telle sorte que les activités illicites (vol, prostitution, etc.) constituent une source de survie bien qu'il nous soit impossible d'en évaluer l'ampleur. Il est donc fréquent que les usagers-ères aient un dossier criminel, des contraventions non-payées ou soient «sous mandat» (pour le squeegee, l'errance, la prostitution, etc.), qu'ils aient séjourné en prison pour de plus ou moins longues périodes, etc. Ces situations constituent des barrières à la consultation ou à l'utilisation des ressources institutionnelles, que ce soit à cause de l'attitude stigmatisante que les ressources ont à leur égard ou de leurs propres réticences à les utiliser, compte tenu de leur situation de vie (d'illégalité, etc.).

Il faut aussi considérer que Spectre de rue intervient principalement dans une «logique de services»¹⁹, c'est-à-dire qu'il ne mène pas à proprement parler des actions de revendication des droits sociaux, comme par exemple le droit à l'emploi pour les UDI, le droit au logement, etc., mais plutôt vise le soutien des démarches vers ces ressources. C'est donc en ce sens que les résultats présentés dans cette section doivent être compris, et non pas dans le sens de défense des droits sociaux, comme on l'entend souvent dans les milieux de la pratique communautaire. La défense des droits sociaux implique des actions de nature politique fondées sur les «intérêts» d'un groupe quelconque, et non seulement des interventions individuelles. C'est pourquoi nous parlons plus en termes de défense des droits de la personne.

Dans cette perspective, les interventions de soutien par rapport à la défense des droits visent surtout les différents préjudices dont les usagers-ères peuvent faire l'objet. Les UDI, ou généralement les personnes vivant dans des conditions de pauvreté extrême et de marginalité sociale, connaissent peu leurs droits ou bien ils sont souvent dans une position fragile pour les faire valoir. De plus, il est reconnu que la judiciarisation et la criminalisation renforceraient leur exclusion des réseaux formels d'insertion sociale (logement, travail, etc.), contribuant ainsi au développement ou à l'accroissement de situations de vulnérabilité aux risques sociaux. Les observations ont permis de constater que les interventions sont généralement réalisées de manière ponctuelle, au cas par cas, selon les problèmes rencontrés par les usagers-ères dans une perspective de soutien des démarches d'obtention d'information concernant les droits de la personne.

Par exemple, durant ses quatre semaines d'emprisonnement, un usager raconte que son propriétaire a vidé son logement en jetant tout à l'extérieur. Lors de sa visite au site fixe, le jeune ne possédait plus que ce qu'il avait sur lui. Les intervenants-es ont tenté

¹⁹ Cependant, au moment des observations, Spectre de rue possédait un programme de travail de milieu (non évalué dans la présente étude), visant à informer et sensibiliser la population en général pour une meilleure cohabitation avec les usagers-ères du quartier. De plus, dans son rapport annuel 2001-2002, l'organisme présente la création d'un réseau entre organismes locaux, nationaux et internationaux de regroupement UDI, dont les objectifs étaient d'encourager l'autonomie et l'appropriation de pouvoir des UDI ainsi que l'entraide entre pairs.

de le soutenir dans ses démarches auprès d'un organisme communautaire pour recevoir des informations sur les recours possibles dans de telles situations. Dans une autre situation, lors d'une intervention auprès d'un usager, agressé à plusieurs reprises par un client fréquentant son lieu de travail, l'intervenant-e lui explique les démarches auprès de la sécurité publique pour recevoir des informations sur l'arrêt ou non de l'agresseur.

En résumé, les interventions en lien avec les droits de la personne sont généralement réalisées de manière ponctuelle, au cas par cas, selon les problèmes rencontrés par les usagers-ères dans une perspective de soutien des démarches d'obtention d'information. Il apparaît ainsi que cette dimension de la programmation devrait être mieux soutenue par l'organisme et les autorités de la santé et des services sociaux, car des interventions d'aide à la défense des droits de la personne peuvent favoriser l'ouverture d'univers de possibilités pour améliorer les situations de vie qui rendent vulnérables ces populations aux différents risques sociaux, notamment à l'égard du VIH. Il pourrait être important de réfléchir aux possibilités d'élargir l'action à la défense des droits sociaux, qu'ils s'agissent de revendications de logement à bas seuil, de travail à bas seuil, d'éducation à bas seuil, etc.²⁰

4.4.4 Les conditions sociales d'existence

Comme il a été énoncé précédemment (cf. chapitre 1), la vulnérabilité aux risques de la santé et, notamment au risque d'infection par le VIH, est étroitement associée aux situations de précarité et de rupture dans la trajectoire sociale. Pour Castel (1995), la précarité sociale se caractérise par des conditions socio-économiques de «pauvreté extrême», une désaffiliation²¹ des réseaux formels d'insertion sociale (marché du travail, cheminement scolaire et professionnel) et une situation de ruptures à l'égard des réseaux

²⁰ Il existe par exemple en Suisse des programmes de «travail à bas seuil» visant la réinsertion sociale des individus ayant des problèmes de consommation ou de toxicomanie. Malgré le fait que ces alternatives peuvent être controversées (notamment parce qu'elles peuvent favoriser l'exploitation d'une main d'œuvre à bon marché), cet exemple montre qu'il y a des alternatives possibles à construire et à développer.

²¹ La désaffiliation sociale est décrite par la rupture de liens sociaux significatifs (Castel, 1991, 1994).

informels (familles, amis, etc.). Tous ces éléments qui définissent la majorité des situations de vie des usagers-ères rencontrés durant les observations permettent de croire à leur grande vulnérabilité sociale. Certains intervenants-es parlent de la trajectoire sociale qui influence la vulnérabilité des usagers-ères au VIH, comme s'il y «avait quelque chose, un processus qui l'a amené là», «un chemin qui fourche à quelque part».

Dans ce contexte, l'objectif d'améliorer les «conditions sociales d'existence» est non seulement un objectif admirable, mais un objectif essentiel, si l'on tient compte des écrits et des réflexions les plus avancées en matière de prévention du VIH auprès des populations vivant dans la précarité sociale. La majorité des intervenants-es de Spectre de rue croient que si les UDI avaient «une certaine place sociale, d'action et de pouvoir dans cette société», ils valoriseraient davantage leur santé et auraient des pratiques d'usage de drogue moins risquées pour l'infection au VIH. Les intervenants-es perçoivent généralement leur travail comme un «enjeu d'insertion sociale». Spectre de rue tend à étendre sa programmation vers le soutien des démarches à la socialisation et à l'adaptation au plan individuel des UDI.

Les observations ont permis de constater que bon nombre d'interventions étaient réalisées dans cette perspective. Ces interventions se présentent non seulement sous la forme d'accompagnement et de référence vers les ressources sociales, mais également d'actions portées vers l'amélioration des «conditions de survie» (hébergement, ressources alimentaires, etc.), le soutien des démarches d'insertion sociale dans les réseaux formels (emploi, logement, etc.), le rétablissement des liens sociaux dans les réseaux informels d'insertion (famille, amis, etc.)²². Les interventions sont alors élaborées à partir des objectifs exprimés par les usagers-ères.

²² On peut considérer les membres des réseaux sociaux comme étant une ressource sociale au même titre que les ressources institutionnelles, dans le sens qu'ils peuvent être porteurs de capital social, c'est-à-dire de ressources (liens, contacts, lieu d'appartenance et de reconnaissance sociale, etc.) mobilisables par les UDI. En ce qui a trait aux dimensions théoriques du concept de capital social ainsi que son importance pour la réduction des inégalités de santé et l'insertion sociale des personnes en situation de précarité sociale, on pourra notamment consulter Bourdieu, 1980 ; Fassin et al., 2000 ; Lévesque, 2000 et Rosé, 2000.

LES PRATIQUES D'INTERVENTION

Les observations ont fait ressortir que les intervenants-es tentent généralement de répondre aux besoins primaires des usagers-ères (aide à la survie à court terme). Par exemple, pour une usagère qui se plaignait de se « sentir sale » et être gelée, puisqu'elle n'a pas pris de douche ni changé de vêtements depuis deux semaines, les intervenants-es du site fixe ont cherché une ressource appropriée pour elle.

Il est important de mentionner que plusieurs ressources sociales ont beaucoup de réticences à recevoir ces populations parce qu'elles ne se sont pas outillées pour accueillir des individus ayant un problème de dépendance ou lorsqu'ils sont « désorganisés », comme c'est souvent le cas des usagers-ères de Spectre de rue. Parfois, l'accessibilité est restreinte pour les usagers-ères vivant plusieurs problématiques (par exemple, la double-problématique toxicomanie et santé mentale). Pour ces raisons, les intervenants-es de Spectre de rue rencontrent des difficultés pour référer un usager-ère à un service accessible. Les observations ont permis de constater qu'ils doivent ajuster leurs interventions selon les situations de survie de plusieurs usagers-ères qui se retrouvent souvent sans domicile fixe.

De plus, il a été observé des interventions qui visent le développement d'une capacité réflexive chez les usagers-ères afin de dégager des alternatives qui puissent améliorer leurs situations de vie à moyen terme et qui sont fréquemment en lien avec la rupture des réseaux formels d'insertion sociale (marché du travail, cheminement scolaire et professionnel). Parmi ces situations de vie, on retrouve l'expression des difficultés financières chez la plupart des usagers-ères qui doivent recourir à des formes alternatives de gagner de l'argent, dont la prostitution qui est souvent décrite comme la stratégie première pour subvenir aux besoins primaires immédiats, tels l'alimentation et le logement.

Par exemple, lorsqu'une usagère explique sa crainte de perdre son logement par manque de ressources financières et l'absence d'emploi, l'intervenant-e de rue lui indique un club de recherche d'emploi. Dans une autre situation où un autre jeune parle de sa difficulté pour trouver de l'emploi à cause du « trou dans son CV » correspondant à ses

années passées dans la rue, l'intervenant-e lui propose de l'accompagner à un organisme communautaire qui répond justement à ce genre de problématique. Plus tard, ce jeune expliquera qu'il n'a pu participer aux rencontres de l'organisme, puisqu'il s'est retrouvé au centre pénitencier durant les quatre semaines précédentes. L'intervenant-e lui propose alors de refaire les démarches avec lui.

D'autres interventions observées se regroupent autour du rétablissement des réseaux sociaux informels des usagers-ères (familles, ami(e)s, etc.). Les intervenants-es soulignent que, depuis quelques années, plusieurs demandes d'aide leur sont dirigées de la part des usagers-ères pour combler ou résoudre des situations relevant de la relation parent-enfant. Certains parents voudraient voir l'organisme jouer un rôle plus important auprès des jeunes. Les relations amoureuses et affectives semblent des dimensions privilégiées dans le cadre des échanges pour ouvrir la porte aux interventions éventuelles et de créer à long terme le rétablissement de liens sociaux plus solides favorisant la sortie de la marge ou de la précarité sociale. En effet, cette dimension de la vie semble être utilisée pour développer un lien de confiance et pour favoriser des réflexions avec les usagers-ères sur leur vie, leurs désirs, leurs projets d'avenir. Par exemple, c'est suite à la réflexion sur la précocité de sa trajectoire qu'un jeune UDI de 15 ans commence à se confier à l'intervenant-e de rue à propos des relations conflictuelles qu'il avait avec ses parents. L'intervenant-e explore avec lui les conséquences possibles de ces conflits dans sa trajectoire personnelle et son usage de drogue.

Ces exemples montrent l'ampleur des difficultés auxquelles doivent faire face les intervenants-es et la complexité des situations dont il n'existe pas toujours d'alternatives à offrir. Au moment des observations, plusieurs intervenants-es ont exprimé qu'ils se sentaient souvent «démunis et dépourvus» face à certaines situations vécues par les UDI. «On essaie des alternatives, de voir le problème, de tenter toute les possibilités, mais à un moment donné, on peut se sentir dépassés par les événements». Lors des observations, un intervenant-e a constaté ses limites personnelles pour aider un jeune. Néanmoins, voyant la nécessité d'intervenir malgré son impuissance personnelle à pouvoir agir adéquatement dans cette situation, il a décidé de le référer à un autre

LES PRATIQUES D'INTERVENTION

intervenant-e. Les observations font ressortir le fait que, bien qu'ils ne s'illusionnent pas quant à leur capacité réelle d'influencer les usagers-ères, les intervenants-es démontrent un souci de se questionner sur leurs interventions et la volonté de redéfinir leurs pratiques pour tenter de découvrir des alternatives adaptées aux problématiques particulières des usagers-ères.

En résumé, les observations ont permis de constater que la majorité des usagers-ères de Spectre de rue vivent des conditions socio-économiques de pauvreté extrême ainsi qu'une désaffiliation des réseaux formels et informels. Les interventions de prévention du VIH ne s'inscrivent pas dans une logique uniquement comportementaliste ou éducative, mais aussi dans une logique de soutien à l'amélioration des «conditions de vie» comme élément de réduction de la vulnérabilité au risque, même si ce type d'intervention vise essentiellement des interventions individuelles.

De plus, elles ont permis de constater que le manque de ressources de «soutien social» adaptées à une population ayant des problèmes d'usage de drogue ou de toxicomanie pose un problème important au plan de la continuité possible des interventions et réduit les possibilités d'agir (soutien et accompagnement) sur les différentes «conditions sociales d'existence» susceptibles de la rendre vulnérable aux risques sociaux, notamment le risque du VIH. À cet égard, le manque de ressources sociales adaptées aux populations ayant des dépendances aux drogues ou à l'alcool posent un important défi en ce qui a trait à la référence.

Il apparaît donc important qu'un travail soit réalisé par l'organisme et les autorités de la santé et des services sociaux dans le but d'assurer une meilleure adéquation entre les interventions réalisées à Spectre de rue et les ressources de «soutien social» de manière à réduire les barrières à la référence et, par conséquent, celles reliées à la réalisation du travail de soutien aux démarches de socialisation et d'adaptation sociale. Il semble aussi que ce travail devrait avoir comme but de favoriser le renforcement des liens entre les ressources des différents secteurs (intersectorialité) pour favoriser des interventions de référence et d'accompagnement prenant en considération la globalité

des personnes, soit les différentes «conditions sociales d'existence» où ils sont susceptibles d'être vulnérables.

Finalement, l'ampleur des défis auxquels sont confrontés les intervenants-es à Spectre de rue pour répondre aux besoins en lien avec les «conditions sociales d'existence» des usagers-ères (conditions de survie, insertion dans les réseaux formels et informels) les poussent vers des situations de dépassement. Les intervenants-es croient qu'ils n'ont pas assez de marge de liberté et de moyens pour répondre à la diversité des besoins exprimés par les UDI rencontrés dans leur pratique. Bien qu'existantes pour les programmes du centre de jour et du site fixe, il serait intéressant de réfléchir à la création de rencontres d'expression pour discuter des «sentiments d'impuissance ou de honte de ne pouvoir intervenir et agir» (Gaulejac, 1996) dans de telles situations complexes, plus spécifiquement en lien avec le travail de rue. La réflexivité dans l'action peut être une recommandation pour une transformation à partir d'une prise de conscience de cet état d'être.

La réalité mouvante du milieu module les pratiques des intervenants-es. Ceux-ci doivent constamment réajuster leurs interventions qui relèvent d'un processus de réflexion autonome dans l'action. Les intervenants-es démontrent un savoir-faire aiguisé par les multiples confrontations avec les imprévues. Cependant, l'expertise et les habiletés reliées à l'expérience des intervenants-es sont peu formalisées de telle sorte qu'elles demeurent inexplorées. Quand les intervenants-es sont confrontés à un contexte caractérisé par la complexité et des conditions d'interventions, ils ne font pas appel à des écrits théoriques, mais bien plutôt aux répertoires de situations rencontrées auparavant dans leur pratiques (Schön, 1994) pour recadrer et résoudre un problème. Les données d'observations auprès des intervenants-es mettent en évidence l'importance de mieux valoriser la construction de leurs connaissances à partir des décisions prises lors des situations problématiques rencontrées dans leurs pratiques auprès des usagers-ères. Vient également la nécessité de transmettre l'expertise des intervenants-es acquise sur le terrain pour partager ces savoirs expérientiels liés à un agir sur les situations et les «conditions de vie» des UDI.

5 CONCLUSION: LES DÉFIS À RELEVER ET LES PERSPECTIVES FUTURES

Ce rapport a décrit, dans un premier temps, la programmation de Spectre de rue, en lien avec la prévention du VIH et le contexte et les conditions de la pratique. Dans un deuxième temps, les logiques principales qui caractérisent la pratique ont été présentées et mises en lien avec leur potentiel d'agir sur la vulnérabilité au risque d'infection par le VIH chez les UDI qui fréquentent le Centre-Sud et Centre-Ville de Montréal. Le concept de vulnérabilité a été utilisé comme norme de référence pour évaluer le potentiel de trois (site fixe, travail de rue et centre de jour) des cinq programmes de Spectre de rue d'agir sur les conditions (sociales, relationnelles, économiques, etc.) dans lesquelles les personnes font usage de drogue et ont des relations sexuelles.

Les résultats montrent que les programmes sont nécessaires à la réduction de l'exposition au risque d'infection par le VIH auprès des UDI qui fréquentent le centre-ville et le centre-sud de Montréal, ne serait-ce que par la mise à la disponibilité du matériel d'injection, par l'information qui est véhiculée à l'égard du risque dans des réseaux d'UDI peu rejoints par les institutions publiques. Les observations ont permis de constater non seulement l'existence de «besoins» multiples, mais que la proximité de l'organisme favorise la demande d'aide qui ne pourrait s'exprimer autrement, en particulier parce qu'il est reconnu que les individus en situation de précarité sociale (au plan des «conditions de vie», légal, etc.) ont moins tendance à consulter les ressources institutionnelles officielles.

De plus, la prévention à Spectre de rue n'est pas conçue uniquement selon une logique comportementaliste axée sur l'injection à risque réduit ou sur le port du condom. Même si les interventions visent le changement au plan individuel, la prévention se réalise selon une logique de soutien social axée sur l'amélioration des «conditions de vie» comme élément de base à la réduction de la vulnérabilité au risque. Les pratiques s'inscrivent généralement dans une approche par objectif où les «conditions sociales d'existence» des usagers-ères (trajectoires sociales, interactions, contexte normatif, etc.) servent de point d'ancrage aux interventions.

CONCLUSION

Cette logique générale s'actualise dans la complémentarité des différentes dimensions prévues dans le programme de prévention, que ce soit lors des interventions réalisées pour la dimension instrumentale (échange de seringues, distribution de matériel de protection pour les relations sexuelles, etc.), la sensibilisation et l'éducation (promotion de l'injection à risque réduit, promotion du port du condom) ainsi que le soutien des démarches de socialisation et d'adaptation sociale en lien avec l'usage de drogue, la santé, la défense des droits de la personne et les «conditions sociales d'existence». Plus précisément, elle s'actualise dans la pratique selon cinq grandes dimensions interreliées entre elles, soit 1) l'établissement d'un lien de confiance avec les usagers-ères, 2) le développement de l'estime de soi, 3) l'intervention axée sur la socialisation et l'adaptation sociale, 4) l'approche par objectif au plan individuel et 5) des interventions flexibles adaptées aux situations de vie des usagers-ères et au contexte de la pratique.

Bref, les intervenants-es créent des opportunités d'intervention en lien avec les situations et les conditions de survie des usagers-ères (prostitués-es, travestis, jeunes, squeegee, etc.) plutôt que de viser uniquement les attitudes et les comportements. L'échange de seringues est considérée comme un moyen pour rejoindre les UDI, développer des liens avec eux et les soutenir dans leurs démarches de socialisation et d'adaptation sociale. Toutefois, l'instabilité des ressources financières de l'organisme, la mobilité des usagers-ères, le caractère imprévisible de l'achalandage, la sectorisation des ressources, le manque de ressources adaptées aux UDI, les multiples problématiques rencontrées par les UDI et leur proximité avec le milieu criminalisé viennent restreindre la portée des interventions.

En effet, les intervenants-es font face à plusieurs obstacles, dont le manque de ressources cliniques adaptées aux multiproblématiques des usagers-ères, le manque de services intégrés permettant d'assurer une continuité des interventions (lien entre ressources communautaires et services publics) et le cloisonnement des services (lien entre les services des différents secteurs). De plus, l'absence de protocole de collaboration fait en sorte que les contacts avec les ressources existantes sont laissés à

l'initiative individuelle des intervenants-es, ce qui n'est pas pour leur faciliter la tâche dans la réalisation de leur travail de soutien aux démarches de socialisation et d'adaptation sociale reliées à la référence.

Ainsi, en relation aux résultats de recherche présentés dans ce rapport, trois grands ensembles de recommandations sont formulés, correspondants à chacun des objectifs de la programmation de Spectre de rue ayant fait l'objet de la présente recherche évaluative. En faisant ressortir les défis à relever pour l'organisme, ils sont énoncés dans le but d'apporter une réflexion sur les perspectives futures des pratiques d'intervention en lien avec la prévention du VIH.

Le premier ensemble de recommandations concerne la *dimension instrumentale de la prévention du VIH*. Elles s'attardent à certaines modalités relatives à l'échange de seringue, soit la distribution du matériel de protection et la récupération des seringues, la distribution de matériel d'injection à risque réduit autre que les seringues ainsi qu'à la distribution du matériel de protection pour les relations sexuelles (condoms et sachets de lubrifiant).

L'échange de seringues (distribution et récupération) est caractérisée par une pratique variable fondée sur l'évaluation par les intervenants-es des besoins rencontrés par les UDI ou les distributeurs dans le milieu. Si cette stratégie est appropriée, la question des seringues à la traîne demeure toujours préoccupante malgré un taux de récupération très élevé lié à l'existence de plusieurs programmes de récupération. Il y a donc lieu de s'interroger sur les motifs ou les facteurs susceptibles de constituer un obstacle pour les UDI à récupérer leurs seringues afin de développer des stratégies pour contrer ces obstacles.

De plus, si la proximité qu'offre le cadre du travail de rue avec les milieux de vie des UDI permet la distribution et la récupération des seringues auprès d'usagers-ères qui ne fréquentent pas le site fixe, il y aurait encore du travail d'éducation à réaliser auprès

CONCLUSION

des UDI et des intermédiaires concernant la manipulation sécuritaire des seringues et des bacs de récupération.

En ce qui concerne la distribution de matériel d'injection à risque réduit autre que les seringues, les tampons d'alcool et les bouteilles pour le transport de l'eau ne sont pas toujours offerts systématiquement avec la distribution des seringues et il arrive également que les UDI les refusent malgré qu'ils soient offerts. L'ambivalence face à une distribution pro-active pourrait s'expliquer par la crainte énoncée par certains intervenants-es de briser le lien de confiance. L'incitation quant à la pertinence d'utiliser ce matériel lors des injections a rarement été observée, tant au site fixe qu'au travail de rue. Il y aurait lieu d'expérimenter d'autres stratégies ici.

Enfin, pour ce qui est de la distribution du matériel de protection pour les relations sexuelles (condoms et sachets de lubrifiant), les observations permettent de constater que la distribution des condoms se fait généralement selon une logique de besoins perçus par les intervenants-es et semble correspondre au nombre de condoms nécessaires aux besoins spécifiques des usagers-ères (travesti, travailleur-es du sexe, etc.). Les stratégies de distribution de ce matériel relèvent de l'autonomie des intervenants-es quant à la quantité donnée, la forme de distribution ainsi que les endroits stratégiques de distribution, ce qui s'avère une excellente forme de pratiques.

Dans ces conditions, les recommandations suivantes concernant la dimension instrumentale de la prévention du VIH sont formulées à l'organisme et aux autorités de la santé et des services sociaux:

poursuivre le travail d'identification des motifs ou des facteurs susceptibles de constituer un obstacle à la récupération des seringues chez les UDI et diversifier les stratégies d'incitation à la récupération;

réviser régulièrement les mesures de sécurité concernant la manipulation des seringues chez les UDI et les intermédiaires, dans le but de réduire les

possibilités d'accidents et de les sensibiliser à l'importance des risques reliés à leur manipulation;

identifier les motifs qui font que certains UDI n'utilisent pas les tampons d'alcool et les bouteilles d'eau offerts et développer des stratégies de promotion adaptées;

maintenir et renforcer la diversité des formes et des endroits stratégiques de distribution des condoms et des sachets de lubrifiants.

Le deuxième ensemble de recommandations se rapporte à la dimension *sensibilisation et éducation*. Elles visent l'injection à risque réduit, le port du condom, l'information sur les modes de transmission du VIH, des ITS et des hépatites. Elles s'appuient sur l'idée que la seule transmission de connaissances techniques est insuffisante pour réduire la vulnérabilité aux risques.

Les interventions de promotion de l'injection à risque réduit portent généralement sur la transmission de renseignements concernant les techniques d'injection. Si le contexte le permet, des interventions sont réalisées afin de sensibiliser les UDI sur l'influence des conditions qui favorisent le risque, de manière à susciter une réflexion sur les situations qui les prédisposent à prendre des risques, qu'il s'agisse des lieux, du mode d'usage de drogue, de l'usage de drogue en groupe, etc. Lorsque le contexte n'est pas favorable, des interventions d'éducation et de sensibilisation se réalisent après coup, au moment où les UDI sont disposés à recevoir de l'information. Ce type de démarche a le mérite de prendre en considération le fait que certains moments sont propices pour intervenir sans briser les liens de confiance alors que d'autres ne le sont pas, comme par exemple, dans les piqueries où les possibilités d'intervention sont limitées. De plus, le fait d'attendre les moments et les endroits opportuns permet d'intervenir sur les diverses dimensions (situation de vie, contexte et conditions de l'injection, etc.) qui favorisent la vulnérabilité au risque. Cependant, compte tenu que le contexte n'est pas toujours

CONCLUSION

favorable à l'intervention, on peut se demander s'il ne serait pas nécessaire de réaliser plus d'activités de sensibilisation et d'éducation en dehors des interventions journalières, comme par exemple des ateliers de réflexion, des soirées d'information, etc.

Quant aux interventions sur les risques liés aux activités sexuelles, elles portent sur les moyens de se protéger (port du condom) et sur le développement de stratégies individuelles de gestion du risque d'infection par le VIH et les ITS. Ainsi, elles tiennent compte des situations (négociation du port du condom, évitement des contextes à risque, etc.) qui favorisent la vulnérabilité aux risques d'infection par le VIH ou les ITS. Il apparaît donc important que ce type d'interventions, qui dépassent la seule transmission d'informations techniques, soit encouragé et soutenu afin de favoriser le développement de l'autonomie des usagers-ères à l'égard des situations à risque, et non seulement à l'égard des attitudes ou des comportements. Cela est d'autant plus important que ces initiatives en amont ont une portée plus large (réseaux sociaux, etc.) que sur le seul comportement individuel et peuvent favoriser le déclenchement d'une réflexion «collective» sur la vulnérabilité aux risques d'infection.

De plus, il a été observé que, suite à des vaccinations pour les hépatites A et B dans les piqueries, certains usagers-ères croyaient être protégés du VIH et des ITS. Il y aurait donc lieu de vérifier, auprès des usagers-ères qui ont été ou seront vaccinés, la compréhension qu'ils ont de cet acte médical ainsi que la signification qu'ils en donnent en rapport au risque d'infection par le VIH et les ITS. De plus, si la vaccination induit des effets inattendus chez un certain nombre d'entre eux, il serait nécessaire de prendre les moyens pour que les messages véhiculés lors ou par la vaccination soient limpides, dans leur transmission (message) et dans leur réception (par les usager-ères).

Dans ces conditions, les recommandations suivantes concernant la dimension sensibilisation et éducation sont formulées à l'organisme et aux autorités de la santé et des services sociaux :

poursuivre le développement des activités de sensibilisation et d'éducation destinées aux populations qui fréquentent l'organisme, comme par exemple des soirées d'information sur la vulnérabilité aux risques, des ateliers de réflexion sur les conditions qui la favorisent et les possibilités de la réduire, etc.;

encourager et soutenir les interventions qui visent le développement de l'autonomie des usagers-ères dans la gestion des risques, en particulier celles qui visent à agir sur les conditions de cette autonomie, comme par exemple l'amélioration des «conditions de vie», l'intégration sociale, etc.;

vérifier, auprès des usagers-ères qui ont été ou seront vaccinés, la compréhension qu'ils ont et la signification qu'ils donnent à cet acte médical et, si la vaccination induit des effets pervers inattendus, mettre en place les moyens pour que les messages véhiculés lors ou par celle-ci soient limpides, du point de vue du risque d'infection par le VIH et les ITS.

Le troisième ensemble de recommandations concerne la dimension *soutien des démarches de socialisation et d'adaptation sociale*. Elles réfèrent pour l'essentiel aux activités d'accompagnement et de référence. Ces interventions portent sur les aspects suivants: 1) l'usage de drogue, la toxicomanie et la réduction des méfaits, 2) la santé physique et psychologique, 3) la défense des droits de la personne et 4) les «conditions sociales d'existence».

En ce qui a trait à l'usage de drogue, la toxicomanie et la réduction des méfaits, trois grands aspects ressortent comme importants. D'abord, les observations ont permis de constater que le manque de ressources «cliniques» adaptées à la problématique UDI, en particulier le manque de ressources à bas seuil d'exigence, constitue une contrainte à la référence et à l'accompagnement. Par conséquent, les interventions sur l'usage de drogue demeurent limitées. De plus, si les intervenants-es de proximité réussissent à développer un lien de confiance avec les usagers-ères, ce lien peut être entravé ou

CONCLUSION

rompu lorsque leur expertise et leur rôle d'intermédiaire n'est pas reconnu par les services de prise en charge des problèmes d'usage de drogue, en particulier lorsque la démarche entreprise conjointement par l'intervenant-e de proximité et l'utilisateur n'est pas respectée ou prise en considération lors de la consultation. L'absence de protocole cadre précisant les rôles de chacun constitue un obstacle important à la réussite des interventions, tant au plan du suivi qu'à celui de la référence et de l'accompagnement. Enfin, les observations ont permis de constater que plusieurs UDI étaient confrontés, suite à une démarche de désintoxication ou de stabilisation de l'usage de drogue, aux difficultés de se recréer un réseau d'insertion sociale autre que celui dans lequel ils consommaient, voire aux difficultés de sortir des réseaux marginalisés. Ceci suggère que des interventions visant le suivi à la suite d'une démarche de désintoxication ou de stabilisation de l'usage de drogue soient mises en œuvre et que soit développé des ressources sociales pouvant offrir une alternative au plan de la réinsertion sociale, comme par exemple le logement à bas seuil d'exigence, le travail à bas seuil d'exigence, l'éducation à bas seuil d'exigence, etc.

Pour ce qui a trait à la santé physique et psychologique, tout comme pour les interventions en lien avec l'usage de drogue et la toxicomanie, une faible continuité dans l'organisation des services constitue une contrainte à la référence et au soutien des démarches d'utilisation des services de santé. Compte tenu de la complexité des problèmes vécus par des populations vivant en situation de grande précarité sociale et de stigmatisation, les intervenants-es se retrouvent souvent devant le dilemme de devoir répondre à un besoin urgent alors que les services de santé adaptés aux usagers-ères pris avec des problèmes multiples (toxicomanie, santé mentale, etc.) ne sont pas toujours accessibles, en particulier la nuit. Ceci est d'autant plus important que, selon les intervenants-es, il y aurait actuellement une augmentation importante des UDI qui ont des problèmes de santé mentale. Enfin, si la présence d'une infirmière de proximité semble avoir favorisé la confiance des usagers-ères de faire appel aux services de santé, le manque de services adaptés vient limiter la portée de cette initiative.

Pour ce qui est de la défense des droits de la personne, les observations ont montré que des interventions ponctuelles sont réalisées au cas par cas, selon les problèmes rencontrés par les usagers-ères. Elles visent généralement à informer sur les droits de l'usager-ère et, dans certains cas, à le soutenir et l'accompagner dans sa démarche. Si ce type d'intervention est susceptible d'améliorer les «conditions de vie» des usagers-ères et d'avoir un effet sur la réduction des conditions de vulnérabilité aux risques, il demeure toutefois limité au cas par cas et à la défense des droits individuels. Les situations de grande précarité sociale des usagers-ères qui fréquentent le centre-ville de Montréal exigent d'élargir l'action à la défense des droits sociaux si on veut, dans une perspective de santé publique (approche populationnelle), agir sur la réduction des conditions de vulnérabilité aux risques, qu'ils s'agissent par exemple de revendications de logement à bas seuil d'exigence, de travail à bas seuil d'exigence ou tout autre type de droits sociaux susceptibles de prévenir ou de réduire ces conditions de vulnérabilité. De même, les observations se rapportant aux «conditions sociales d'existence» ont permis de constater que la majorité des usagers-ères de Spectre de rue vit dans des conditions socio-économiques de pauvreté extrême et de désaffiliation des réseaux sociaux formels et informels habituels. Ainsi, si les interventions observées ne visent pas uniquement les comportements ou les attitudes, mais aussi les «conditions de vie», elles sont réalisées pour répondre aux besoins individuels du moment plutôt que selon une logique de changement social visant la réduction des conditions sociales de vulnérabilité aux risques.

Dans cette perspective, les recommandations suivantes concernant la dimension soutien dans les démarches de socialisation et d'adaptation sociale sont formulées à l'organisme et aux autorités de la santé et des services sociaux :

entreprendre les actions nécessaires au développement d'un nombre suffisant de ressources «cliniques» adaptées à la diversité des situations d'usage de drogue, en particulier les ressources de traitement à bas seuil d'exigence;

CONCLUSION

entreprendre les actions nécessaires au développement de ressources ou de services de santé pouvant accueillir les usagers-ère aux prises avec des problématiques de santé multiples, en particulier pour ceux qui ont à la fois des problèmes d'usage de drogue et de santé mentale;

entreprendre les actions nécessaires au développement d'activités de suivi et de ressources alternatives d'insertion sociale pour soutenir les usagers-ères de drogue ayant entrepris une démarche de désintoxication ou de stabilisation d'usage de drogue, en particulier le développement de ressources à bas seuil d'exigence (logement à bas seuil, travail à bas seuil, éducation à bas seuil, etc.);

développer des protocoles-cadre avec les différentes ressources existantes (ressources cliniques de désintoxication et de stabilisation de l'usage de drogue, services de première ligne et ressources sociales) visant à préciser les expertises et les rôles de chacun, afin d'augmenter le niveau d'intégration des ressources et d'améliorer la continuité des interventions;

entreprendre les démarches nécessaires au développement d'actions intersectorielles visant, selon une approche axée sur les déterminants sociaux de la santé, la réduction des conditions sociales (logement, travail, etc.) de vulnérabilité aux risques des populations précarisées fréquentant le centre-ville de Montréal.

Ces défis s'inscrivent dans un contexte où, d'une part, la mobilisation du «capital humain» demeure encore aujourd'hui la principale manière de réduire les risques d'épidémie du VIH et où, d'autre part, l'absence de politiques publiques structurées (actions intersectorielles, etc.) pour faire face au problème du VIH demeure au Québec. La présente évaluation ne doit pas négliger le fait que sa principale raison d'être est son

insertion dans une action: «Si la recherche évaluative peut se poser comme une réflexion scientifique, centrée sur la recherche d'une compréhension plus approfondie des phénomènes, les évaluations d'interventions et de programmes sont liées aux urgences de l'action et ne peuvent ignorer les attentes – légitimes – qui suscitent leur contribution à l'action» (Zuniga, 1994, 131).

Dans cette perspective, l'évaluation appelle à la prise de conscience et à la réflexion de la portée des interventions, qui souvent peuvent être négligées dans le feu de l'action ou lorsqu'elles s'insèrent dans un contexte caractérisé par la complexité. Le présent rapport a permis de mieux comprendre le potentiel de la complémentarité des pratiques d'interventions des programmes du site fixe, du travail de rue et du centre de jour d'agir sur les conditions de vulnérabilité au risque d'infection au VIH, tout en mettant en relief les contraintes liées aux contextes immédiats de ces interventions. Du moment des observations à aujourd'hui, Spectre de rue a démontré une préoccupation pour maintenir ses activités liées à sa mission sociale initiale, mais a également ajusté ses interventions aux nouveaux défis, par exemple avec la mise en place récente du projet TAPAJ (travail alternatif payé à la journée). C'est dans une perspective d'orienter l'action transformatrice future de l'organisme que la présente évaluation a été réalisée.

BIBLIOGRAPHIE

- Bajos, N. 1998a. «Les risques de la sexualité». in Ferrand, A., Bajos, N., Bozon, M., Giami, A. et Spira A. La sexualité aux temps du sida. Paris, PUF, 35-61.
- Bajos, N. 1998b. «Trajectoires socio-sexuelles et comportements face au risque de transmission sexuelle du sida». in Ferrand, A., Bajos, N., Bozon, M., Giami, A. et Spira A. La sexualité aux temps du sida. Paris, PUF, 305-336.
- Bajos, N., Ducot, B., Spencer, B., Spira, A. et ACSF Group. 1997a. «Sexual Risk-Taking, Socio-Sexual Biographies and Sexual Interaction: Elements of the French National Survey on Sexual Behaviour.». *Social Science & Medicine*, 44(1), 25-40.
- Bajos, N. 1997b. «Social factors and the process of risk construction in HIV sexual transmission». *Aids Care*, 9 (2), 227-237.
- Bajos, N. et Ludwig, D. 1995. «Risque construit et objectivation du risque: deux approches de l'adaptation au risque de transmission sexuelle du sida». Bajos, N., Bozon, M., Giami, A., Doré, V. et Souteyrand, Y. *Sexualité et sida. Recherches en Science sociales*, ANRS, 199-220.
- Bardin, L. 1977. *L'analyse de contenu*. Paris, PUF le psychologue, 233 pages.
- Bastard, B., Cardia-Vonèche, L. Peto, D. et van Campenhoudt, L. 1997. «Relationships between Sexual Partners and Ways of Adapting to the Risk of AIDS: Landmarks for a Relationship-oriented Conceptual Framework». in van Campenhoudt, L., Cohen, M., Guizzardi, G. et Hausser, D. *Sexual Interactions and HIV Risk. New Conceptual Perspectives in European Research*. London, Taylor et Francis, 44-58.
- Bellot, C. 2000. «La trajectoire: un outil dans la compréhension de l'itinérance». in Laberge, D. (dir.) *L'errance urbaine*. Ste-Foy, Québec, Éditions Multimondes, 101-119.
- Bouhnik, P. 1996. «Système de vie et trajectoires des consommateurs d'héroïne en milieu urbain défavorisé». *Communications*, 62, 241-256.
- Bouhnik, P. et Touzé S. 1995. «Du plaisir à l'état d'urgence. Santé et prises de risques chez les usagers de drogues dures concernés par le V.I.H». *Revue Prévenir*, 28, 117-128.

BIBLIOGRAPHIE

- Bouhnik, P. 1994. Le monde social des usagers de drogue dure en milieu urbain défavorisé. Thèse de doctorat de sociologie, Université Paris VIII, Département de sociologie, 482 pages.
- Bouhnik, P. et Joubert, M. 1992. «Économie des pratiques toxicomaniaques et le lien social». *Dépendances*, 4 (3), 25-36.
- Bourdieu, P. 1980. «Le capital social. Notes provisoires». *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 2-3.
- Brisson, Pierre. 1997. L'approche de réduction des méfaits: sources, situation, pratiques. Comité permanent de la lutte à la toxicomanie, 109 p.
- Brisson, Pierre. Septembre 1995. «La réduction des méfaits: considérations historiques et critiques». *Écho toxico*, vol. 6, no 2, 2-4.
- Bruneau, J., van Caloen, B., Perreault, M. et al. 1997. «Modélisation qualitative des comportements des usagers de drogues intraveineuses fréquentant ou non les programmes d'échange de seringues à Montréal». Rapport de recherche soumis au PNRDS, dactylographié, 24 pages.
- Castel R. (dir. de), M.Benard-Pellen, C.Bonnemain, N.Boullenger, A.Coppel, G.Leclerc, A.Ogien, M.Weinberger (collaborateurs). 1992. Les sorties de la toxicomanie: types, trajectoires, tonalités. Groupe de recherche et d'analyse du social et de la sociabilité (GRASS), MIRE, Paris, avril, 303 pages.
- Castel, R. 1991. «De l'indigence à l'exclusion: la désaffiliation. Précarité du travail et vulnérabilité relationnelle». in Donzelot, J. Face à l'exclusion. Le modèle français. Paris, Esprit, 227 pages.
- Castel, R. 1994. «La dynamique des processus de marginalisation: de la vulnérabilité à la désaffiliation». *Cahier de recherche sociologique*. No 22, 11-29.
- Coleman, L.M., & Ford, N.J. 1996. «An Extensive Literature Review of the Evaluation of HIV Prevention Programs». *Health Education Research*, 11, 327-338.
- Decrouy, G., Reynaud, J., Reynaud-Maurupt, C. et Torrin, F. 1997. L'exclusion sociale dans les Alpes-Maritimes V.I.H., drogue, délinquance, précarité Enquêtes sur le terrain, Paris, L'Harmattan, 312 pages.
- de Gaulejac, V. et Taboada-Leonetti, I. 1994. La lutte des places. Paris, Desclée de Brouwer, 286 pages.

- Delor F. 1997. *Séropositifs: trajectoires identitaires et rencontre du risque*. Paris/Montréal, L'Harmattan, 379 pages.
- Delor, François. 1999. «*Vie sexuelle des personnes atteintes, sérodiscordance et risque du sida.*» in *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH*. Paris, Agence Nationale de Recherches sur le sida (ANRS), 85-100.
- Delor, F. et Hubert M. 2000. «*Revisiting the Concept of "Vulnerability"*». *Social Science & Medicine*, 50(11), 1557-1570.
- Des Jarlais, D.C., Hagan, H., Friedman, S.R. et al. 1995. «*Maintaining low HIV Seroprevalence in Populations of Injecting Drug Users*». *The Journal of American Medical Association*, 274, 1226-1231.
- Des Jarlais, D.C., Friedman, S.R. et al. 1995. «*HIV/AIDS-related Behavior Change among Injecting Drug Users in Different National Settings*». *AIDS*, Vol. 9, No 6, 611-617.
- Douglas, M. 1994 (1ed.1992). *Risk and Blame essays in cultural theory*. London/NewYork, Routledge, 323pages.
- Douglas, M. et Calvez M. 1990. «*The Self As Risk Taker: A Cultural Theory of Contagion in Relation to AIDS.*» *The Sociological Review*, 38(3), 445-464.
- Downs, A.M., Heisterkamp, S.H., Brunet, J.-B. et Hamers, F. 1997. «*Reconstruction and Prediction of the HIV/AIDS Epidemic among Adults in the European Union and in the Low Prevalence Countries of Central and Eastern Europe*». *AIDS*, 11, 649-662.
- Emmanuelli J., Lert, F. et Valenciano M. 1999. *Caractéristiques sociales, consommations et risques chez les usagers de drogue fréquentant les programmes d'échange de seringues en France*. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, INSERM U88, Institut de Veille Sanitaire, étude 18.
- Fassin, D., H. Grandjean, M. Kaminsky, T. Lang, and A. Leclerc. 2000. «*Perspectives pour la recherche et pour l'action*». Pages 429-436 in D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminsky, T. Lang, and A. Leclerc, eds. *Les inégalités sociales de santé*. La Découverte/Inserm, Paris.
- Fortier, J. et Roy, S. 1996. «*Les jeunes de la rue et l'intervention: quelques repères théoriques*». *Cahier de recherche sociologique*, No 27, 127-152.

BIBLIOGRAPHIE

- Frisher, M., Taylor, A., Goldberg, D. et Elliott, L. 1996. «Direct Evaluation of Needle and Syringue Exchange Programmes». *The Lancet*, Vol. 347, 768.
- Frisher, M. et Elliott, L. 1993. «Discriminating Needle Exchange Attenders from Non-attenders». *Addiction*, 88(5), 681-687.
- Gaulejac, V. (1996). *Les sources de la honte*. Sociologie clinique. Paris : Desclée de Brouwer.
- Gendron, S. (2001). La pratique participative en santé publique: l'émergence d'un paradigme. Thèse de doctorat. Université de Montréal.
- Guydish, J., Clark, G., Garcia, D. et Bucardo, J. 1995. «Evaluation of Needle Exchange using Street-Based Survey Methods». *The Journal of Drug Issues*, 25(1), 33-41.
- Hankins, C., Shu, J., Palmer, D., Pourreaux, K. 2001a. «Profil socio-démographique de la clientèle de Spectre de rue participant à l'Étude SurvUDI Study en 1999». Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et de services sociaux Montréal-centre (RRSSMC).
- Hankins, C., Alary, M., Parent, R., Blanchette, C., Claessens, C. et SurvUDI Working Group. 2001b. «Continuing HIV Transmission among Injection Drug Users in Eastern Central Canada: The SurvUDI Study 1995-2000». Manuscrit.
- Hankins, C. 1998. «Syringe exchange in Canada: Good but not enough to stem the HIV tide». *Substance Use & Misuse*, 33:1-20.
- Hankins, C. et al. 1997. «Spectre de rue: Profil comportemental de la clientèle et prévalence de l'infection par le VIH, 1996-1997». Montréal, dactylographié.
- Hankins, C. et al. 1996. «Spectre de rue. Profil comportemental de la clientèle et prévalence de l'infection par le VIH, 1995-1996». Montréal, dactylographié.
- Holmberg, S.D. 1996. «The Estimated Prevalence and Incidence of HIV in 96 Large US Metropolitan Areas». *American Journal of Public Health*, Vol. 86, No 5, 642-654.
- Kaplan, E.H. et O'Keefe, E. 1993. «Let the Needles Do the Talking: Evaluating the New Haven Needle Exchange». *Interfaces*, 23(1), 7-26.
- Kirby, D., Short, L., Collins, J., Rugg, D., Kolbe, L., Howard, M., Miller, B., Sonenstein, F., et Zabin, L.S. 1994. «School Based Programs to Reduce Sexual Risk Behaviors: A Review of Effectiveness». *Public Health Reports*, 109, 339-360.

- Klee, H. et Morris, J. 1995. «The Role of Needle Exchanges in Modifying Sharing Behaviour: Cross-Study Comparisons 1989-1993». *Addiction*, 90, 12, 1635-1645.
- Kok, G., van den Borne, B., et Mullen, P.D. 1997. «Effectiveness of health education and health promotion: meta-analyses of effect studies and determinants of effectiveness». *Patient Education and Counselling*, 30, 19-27.
- Kübler, Daniel. 2000. *Politique de la drogue dans les villes suisses entre ordre et santé: Analyse des conflits de mise en oeuvre*. Paris/Montréal, L'Harmattan. Collection Logiques Politiques. 311 pages.
- Latkin, C.A. et Knowlton, A.R. 2000. «New Directions in HIV Prevention Among Drug Users. Settings, Norms, and Network Approaches to AIDS Prevention (SNNAAP): A Social Influence Approach.» *Advances in Medical Sociology*, 7, 261-287.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G. et Boutin, G. 1990. *Recherche qualitative: fondements et pratiques*. Montréal, Éditions Agence d'Arc Inc., 180 pages.
- Lévesque, M. 2000. *Le capital social comme forme sociale de capital: reconstruction d'un quasi-concept et application à l'analyse de la sortie de l'aide sociale*. Montréal, Université de Montréal. Thèse de doctorat.
- Moatti, J.-P., Hausser, D. et Agrafiotis, D. 1997. «Understanding HIV Risk-related Behaviour: A Critical Overview of Current Models». in L. van Campenhoudt, M. Cohen, G. Guizzardi et D. Hausser. *Sexual Interactions and HIV Risk. New Conceptual Perspectives in European Research*. London, Taylor et Francis, 100-126.
- Moatti, J.-P., Beltzer, N. et Dab, W. 1993. «Les modèles d'analyse des comportements à risque face à l'infection du VIH: Une conception trop étroite de la rationalité». *Population*. 48 (5), 1505-1534.
- Moore, L.D. et Wenger, L.D. 1995. «The Social Context of Needle exchange and User Self-organization in San Francisco: Possibilities and Pitfalls». *The Journal of Drug Issues*, 25(3), 583-598.
- Morissette C. et Leclerc, P. 2001. «Monitorage des centres d'accès au matériel stérile d'injection. Rapport régional: avril 1997 à mars 1999». Direction de santé publique de Montréal-centre.
- Morrisson A., Elliott L. et Gruer L. 1997. «Injecting-related Harm and Treatment-seeking Behaviour among Injecting Drug Users». *Addiction*, 92 (10), 1349-1352.

BIBLIOGRAPHIE

- Myers, T., Millson, M., Rigby, J., Rankin, J., et Mindell, W. 1994. «Biographical Characteristics of Injection Drug Users and Behavioural Predispositions Related to HIV Prevention and Drug Use». *Canadian Journal of Public Health*, Vol. 85, No 4, 264-268.
- Neaigus, A. et al. 1996. «High-Risk Personal Networks and Syringue Sharing as Risk Factors for HIV Infection Among New Drug Injectors». *Journal of Acquired Immune Deficiency and Human Retrovirology*. Vol. 11, no 5, 499-509.
- Neaigus, A. et al. 1994. «The Relevance of Drug Injectors' Social and Risk Networks for Understanding and preventing HIV Infection». *Social Sciences and Medicine*, Vol 38, No 1, 67-78.
- Noël, L., Cloutier, R. et Parent, R. 2000. «Statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention du VIH offerts aux utilisateurs de drogues par injection du Québec. Avril 1998 à mars 1999». Institut national de santé publique et Ministère de la santé et de services sociaux, CQCS, 100 pages.
- Otis, J. 1996. Santé sexuelle et prévention des MTS et de l'infection au VIH. Bilan d'une décennie de recherche au Québec auprès des adolescents et adolescentes et des jeunes adultes. Québec, MSSS, Collection Études et analyses, 28, 164 pages.
- Peretz, H. 1998. Les méthodes en sociologie: l'observation. Paris, La Découverte, 121 pages.
- Perreault, M. 1994. «MTS et Sida: construction sociale d'une épidémie mondiale». in F. Dumont, S. Langlois, et Y. Martin (dir.). *Traité des problèmes sociaux*. Institut québécois de recherche sur la culture - IQRC, Québec. 198-221
- Pivnick, A. et al. 1994. «AIDS, HIV Infection, and Illicit Drug Use within Inner-City Families and Social Networks». *American Journal of Public Health*, Vol. 84, No 2, 271-274.
- Quivy, R. et van Campenhout, L. 1988. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris, Dunod, 271 pages.
- Remis, R.S., Vandal, A.C. et Leclerc, P. 1996. La situation du sida et de l'infection au VIH au Québec, 1994. Québec, MSSS, 110 pages.
- Rhodes, T., Stimson, G.V. et Quirk, A. 1996. «Sex, drugs, intervention, and research: from the individual to the social». *Substance Use Misuse*. 31 (3), 375-407.

- Richardson, S.C., Papaevangelou, G. et Ancelle-Park, R. 1994. «Knowledge, Attitudes and Beliefs of European Injecting Drug Users concerning Preventive Measures for HIV». *European Journal of Epidemiology*, 10(2), 135-142.
- Rose, R. 2000. «How Much Does Social Capital Add to Individual Health? A Survey of Russians». *Social Science & Medicine*, 51:1421-1435.
- Roy, S. 1995. «L'itinérance: forme exemplaire d'exclusion sociale?». *Lien social et Politiques - RIAC*, No 34, 73-80.
- Santé Canada. 2001. «HIV Incidence and Prevalence Studies in Canada». Division of HIV/AIDS Epidemiology and Surveillance, Centre for Infectious Disease Prevention and Control, Population and Public Health Branch, 100 pages.
- Schoenbaum, E.E., Hartel, D.M. et Gourevitch, M.N. 1996. «Needle Exchange Use among a Cohort of Injecting Drug Users». *AIDS*, 10, 1729-1734.
- Schön, D.A. (1994). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel.* (traduit de l'anglais par J. Heynemand et D. Gagnon). Montréal : Les Éditions logiques.
- Stimson, G.V. et al. 1994. «Potential Development of Community Oriented HIV Outreach among Drug Injectors in the UK». *Addiction*, 89, 1601-1611.
- Stimson, G.V. 1995. «AIDS and Injecting Drug Use in the United Kingdom, 1987-1993: the Policy Response and the Prevention of the Epidemic». *Social Sciences and Medicine*, Vol. 41, No 5, 699-716.
- van Ameijden, E.J.C., van den Hoek, A.A.R. et Coutinho. 1994. «Injecting Risk Behavior among Drug Users in Amsterdam, 1986 to 1992, and Its Relationship to AIDS Prevention Programs». *American Journal of Public Health*, Vol. 84, No 2, 275-281.
- van Caloen, B., Gervasoni, J.-F. 2000. «L'approche en matière de toxicomanie en Suisse et aux Pays-Bas: nouvelles pratiques sociales». *Revue des nouvelles pratiques sociales*, Vol.13, No1, 199-212.
- van Caloen, B., Perreault, M., Lévesque, P.-A. 1997. Étude de faisabilité: l'évaluation du programme d'échange de seringues Spectre de rue. Rapport de recherche déposé à la RRSSS de Montréal-Centre, 12 pages.
- van Campenhout, L. 1998. «Nouvelles tendances théoriques dans la recherche européenne sur les comportements sexuels face au risque du VIH». *Le sida en*

BIBLIOGRAPHIE

- Europe. Nouveaux enjeux pour les sciences sociales. Paris, Agence Nationale de Recherches sur le sida, 71-80.
- van Campenhoudt, L., Rémy J., Peto D. et Hubert M. 1994. «La relation sexuelle comme transaction sociale: à partir des réactions au risque du sida». in M. Blanc, ed. Vie quotidienne et démocratie: pour une sociologie de la transaction sociale. L'Harmattan, Paris. 93-112.
- Watters, J.K. 1989. «Observations on the Importance of Social Context in HIV Transmission among Intravenous Drug Users». Journal of Drug Issues, 19(1), 9-26.
- Zuniga, R. (1994). *L'évaluation dans l'action*. Montréal : Les presses de l'Université de Montréal.

