

# Recommandations de pratiques exemplaires

POUR LES PROGRAMMES CANADIENS DE RÉDUCTION DES MÉFAITS  
AUPRÈS DES PERSONNES QUI CONSOMMENT DES DROGUES ET QUI SONT À RISQUE  
POUR LE VIH, LE VHC ET D'AUTRES MÉFAITS POUR LA SANTÉ – **PARTIE 2**

GROUPE DE TRAVAIL SUR LES PRATIQUES EXEMPLAIRES POUR LES PROGRAMMES  
DE RÉDUCTION DES MÉFAITS AU CANADA



## Remerciements

Nous remercions les Instituts de recherche en santé du Canada pour le financement de ce projet. Ce document et des parties spécifiques de celui-ci ont été examinés par des experts de la communauté pour veiller à ce que les recommandations soient utilisables et que les preuves à l'appui soient présentées clairement. Merci beaucoup à Heather Dickinson (GRC) et James Stewart-Haass (Durham Regional Police) pour leurs rétroactions concernant le chapitre sur les relations avec les autorités policières, et à Seth Clarke et Annika Ollner (PASAN) pour leurs rétroactions concernant le chapitre sur l'éducation et les autres services dans le contexte carcéral. Nous sommes reconnaissants à Cindy MacIsaac pour l'examen externe du document dans son ensemble. Merci à Ryan White pour le graphisme du document, des sommaires de chapitres et des modèles de présentation. Merci également à Nora Ottaway pour la révision et l'édition complète du document. Nous remercions également Jean Dussault et Josée Dussault pour la traduction française; et Hélène Gagnon pour la révision de la traduction. Nos sincères remerciements au Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE), notre partenaire pour le transfert des connaissances, pour ses efforts afin que les Canadien-nes aient accès aux *Recommandations de pratiques exemplaires* et les connaissent.

## Déni de responsabilité

Les opinions et recommandations formulées dans le présent document sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de leurs employeurs ou des Instituts de recherche en santé du Canada.



CITATION SUGGÉRÉE : Strike C, Watson TM, Gohil H, Miskovic M, Robinson S, Arkell C, Challacombe L, Amlani A, Buxton J, Demel G, Gutiérrez N, Heywood D, Hopkins S, Lampkin H, Leonard L, Lockie L, Millson P, Nielsen D, Petersen D, Young S, Zurba N. *Recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes canadiens de réduction des méfaits auprès des personnes qui consomment des drogues et qui sont à risque pour le VIH, le VHC et d'autres méfaits pour la santé – Partie 2*. Toronto, ON : Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes de réduction des méfaits au Canada. 2015.

## Table des matières

Introduction et aperçu des recommandations de pratiques exemplaires – Partie 2.....	4
La promotion de la santé sexuelle à l’intention des personnes qui consomment des drogues – Commentaire.....	6
<b>Chapitre 1</b> : Modèles de programme .....	7
<b>Chapitre 2</b> : Distribution de matériel stérile pour l’injection de stéroïdes anabolisants, l’injection d’hormones, le perçage et/ou le tatouage .....	39
<b>Chapitre 3</b> : Distribution de papier métallique .....	53
<b>Chapitre 4</b> : Distribution de matériel pour l’inhalation plus sécuritaire de méthamphétamine en cristaux .....	61
<b>Chapitre 5</b> : Complications liées à l’injection: prévention, évaluation et traitement.....	70
<b>Chapitre 6</b> : Services de dépistage du VIH, des hépatites C et B ainsi que de la tuberculose.....	78
<b>Chapitre 7</b> : Services de vaccination contre les hépatites A et B, la pneumonie pneumococcique, l’influenza, le tétanos et la diphtérie .....	89
<b>Chapitre 8</b> : Référence aux traitements du VIH et/ou de l’hépatite C.....	98
<b>Chapitre 9</b> : Référence au traitement de la dépendance.....	109
<b>Chapitre 10</b> : Référence à des services de santé mentale.....	121
<b>Chapitre 11</b> : Référence à des services de logement .....	127
<b>Chapitre 12</b> : Relations avec les autorités policières .....	133
<b>Chapitre 13</b> : Éducation et autres services dans le contexte carcéral .....	149
Annexe A – Méthodes. Aperçu des résultats de la recherche : revue et synthèse.....	160

# Introduction et aperçu des recommandations de pratiques exemplaires – Partie 2

Les *Recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes canadiens de réduction des méfaits auprès des personnes qui consomment des drogues et qui sont à risque pour le VIH, le VHC et d'autres méfaits pour la santé – Partie 2* sont le deuxième ensemble de recommandations préparé par le Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes de réduction des méfaits au Canada. Ces recommandations ont été développées afin d'aider les programmes de seringues et d'aiguilles (PSA) et d'autres programmes de réduction des méfaits à travers le pays à améliorer la prestation de services aux personnes qui consomment des drogues. Le tableau ci-dessous offre un aperçu du contenu des Parties 1 (Strike et coll., 2013) et 2 des *Recommandations de pratiques exemplaires*.

Partie 1	Partie 2
Distribution de seringues	Modèles de programme (y compris PSA à site fixe, PSA à sites mobiles, distribution et achat en pharmacie, travail de proximité par des pairs et machines distributrices de seringues et d'aiguilles)
Distribution de contenants de dilution et de chauffage	Distribution de matériel stérile pour l'injection de stéroïdes anabolisants, l'injection d'hormones, le perçage et/ou le tatouage
Distribution de filtres	Distribution de papier métallique
Distribution d'acide ascorbique	Distribution de matériel pour l'inhalation plus sécuritaire de méthamphétamine en cristaux
Distribution d'eau stérile	Complications liées à l'injection – prévention, évaluation et traitement
Distribution de tampons d'alcool	Services de dépistage du VIH, des hépatites C et B ainsi que de la tuberculose
Distribution de garrots	Services de vaccination contre les hépatites A et B, la pneumonie pneumococcique, l'influenza, le tétanos et la diphtérie
Distribution de matériel plus sécuritaire pour fumer le crack-cocaïne	Référence aux traitements du VIH et/ou de l'hépatite C
Éducation sur une utilisation plus sécuritaire des drogues	Référence au traitement de la dépendance
Élimination et manipulation de tout matériel qui a servi à consommer des drogues	Mental health services referrals
Prévention des surdoses d'opioïdes : éducation et distribution de naloxone	Référence à des services de logement
	Relations avec les autorités policières
	Éducation et autres services dans le contexte carcéral

Les deux ensembles de recommandations visent à aider les programmes et les communautés à :

- Accroître l'efficacité, la qualité et la cohérence des services des programmes de réduction des méfaits
- Réduire la transmission du VIH, du VHC, du VHB ainsi que d'autres méfaits pour la santé
- Prendre des décisions éclairées sur l'utilisation des ressources pour des pratiques efficaces et efficaces
- Faire valoir la nécessité de meilleures ressources et d'investissements accrus dans les programmes de réduction des méfaits
- Fournir des repères pour l'évaluation de leurs services
- Identifier des cibles d'amélioration, au niveau des programmes et des systèmes

Ensemble, les Parties 1 et 2 visent à élargir et à remplacer les recommandations disséminées antérieurement en Colombie-Britannique (BCCDC, 2008; Buxton et al., 2008) et en Ontario (Strike et al., 2006). Des évaluations, comme suite à ces deux premiers documents, ont fait état d'une importante mise en œuvre de leurs recommandations (Buxton et al., 2008; Strike et al., 2011). Nous espérons atteindre une diffusion et une appropriation encore plus vastes de ces nouvelles recommandations.

### Politiques recommandées vs activités de programmes dans la Partie 2

Dans la Partie 2, nous utilisons des données portant principalement sur les PSA, puisque ces programmes de réduction des méfaits comptent parmi les plus documentés. Une somme considérable de données publiées était disponible pour certains chapitres (p. ex., modèles de de programme, complications liées à l'injection, services de dépistage, services de vaccination), alors que pour d'autres les données étaient plus limitées (p. ex., distribution de papier métallique, distribution de matériel pour l'inhalation plus sécuritaire de méthamphétamine en cristaux). Dans les chapitres où les données scientifiques sont abondantes, nous recommandons des politiques de pratiques exemplaires spécifiques. Dans les chapitres où les données sont plus limitées, nous recommandons des activités pour évaluer le besoin de services. Par exemple, dans le chapitre sur la distribution de feuilles de papier métallique pour l'inhalation d'héroïne et d'autres drogues, nous recommandons, entre autres activités, que les programmes évaluent la prévalence de l'inhalation d'héroïne et des méfaits liés à l'inhalation ainsi que le degré d'appui à la distribution de papier métallique parmi les personnes qui consomment des drogues.

### Notre équipe – Le Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes de réduction des méfaits au Canada

Fondé sur les principes de la recherche communautaire, notre projet est une réponse à un besoin qu'a identifié la communauté. De la création à la dissémination, il s'agit d'un projet dans lequel des membres de la communauté ont été impliqués, de même que des fournisseurs de services; l'équipe complète incluait des personnes ayant une expérience vécue, des fournisseurs de services, des responsables des politiques et des chercheurs. Les membres de l'équipe s'y sont joints en raison de leur intérêt, de leur expertise (p. ex., prestation de services, politiques) ainsi que de leurs rôles de représentants de leurs communautés, de dépositaires d'enjeux et/ou régions. Nous avons appliqué un processus fondé sur le consensus, dans lequel tous les membres de l'équipe ont pu contribuer à la conception et à la réalisation du projet.

### Références

BCCDC. Best practices for British Columbia's harm reduction supply distribution program. BC Harm Reduction Strategies and Services Committee; 2008. Consulté en août 2015 à : <http://www.bccdc.ca/NR/rdonlyres/17E7A2C8-5070-4A29-9971-55210F781B58/0/BestPractices.pdf>

Buxton JA, Preston EC, Mak S, Harvard S, Barley J, BC Harm Reduction Strategies and Services Committee. More than just needles: An evidence-informed approach to enhancing harm reduction supply distribution in British Columbia. Harm Reduction Journal, 2008 Dec;5:37.

Strike C, Hopkins S, Watson TM, Gohil H, Leece P, Young S, Buxton J, Challacombe L, Demel G, Heywood D, Lampkin H, Leonard L, Lebounga Vouma J, Lockie L, Millson P, Morissette C, Nielsen D, Petersen D, Tzemis D, Zurba N. Recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes canadiens de réduction des méfaits auprès des personnes qui consomment des drogues et qui sont à risque pour le VIH, le VHC et d'autres méfaits pour la santé – Partie 1. Toronto : Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes de réduction des méfaits au Canada; 2013. Consulté en août 2015 à : <http://www.catie.ca/sites/default/files/bestpractice-harmreduction-fre.pdf>

Strike C, Leonard L, Millson M, Anstice S, Berkeley N, Medd E. Ontario needle exchange programs: Best practice recommendations. Toronto: Ontario Needle Exchange Coordinating Committee; 2006. Consulté en août 2015 à : [http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/aids/reports/ontario\\_needle\\_exchange\\_programs\\_best\\_practices\\_report.pdf](http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/aids/reports/ontario_needle_exchange_programs_best_practices_report.pdf)

# La promotion de la santé sexuelle pour les personnes qui consomment des drogues – Un commentaire

Ce document a pour point de mire principal les données probantes concernant les moyens de prévenir les méfaits liés à l'usage de drogues. Nous avons décidé, au cours de son élaboration, de ne pas nous concentrer sur les données concernant les risques sexuels et leur prévention, vu l'existence de *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement* développées par un autre groupe d'experts. Ces lignes directrices sont accessibles sur le site Internet de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), à [www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/index-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/index-fra.php).

Nous reconnaissons que les risques liés à l'usage de drogues et les risques sexuels coexistent souvent et que plusieurs programmes canadiens de réduction des méfaits offrent également une variété de services sociaux et de santé, notamment une éducation sur les relations sexuelles plus sécuritaires, la distribution de matériel pour des relations sexuelles plus sécuritaires (p. ex., condoms) et d'autres services pertinents à la santé sexuelle (p. ex., dépistage, référence). Puisque les relations sexuelles non protégées sont un facteur de risque pour le VIH et de nombreuses autres infections, l'offre d'éducation, de matériel et d'autres services en matière de relations sexuelles plus sécuritaires est un sujet important, pertinent aux besoins et aux comportements de plusieurs personnes qui consomment des drogues (p. ex., Copenhaver et al., 2006; Des Jarlais & Semaan, 2005; ASPC, 2014; van Empelen et al., 2003). De fait, l'Organisation mondiale de la Santé (2009) reconnaît le counselling sur les relations sexuelles plus sécuritaires et sur le risque sexuel comme étant une intervention prioritaire pour la prévention du VIH. Par ailleurs, l'ONUSIDA (2009) recommande que des interventions pour des relations sexuelles plus sécuritaires ainsi que le dépistage et le traitement des infections transmissibles sexuellement (ITS) soient offerts conjointement aux services de réduction des méfaits pour les personnes qui s'injectent des drogues. En plus d'offrir des services de promotion de la santé sexuelle à tous leurs clients, les programmes de réduction des méfaits pourraient vouloir puiser dans les ressources existantes pour développer des programmes ciblés qui répondent aux besoins sexuels spécifiques des jeunes, des populations LGBTQ comme les personnes transgenres et les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, et des travailleurs et travailleuses du sexe.

Nous encourageons les programmes à consulter les nombreuses ressources de qualité qui existent :

- Pour les lignes directrices nationales sur les ITS, veuillez consulter le site Internet de l'ASPC à [www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/index-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/index-fra.php)
- Pour une liste des lignes directrices provinciales et territoriales sur les ITS, veuillez consulter le site Internet de l'ASPC à [www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/pt-sti-its-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/pt-sti-its-fra.php)
- Pour une collection de ressources sur la santé sexuelle et les relations sexuelles plus sécuritaires, y compris des lignes directrices et des recommandations additionnelles, veuillez consulter le site Internet de CATIE à [www.catie.ca/fr/prevention/sante-sexuelle](http://www.catie.ca/fr/prevention/sante-sexuelle)

## Références

Copenhaver MM, Johnson BT, Lee I-, Harman JJ, Carey MP. Behavioral HIV risk reduction among people who inject drugs: Meta-analytic evidence of efficacy. *Journal of Substance Abuse, Treatment* 2006;31(2):163-171.

Des Jarlais DC, Semaan S. Interventions to reduce the sexual risk behaviour of injecting drug users. *International Journal of Drug Policy*, 2005;16(Suppl 1):58-66.

Agence de la santé publique Canada. Résumé des résultats clés de la phase 3 du système I-Track (2010 à 2012). Centre de lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique Canada; 2014. Consulté en août 2015 à : [www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/reports/i-track-phase-3/assets/pdf/i-track-phase-3-fra.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/reports/i-track-phase-3/assets/pdf/i-track-phase-3-fra.pdf)

van Empelen P, Kok G, van Kesteren NMC, van den Borne B, Bos AER, Schaalma HP. Effective methods to change sex-risk among drug users: A review of psychosocial interventions. *Social Science and Medicine*, 2003;57(9):1593-1608.

ONUSIDA. Prévention du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables. ONUSIDA; 2009. Consulté en août 2015 à : [http://data.unaids.org/pub/informationnote/2009/20090514\\_hiv\\_prevention\\_among\\_idus\\_99\\_final\\_fr.pdf](http://data.unaids.org/pub/informationnote/2009/20090514_hiv_prevention_among_idus_99_final_fr.pdf)

Organisation mondiale de la Santé. Priority interventions: HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector. Organisation mondiale de la Santé; 2009. Consulté en août 2015 à : [www.who.int/hiv/mexico2008/interventions/en/](http://www.who.int/hiv/mexico2008/interventions/en/)

# 1 Modèles de programme



**POLITIQUES RECOMMANDÉES POUR DES PRATIQUES EXEMPLAIRES** qui favorisent la prestation des services de programmes de seringues et d'aiguilles (PSA) de manière à maximiser l'accessibilité pour les personnes qui consomment des drogues et qui sont à risque pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le virus de l'hépatite C (VHC), le virus de l'hépatite B (VHB) et d'autres méfaits liés à l'usage de drogues :

## Optimiser la prestation de services

- Offrir les services des PSA en utilisant une variété de modèles de programme (c.-à-d., sites fixes, sites mobiles, distribution en pharmacie, travail de proximité par des pairs, machines distributrices) qui sont pratiques pour les clients, en termes d'emplacement géographique (p. ex., urbain, rural) et d'horaire, et conçus pour joindre des sous-populations (p. ex., jeunes, femmes, travailleurs du sexe, LGBTQ, groupes autochtones et personnes qui s'injectent des drogues depuis peu)
- Distribuer la gamme complète de matériel pour l'injection et l'inhalation et d'autres types de matériel pour la réduction des méfaits, et offrir des options d'élimination dans les divers modèles de programme
- Offrir une vaste gamme de services (p. ex., éducation, références, prévention et gestion de surdose, dépistage et vaccination) dans chaque lieu, lorsque possible.

## Accroître l'accès

- Développer des partenariats avec des organismes locaux qui desservent des personnes qui consomment des drogues afin d'offrir aux clients des lieux additionnels pour accéder aux services des PSA et à d'autres services sociaux et de santé
- Collaborer avec des pharmacies locales et d'autres organismes afin de fournir gratuitement des services de PSA dans les régions rurales, sous-desservies et/ou à forts besoins
- Plaider auprès des pharmaciens, des pharmacies et des ordres professionnels pour faire en sorte que les clients puissent acheter et/ou obtenir gratuitement des seringues/aiguilles.

## Éduquer, former et évaluer

- Fournir aux clients des informations sur les sites de distribution et d'élimination
- Fournir une formation et un soutien continus aux pairs intervenants, aux pharmaciens, aux assistants en pharmacie et aux autres intervenants qui fournissent des services de PSA
- Éduquer la communauté afin d'accroître l'appui aux programmes et de favoriser le maintien de leur fonctionnement sans interruption
- Réaliser des études continues sur les besoins et la faisabilité des modèles de programmes qui ne sont pas offerts, et publier leurs résultats.

## Aperçu du chapitre

Dans ce chapitre, nous examinons l'efficacité des PSA en général, puis nous procédons à un examen des données probantes concernant divers modèles de prestation de services : PSA à site fixe, PSA à sites mobiles, distribution en pharmacie, travail de proximité par des pairs et machines distributrices. Ces modèles de programme sont complémentaires et ne s'excluent pas mutuellement; chacun présente son propre ensemble d'avantages et d'inconvénients. Bien que le volume de la littérature sur les divers modèles de programme soit variable, un examen

des données indique qu'un vaste éventail de modèles peut contribuer à améliorer l'accès aux services et à réduire les méfaits associés aux drogues.

Après la première sous-section (sur l'efficacité générale des PSA) et la deuxième (qui présente un sommaire des avantages, inconvénients et considérations propres à chaque modèle de programme), chaque section examine un modèle spécifique de programme. Chacune de ces sections ultérieures examine ensuite les caractéristiques des clients associés à chaque modèle, les avantages et inconvénients de celui-ci, puis des enjeux et considérations spécifiques.

## Section I : Efficacité générale des PSA pour réduire la transmission du VIH et du VHC

Des études ont examiné les impacts des PSA sur les taux de transmission du VIH et du VHC. Des examens antérieurs des données ont conclu que les PSA contribuent à réduire les taux de transmission du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues (Gibson et al., 2001; Wodak & Cooney, 2004). Une récente méta revue de la littérature (Aspinall et al., 2014) a démontré que les études publiées après 1990 concluent à un impact protecteur des PSA, en ce qui a trait aux taux de transmission du VIH. Bien que les études examinant l'efficacité des PSA à réduire la transmission du VIH soient sujettes à des limites (p. ex., courtes périodes de suivi) et à des défis liés aux devis des études (p. ex., prévalence plus élevée du VIH parmi les personnes s'injectant des drogues, accessibilité des services et recours à ceux-ci, voies de transmission), Aspinall et al. (2014) ont conclu qu'il existe suffisamment de preuves pour appuyer l'efficacité des PSA à réduire la transmission du VIH parmi les personnes qui consomment des drogues. Aspinall et al. (2014) signalent également que d'autres interventions de réduction des méfaits ont probablement contribué à réduire les taux de transmission et que les PSA devraient être considérés comme une composante au sein d'un éventail plus large d'interventions de réduction des méfaits axées sur la prévention du VIH.

D'autres infections hématogènes (VHC et VHB) affectent aussi de manière disproportionnée les personnes qui s'injectent des drogues (Nelson et al., 2011). Des données indiquent que les PSA ont un impact moindre sur la transmission du VHC et qu'ils devraient être considérés comme une intervention complémentaire au sein d'une stratégie plus large de réduction des méfaits pour la prévention du VHC (Aspinall et al., 2014). Un examen des revues de la littérature réalisé par MacArthur et al. (2014), concernant l'efficacité de diverses interventions de réduction des méfaits en ce qui a trait à la réduction des comportements à risque liés à l'injection et à la transmission du VIH et du VHC, a conclu que les PSA et le traitement de substitution aux opiacés (TSO) ont un fort impact pour réduire les comportements à risque liés à l'injection. Ils ont également rapporté des données démontrant l'efficacité du TSO pour réduire les taux de transmission du VIH et d'autres qui tendent à démontrer l'efficacité des PSA. Cependant, ils rapportent peu de données probantes concernant l'effet des TSO et des PSA sur la transmission du VHC. MacArthur et al. (2014) ont également signalé que des interventions isolées de réduction des méfaits, non couplées à d'autres types d'interventions de réduction des méfaits, sont insuffisantes pour réduire la transmission du VHC.

L'intégration d'autres types de services de réduction des méfaits, pour compléter les PSA, a été signalée comme étant une approche susceptible de réduire l'incidence du VHC. Une revue systématique de 16 études indique que la majorité des PSA – qu'ils soient communautaires ou situés à l'hôpital ou en pharmacie – combinent habituellement divers services de réduction des méfaits (c.-à-d., services de proximité, distribution de matériel de réduction des méfaits, services de counselling et de dépistage) (Jones et al., 2010).

### *Impact des PSA sur la transmission du VIH et du VHC*

Une étude de Palmateer et al. (2010) abonde dans le sens des examens récents selon lesquels il existe des données qui tendent à montrer l'efficacité des PSA à réduire la transmission du VIH. Cette étude comparait l'efficacité de PSA à site fixe et de modèles alternatifs de distribution de seringues (c.-à-d. en pharmacie, par machines distributrices et par le travail de proximité par des pairs) en ce qui concerne les comportements d'injection à risque (c.-à-d. l'emprunt, le prêt ou la réutilisation de seringues ou d'autres types de matériel) et la transmission du VIH et du VHC. Les auteurs ont conclu que toute intervention à elle seule – lorsqu'elle n'est pas combinée à d'autres types d'interventions de réduction des méfaits – est insuffisante pour réduire la transmission du VHC. La même étude (Palmateer et al., 2010) a signalé que les PSA à site fixe étaient efficaces à réduire les comportements autodéclarés d'injection à risque, mais le niveau de preuve était faible en ce qui concerne la transmission du VIH. L'efficacité des PSA en pharmacie à réduire les comportements autodéclarés d'injection à risque était appuyée par des données provisoires. Palmateer et al. (2010) ont également conclu que les données pour appuyer l'efficacité des machines distributrices à réduire les comportements autodéclarés d'injection à risque et la transmission du VIH et du VHC étaient absentes ou insuffisantes. Il convient par ailleurs de noter que des études ayant une perspective écologique ont démontré un effet positif des PSA, concernant la réduction de la transmission du VIH et du VHC, plus fréquemment que des études de type individuel; ainsi, il semble y avoir une divergence entre les conclusions d'études écologiques et celles d'études de cas-témoins et d'études de cohorte (Palmateer et al., 2010). Une étude de Jones et al. (2010) a conclu à une insuffisance de données pour déterminer si des modèles particuliers de prestation de services sont meilleurs que d'autres pour réduire les comportements d'injection à risque et/ou l'incidence du VIH ou du VHC.

### **Impact de la combinaison de PSA et d'autres interventions de réduction des méfaits sur la transmission**

Les conclusions d'une récente méta-analyse de Turner et al. (2011) ont démontré un effet synergique de multiples interventions de réduction des méfaits sur la transmission de virus hématogènes. Cette étude indique que la combinaison de PSA et de TSO réduisait de 79 % le risque de séroconversion au VIH, en comparaison avec des interventions où les clients ne recevaient pas de TSO et recevaient moins d'une seringue par injection déclarée. Plusieurs études ont démontré une incidence réduite du VIH et du VHC lorsque le TSO et un PSA étaient combinés, en comparaison avec l'effet de ces interventions utilisées isolément (Degenhardt et al., 2010; Hagan et al., 2011; Turner et al., 2011; Van Den Berg et al., 2007). Un examen systématique et méta-analyse de Hagan et al. (2011) portant sur les interventions pour la prévention du VHC a conclu que l'infection par le VHC chez les personnes qui s'injectent des drogues peut être prévenue par diverses interventions de réduction des méfaits, la plus forte association étant observée lorsque diverses interventions étaient combinées. Par conséquent, des interventions à composantes multiples et utilisant diverses stratégies (réduction de l'injection d'opiacés, adoption de pratiques d'injection plus sécuritaires, fourniture de matériel d'injection stérile, interventions comportementales et traitement de la dépendance) peuvent avoir un plus grand impact que le recours à des stratégies uniques, sur la prévention du VHC parmi les personnes qui s'injectent des

drogues (Hagan et al., 2011). Les conclusions sur l'efficacité accrue des approches à composantes multiples concordent avec celles d'études qualitatives sur le VHC parmi les personnes qui s'injectent des drogues (Jones et al., 2010; Palmateer et al., 2010; Wright & Tompkins, 2006). Une méta-analyse antérieure de Hagan et al. (2008) a démontré que la période entre l'initiation à l'injection et l'infection par le VHC est plus longue dans des pays à revenu élevé, lorsque les PSA et les services de TSO sont plus répandus.

### **Sommaire des données probantes de la revue de la littérature**

Les données de la revue de la littérature scientifique indiquent que les PSA sont associés à une diminution des comportements d'injection à risque et de la transmission du VIH, mais les données appuyant l'association entre les PSA (en particulier lorsque considérés en tant que programmes uniques) et la réduction de la transmission du VHC demeurent provisoires. Peu de données démontrent quels modèles de programme sont meilleurs pour réduire les comportements à risque et la transmission du VIH ou du VHC. Néanmoins, des données solides démontrent l'impact de la combinaison de PSA, du TSO et d'autres programmes de réduction des méfaits sur les comportements à risque pour le VIH. Dans les sections ci-dessous, nous examinons les données probantes spécifiques à des modèles particuliers de programme.

### **Sommaire des avantages, inconvénients et considérations, selon le modèle de programme**

<b>Sites fixes</b>	
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offre la gamme la plus complète de services de réduction des méfaits</li> <li>• Facilite la distribution et l'élimination sécuritaire du matériel d'injection</li> <li>• Permet l'accès simultané à plusieurs clients</li> <li>• Permet des interactions plus détaillées avec le personnel</li> <li>• Procure aux clients un degré de confidentialité accru</li> </ul>
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Heures d'ouverture limitées</li> <li>• Lieu statique</li> <li>• Craintes des clients concernant l'exposition en public, la confidentialité et la stigmatisation</li> <li>• Crainte des clients d'être exposés à la police si on les voit entrer dans un PSA</li> <li>• Accès limité pour les clients à mobilité réduite (p. ex., handicap physique, transport)</li> </ul>

Considérations	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer l'accès : choisir les emplacements géographiques selon le nombre de personnes qui consomment des drogues dans la communauté et le nombre estimé de clients potentiels, la disponibilité du transport collectif et d'autres conditions locales</li> <li>• Types de lieux possibles : organisations de santé publique, centres de santé communautaire, organismes de lutte contre le sida, hôpitaux, services pour les problèmes liés à la consommation de substances et la santé mentale, et autres organismes desservant des clients qui consomment des drogues</li> <li>• Maximiser l'impact : envisager d'offrir une gamme complète de services et de soutiens (p. ex., conseils sur les pratiques d'injection plus sécuritaires, distribution de matériel plus sécuritaire pour l'inhalation de crack et conseils sur les pratiques d'inhalation plus sécuritaires, prévention et gestion des surdoses, information sur l'élimination plus sécuritaire du matériel usagé de consommation de drogues, dépistage, vaccination, distribution de condoms et facilitation de l'accès au traitement de la dépendance et à d'autres services)</li> <li>• Dotation en personnel : envisager d'embaucher du personnel multidisciplinaire pour maximiser la gamme de services pouvant être offerte (p. ex., counselling, éducation, soins médicaux et infirmiers, soutien par des pairs)</li> <li>• Prestation de services sans interruption : impliquer et éduquer la communauté</li> </ul>
<b>Sites mobiles</b>	
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permet de joindre des clients à risque plus élevé qui ne fréquentent pas de sites fixes</li> <li>• Accroît l'accès, dans les milieux de consommation de drogues, pour les personnes qui ne fréquentent pas ou ne peuvent pas fréquenter des PSA à site fixe pour des considérations de distance et de transport, d'heures d'ouverture limitées ou de handicap</li> <li>• Peut accroître les options d'élimination du matériel usagé pour les personnes qui ne fréquentent pas ou ne peuvent pas fréquenter des PSA à site fixe</li> <li>• Peut réagir plus rapidement que les sites fixes à des changements dans les milieux de consommation de drogues et concernant l'émergence de groupes de personnes qui consomment des drogues</li> </ul>
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La taille du/des véhicules détermine les types de services pouvant être offerts</li> <li>• Peut susciter une réaction négative de la communauté fondée sur la croyance selon laquelle les PSA mobiles attirent des personnes qui consomment des drogues dans la communauté</li> </ul>
Considérations	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer l'accès : choisir des emplacements et des heures non couverts par les autres modèles de programme</li> <li>• Maximiser l'impact : envisager d'offrir une gamme complète de services et de soutiens (p. ex., conseils sur les pratiques d'injection plus sécuritaires, distribution de matériel plus sécuritaire pour l'inhalation de crack et conseils sur les pratiques d'inhalation plus sécuritaires, prévention et gestion des surdoses, information sur l'élimination plus sécuritaire du matériel usagé de consommation de drogues, dépistage, vaccination, distribution de condoms et facilitation de l'accès au traitement de la dépendance et à d'autres services)</li> <li>• Dotation en personnel : envisager d'embaucher du personnel multidisciplinaire pour maximiser la gamme de services pouvant être offerte (p. ex., counselling, éducation, soins médicaux et infirmiers, soutien par des pairs)</li> <li>• Prestation de services sans interruption : envisager un plaidoyer pour développer des liens et répondre aux préoccupations dans les quartiers où des services mobiles seront offerts</li> </ul>

<b>Distribution et achat en pharmacie</b>	
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peut être une source importante d'accès aux seringues/aiguilles stériles et autres types de matériel de réduction des méfaits, puisque :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Lieux nombreux</li> <li>– Souvent facile d'accès et emplacement pratique</li> <li>– Clientèle diversifiée</li> <li>– Heures d'ouverture prolongées</li> <li>– Moins propice à la stigmatisation ou à l'identification des clients comme étant des personnes qui consomment des drogues</li> <li>– Anonymat rehaussé</li> <li>– Moins de surveillance policière</li> </ul> </li> <li>• Peut joindre des clients dans des régions où les services de réduction des méfaits sont limités, ce qui est particulièrement important en région rurale</li> <li>• Tend à joindre des clients à plus faible risque n'ayant pas recours aux PSA</li> </ul>
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les pharmaciens et les assistants en pharmacie peuvent avoir besoin de formation quant aux manières d'interagir respectueusement avec des personnes qui consomment des drogues, et des assistants peuvent décourager le recours à ce service</li> <li>• Des préoccupations liées au vol et à d'autres problèmes peuvent limiter la volonté des pharmaciens d'envisager d'offrir des services et du matériel de réduction des méfaits</li> <li>• On note un manque de lignes directrices spécifiques à la distribution et à l'achat en pharmacie</li> <li>• Des pharmacies pourraient ne pas disposer de l'espace nécessaire pour stocker le matériel ou être en mesure d'éliminer adéquatement le matériel usagé</li> <li>• Le manque de confidentialité peut limiter les occasions de counselling</li> </ul>
Considérations	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer l'accès : identifier des pharmacies qui peuvent étendre les services de PSA à des heures et emplacements que d'autres modèles ne couvrent pas</li> <li>• Améliorer la connaissance de la réduction des méfaits par les pharmaciens et le personnel des pharmacies : envisager de fournir une formation et du soutien</li> <li>• Maximiser l'impact : demander l'étalage et la disponibilité des seringues/aiguilles en vente libre</li> </ul>
<b>Travail de proximité par des pairs</b>	
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaissance des endroits où les gens se procurent et utilisent des drogues, et crédibilité dans ces milieux</li> <li>• Augmente la distribution de matériel stérile pour la consommation de drogues</li> <li>• Implique de manière significative les personnes qui consomment des drogues dans le travail de réduction des méfaits</li> <li>• Joint des personnes qui n'ont pas recours à des PSA à site fixe</li> <li>• Peut joindre des groupes « difficiles à joindre » comme les jeunes, les femmes, les travailleurs du sexe, les personnes LGBTQ, les groupes autochtones et les personnes qui s'injectent des drogues depuis peu</li> <li>• Les pairs intervenants sont souvent les mieux placés pour offrir des services de proximité et d'éducation dans la rue</li> </ul>

Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les pairs intervenants pourraient ne pas être en mesure d’offrir la gamme complète de services et de soutiens offerts par les fournisseurs de services sociaux et de santé</li> <li>• Les pairs intervenants peuvent rencontrer de la stigmatisation et de la discrimination de la part de fournisseurs de services sociaux et de santé et de membres de la communauté</li> <li>• Une formation et une supervision continues sont nécessaires à ce que les pairs soient adéquatement soutenus et transmettent aux clients des informations exactes sur la réduction des méfaits</li> <li>• On a signalé quelques cas de pairs intervenants qui ont vendu du matériel à des clients</li> </ul>
Considérations	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer l’accès : envisager de mettre en œuvre des programmes formels de travail de proximité par des pairs, pour tirer profit de la forte prévalence de la distribution secondaire du matériel qui se produit informellement dans les réseaux de consommation de drogues</li> <li>• Dotation en pairs intervenants : choisir des pairs intervenants qui sont bien connectés dans la communauté et familiarisés avec elle, et qui peuvent joindre des clients qui ne sont pas joints par d’autres modèles et/ou d’autres membres du personnel</li> <li>• Types de lieux : rues, parcs, maisons, appartements, refuges, organismes de services et autres lieux de rencontre de personnes qui consomment des drogues</li> <li>• Maximiser l’impact : fournir aux pairs intervenants une formation (c.-à-d. sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang, la prévention et la gestion des surdoses, la consommation plus sécuritaire de drogues et la manipulation et l’élimination plus sécuritaires du matériel, et des informations pour la référence à d’autres services) et un soutien personnel et professionnel continu, une supervision appropriée et une structure de gestion flexible qui répond à leurs besoins et/ou défis</li> </ul>
<b>Machines distributrices de seringues et aiguilles (MDSA)</b>	
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peut accroître l’accès à des endroits et à des heures où la prestation de services de réduction des méfaits est limitée ou nulle et/ou la présence de personnel n’est pas possible</li> <li>• Peut joindre des groupes de personnes qui s’injectent des drogues et qui sont moins susceptibles d’utiliser d’autres modèles de programme, comme les personnes plus jeunes, itinérantes, qui ont un statut socioéconomique plus faible et/ou qui s’injectent depuis moins d’années</li> <li>• Offre un accès privé et anonyme à des individus qui pourraient être inquiets de divulguer leur consommation de drogues ou qui se sentent stigmatisés par le personnel des PSA ou des pharmacies</li> <li>• Les MDSA peuvent offrir un très bon rapport coût/efficacité : elles sont en service 24 heures et impliquent des coûts minimaux de dotation en personnel</li> </ul>
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilités limitées pour l’offre d’information, de counselling ou de référence à d’autres services</li> <li>• Des problèmes de fiabilité et de fonctionnement (p. ex., bris, blocage, machines vides) ont été observés dans des milieux où des MDSA sont utilisées</li> <li>• Coût de l’obtention de matériel des MDSA</li> </ul>
Considérations	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer l’accès : installer des machines là où il n’existe pas d’autre source de matériel d’injection plus sécuritaire et à l’extérieur des PSA à site fixe, pour un accès hors des heures d’ouverture; les machines doivent être remplies et entretenues régulièrement</li> <li>• Maximiser l’impact et réduire les risques potentiels : les modèles de prestation par MDSA devraient idéalement être facilement accessibles, avec un accès contrôlé (c.-à-d. non accessible aux enfants) et permettre la distribution de matériel gratuitement ou à bas prix</li> </ul>

### Section III : PSA à site fixe

L'expression « PSA à site fixe » désigne les programmes de PSA dont l'emplacement est statique. Les PSA varient, du simple bureau jusqu'à l'édifice distinct. Dans la littérature nord-américaine, australienne et britannique, cette expression (« fixed-site NSP ») est la plus répandue; toutefois, dans la plupart des autres pays on utilise généralement les expressions suivantes : programmes d'échange de seringues, programmes d'échange d'aiguilles, programmes de distribution de matériel d'injection stérile, échange de seringues basé dans un centre, ou centres de services sans rendez-vous. Ces expressions font référence à des PSA à site fixe, en l'absence de mentions d'autres types de prestation (p. ex., camionnette, autobus, distribution en pharmacie ou machines distributrices). Dans le présent document, nous utilisons l'expression « PSA à site fixe » pour désigner le modèle de programme à emplacement fixe.

Les PSA à site fixe sont le modèle de programme le plus répandu; certains distribuent exclusivement des seringues et aiguilles, d'autres offrent une combinaison de services (OMS, 2007). Lorsqu'ils sont situés dans un édifice ou un centre de santé communautaire, les PSA à site fixe sont habituellement en meilleure position pour fournir un vaste éventail de services, en comparaison avec d'autres modèles de programme. Fonctionnant fréquemment dans des espaces plus grands, les PSA à site fixe peuvent être accessibles à plusieurs clients à la fois, et permettent une interaction plus longue et plus approfondie entre les intervenants et les clients, de même qu'une confidentialité accrue. La plupart des PSA à site fixe intègrent et offrent généralement les services suivants : distribution et élimination de matériel, éducation sur les pratiques d'injection plus sécuritaires, prévention des surdoses et intervention en cas de surdose, services de dépistage et de vaccination, distribution de condoms, services de référence au traitement de la dépendance, de même que d'autres services. L'intégration de services additionnels (comme le traitement d'entretien à la méthadone) est parfois possible dans les PSA à site fixe.

#### **Caractéristiques des personnes qui ont recours à des PSA à site fixe**

La recherche démontre que la majorité des personnes s'injectant des drogues se procurent leurs seringues auprès de PSA à site fixe (NSWDH, 2008; OMS, 2007), mais également qu'elles recourent généralement à deux modalités ou plus de prestation de services (Miller et al., 2002).

Miller et al. (2002) ont fait état de conclusions d'une cohorte prospective de Vancouver, démontrant que les clients de

PSA à site fixe tendent à avoir moins de comportements à risque que ceux qui recourent à des PSA à sites mobiles, mais qu'ils ont plus de comportements à risque que les personnes qui ont recours à des services en pharmacie. Dans une autre étude, de MacNeil & Pauly (2010), la majorité des participants qui avaient recours à des PSA à site fixe étaient sans abri et vivaient dans la pauvreté. Une étude réalisée à Glasgow (Cameron et al., 2004) a conclu que les PSA à site fixe attiraient plus de clients ayant un mode de vie chaotique, alors que les services d'accès en pharmacie attiraient plus de consommateurs occasionnels et de nouveaux utilisateurs par injection, ce qui correspond aux conclusions d'une étude britannique plus ancienne (Sheridan et al., 1998).

#### **Avantages des PSA à site fixe**

Un des avantages majeurs des PSA à site fixe, en comparaison avec d'autres modèles, est que l'espace dont ils disposent permet d'offrir un ensemble plus complet de services, en plus de faciliter la distribution et l'élimination du matériel d'injection (Cox & Robinson, 2008). Les données dont nous avons fait état ci-dessus indiquent que la distribution de seringues à elle seule et sans le soutien de services additionnels, ne suffit pas pour prévenir efficacement la transmission du VIH parmi les populations à risque élevé. La mise en œuvre d'autres services et modèles de programme peut maximiser l'impact des PSA à site fixe, quant à la réduction des comportements à risque, et par le fait même, la transmission du VIH et du VHC. De récentes lignes directrices britanniques à l'intention des PSA, publiées par le National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2014), recommandent une combinaison de services offerts par les PSA, notamment : conseils pour des pratiques d'injection plus sécuritaires, prévention des surdoses, information sur l'élimination plus sécuritaire du matériel d'injection usagé, services de dépistage, vaccination, distribution de condoms, facilitation de l'accès au traitement de la dépendance, etc. Ces services auxiliaires constituent une valeur ajoutée, pour les PSA à site fixe, afin de satisfaire les besoins des clients et d'attirer de nouveaux clients (Murphy & Murphy, 1998).

Anderson et al. (2003) ont souligné que l'avantage principal des PSA à site fixe, en comparaison avec les programmes « satellites » d'échange ou la « distribution secondaire par des pairs » (personnes ayant accès à des PSA et qui distribuent du matériel d'injection à d'autres personnes qui consomment des drogues) résidait dans leur capacité de fournir des services auxiliaires additionnels (premiers soins, dépistage du VIH ou plaidoyer) à des personnes qui consomment des drogues. Les personnes qui fréquentent des PSA à site fixe étaient mieux placées pour bénéficier de

counselling psychologique et de services de référence vers des services sociaux, médicaux et d'éducation.

En ce qui a trait à l'élimination du matériel usagé, une étude réalisée à Glasgow (Cameron et al., 2004) a comparé les niveaux d'activité et les profils des utilisateurs ayant recours aux services d'accès en pharmacie à d'autres PSA à site fixe. Les taux de retour de seringues usagées étaient les plus élevés pour les PSA qui opéraient dans un centre de traitement de la dépendance (92 %), suivis des services en pharmacie (85 %).

### ***Inconvénients des PSA à site fixe***

Bien que les sites fixes présentent des avantages en termes d'éventail de services ainsi que d'emplacement stable pour l'accès aux services, leur emplacement statique peut être un inconvénient s'ils sont difficiles d'accès et/ou si leurs heures d'ouverture sont limitées et ne conviennent pas à toutes les sous-populations de personnes qui s'injectent des drogues (EMCDDA, 2007; Griesbach et al., 2006; Moore et al., 2004; Chandler, 2008). Une étude réalisée à Glasgow a démontré que la majorité des clients qui obtenaient des seringues auprès de 18 PSA différents (pharmacies, sites de traitement de la dépendance, service sans rendez-vous pour travailleuses du sexe) avaient accès à un PSA ouvert 24 heures par jour, sept jours par semaine. La capacité d'accéder à des services en tout temps montre l'importance d'offrir des heures d'ouverture prolongées afin d'attirer une plus grande population de personnes qui consomment des drogues (Glasgow Involvement Group & Scottish Drugs Forum, 2005).

D'autres limites possibles des PSA à site fixe incluent la peur des clients d'être à la vue du public et les préoccupations de confidentialité concernant la fréquentation d'un lieu fixe; la stigmatisation des personnes qui consomment des drogues, par la communauté locale; les problèmes de mobilité (p. ex. handicap physique, problèmes de transport); et la crainte de la police (OMS, 2007). Par ailleurs, les lieux de consommation de drogues peuvent changer rapidement et se déplacer d'une partie de la ville vers une autre, et ceci pourrait réduire l'accès à un PSA à site fixe ainsi que son impact. Ce type de limites peut être surmonté par la diversification des modèles de programme (machines distributrices, pharmacies, unités mobiles et hôpitaux) (Cox & Robinson, 2008).

### ***Considérations d'emplacement, de contexte et d'appui communautaire concernant les PSA à site fixe***

Un emplacement pratique est un des principaux facteurs qui influencent l'efficacité et le fonctionnement continu d'un PSA à site fixe. L'emplacement, en soi, détermine grandement la probabilité que les personnes qui s'injectent des drogues recourent aux services (ONUSIDA, 2006). Avant de choisir l'emplacement et la taille d'un PSA à site fixe, il est souhaitable de prendre en considération plusieurs facteurs, incluant (sans s'y limiter) : le nombre de personnes qui consomment des drogues dans la communauté desservie, le nombre estimé de clients attendus au site, la densité de population de la région, la disponibilité de transport public, les services qui seront offerts sur le site ainsi que le nombre d'employés envisagé (OMS, 2007). Les PSA à site fixe doivent être conçus en tenant compte de ces conditions locales, du financement et de la disponibilité d'employés potentiels.

L'efficacité des PSA à site fixe varie selon le contexte. Dans un essai contrôlé et randomisé (ECR), Masson et al. (2007) ont comparé directement les effets de divers contextes de PSA (c.-à-d. un PSA communautaire conventionnel autonome et un programme en milieu hospitalier offrant en supplément une éducation sur les pratiques d'injection plus sécuritaires) sur l'utilisation des services de santé, les pratiques d'injection ainsi que l'état de santé des clients. Aucun n'offrait de soins primaires, mais les utilisateurs du programme en milieu hospitalier avaient la possibilité de demander des services additionnels, dans ce contexte. Dans cette étude, les participants qui avaient été attribués au hasard à un PSA à site fixe en milieu hospitalier avaient 83 % plus d'admissions en établissement et 22 % plus de visites en soins ambulatoires (c.-à-d. des soins de jour) que ceux faisant partie du groupe assigné à un PSA communautaire. Cependant, le type de PSA à site fixe, qu'il soit en milieu hospitalier ou en milieu communautaire conventionnel, n'a pas influencé les comportements à risque, l'état de santé, ni l'utilisation autodéclarée du PSA (Masson et al., 2007).

L'éducation, l'implication et le soutien de la communauté jouent également un rôle dans le fonctionnement de PSA à site fixe (Cox & Robinson, 2008; WHO, 2007). Partout à travers le monde on peut trouver des exemples de PSA à site fixe qui ont dû fermer leurs portes ou déménager en raison de l'opposition de la communauté (Tempalski et al, 2007; Strike et al, 2002; Klein, 2007; Lane et al, 2000; Downing et al, 2005). Par conséquent, impliquer les membres de la communauté (en particulier ceux d'organismes qui exercent une forte influence dans la communauté) peut contribuer à éviter des remous pouvant être liés au fonctionnement d'un PSA (OMS, 2007).

### **Compléter les PSA à site fixe par d'autres modèles de programme**

Comme susmentionné, le fait de compléter un PSA à site fixe à l'aide d'autres modèles de programme contribue à augmenter la couverture des services et l'accès pour diverses sous-populations de personnes qui consomment des drogues. Hyska et al. (2012) ont réalisé un examen des recherches soumises à la révision par des pairs et portant sur les PSA de Vancouver, publiées au cours des 15 dernières années, pour comprendre les facteurs qui ont contribué au développement des programmes. Cette étude a conclu que l'abolition des limites de la distribution de seringues et des politiques d'échange unitaire (une contre une) ainsi que la décentralisation et la diversification des services de PSA avaient entraîné un déclin du partage de seringues et de la prévalence du VIH. La diversification des services de PSA à Vancouver a consisté à étendre les services au-delà de la distribution dans des sites fixes et à établir un PSA mobile, une patrouille piétonne et un modèle de distribution secondaire par des services satellites, ce qui a donné l'accès au matériel d'injection stérile 24 heures par jour.

### **Acceptation des PSA parmi les personnes qui recourent à leurs services**

Seulement quelques études ont évalué les préférences des clients de PSA quant aux modèles de programme. Une étude de Phillips et al. (2007) a comparé les points de vue et attitudes de personnes consommant des drogues en Angleterre et aux États-Unis, quant à l'acceptabilité, aux avantages et aux inconvénients d'une large gamme d'interventions de réduction des méfaits. Les PSA et les centres de jour sans rendez-vous étaient considérés comme acceptables par les clients de ces pays. MacNeil et Pauly (2010), examinant les attitudes de personnes ayant recours à des services de quatre PSA à site fixe de la grande région de Victoria, en Colombie-Britannique, ont observé que les PSA étaient considérés comme étant importants pour la prévention du VIH et du VHC, pour réduire la stigmatisation des personnes qui consomment des drogues et pour ouvrir des portes vers d'autres services pour des populations marginalisées. De plus, une étude réalisée à Glasgow (Glasgow Involvement Group & Scottish Drugs Forum, 2005) a démontré que les PSA intégrés à des services de traitement de la dépendance étaient considérés de façon plus favorable par les clients que les PSA en pharmacie, et ce à plusieurs égards : prestation d'information, attitudes du personnel, confidentialité et vie privée, sécurité, politiques sur le retour de matériel, formation des usagers et prestation/demande de services.

### **Efficacité des PSA à site fixe et fermetures**

On observe un manque de recherches évaluant l'efficacité des modèles différents de PSA. Ceci rend difficile de cerner l'efficacité de tout modèle particulier, y compris des PSA à site fixe. La majorité des études publiées après 2000 se concentrent sur l'évaluation de services spécifiques ou personnalisés de réduction des méfaits qui sont offerts par des PSA à site fixe. Les recherches publiées au sujet des modèles de programme ont principalement examiné les caractéristiques des personnes qui ont recours à certains de ces modèles, et n'ont pas porté sur l'efficacité générale de modèles spécifiques.

Une étude d'Ivins et al. (2012) a examiné l'impact de la fermeture d'un PSA à site fixe, à Victoria (Colombie-Britannique), sur les pratiques de partage de seringues parmi les personnes s'injectant des drogues. Ces résultats ont été comparés à ceux de Vancouver, située près de Victoria, qui a réussi à maintenir son continuum de services offert par le PSA. On a observé une augmentation du nombre de personnes partageant des seringues à Victoria, passant de 10 % en 2008 à 20 % en 2010, alors qu'à Vancouver les taux de partage de seringues sont demeurés relativement stables et peu élevés. Les personnes s'injectant des drogues à Victoria ont affirmé avoir plus de difficulté à se procurer du matériel stérile pour l'injection, après la fermeture du PSA. Elles avaient également tendance à s'adonner à plus de pratiques à risque élevé que les personnes de Vancouver. De récentes injections de crack ont aussi été associées significativement à des taux élevés de partage de seringues. Cette étude a démontré que la fermeture du PSA à site fixe de Victoria a eu pour effet d'accroître considérablement les pratiques d'injection à risque.

Les PSA à site fixe ont aussi montré leur efficacité pour joindre des sous-populations spécifiques de personnes qui consomment des drogues, y compris les femmes sans-abri et logées de façon précaire (Magee & Hurliaux, 2008) ainsi que les jeunes sans-abri et en fugue (Al-Tayyib et al., 2014).

---

### **Sommaire des données sur les PSA à site fixe**

Les données qui éclairent cette sous-section sont issues principalement d'études observationnelles et de revues de la littérature. Les études transversales sont le principal type de recherche qui a livré des données sur les caractéristiques et comportements à risque parmi les personnes qui utilisent des PSA à site fixe. Divers articles, y compris une revue systématique et un examen des revues de la littérature ou méta revue, offrent des données concernant les façons par

lesquelles le fait de compléter un PSA à site fixe et/ou l'ajout d'autres services à un PSA existant pourraient contribuer à maximiser l'efficacité, en ce qui concerne la réduction des méfaits associés à la consommation de drogues. Nous n'avons recensé qu'un essai contrôlé randomisé (ECR) examinant l'impact des différents types de PSA à site fixe (en milieu hospitalier et dans la communauté), sur les pratiques d'injection, l'état de santé et l'utilisation des services de santé parmi les personnes s'injectant des drogues. Dans l'ensemble, peu de recherches ont été réalisées sur l'efficacité du modèle de PSA à site fixe pour réduire les comportements d'injection à risque et la transmission du VIH et du VHC.

#### **Section IV : PSA à sites mobiles**

Les PSA à sites mobiles opèrent depuis des voitures, des camionnettes et d'autres véhicules motorisés; ils ont des horaires fixes ou flexibles; et servent de centres sans rendez-vous. Les PSA à sites mobiles peuvent fournir des services dans divers milieux de consommation de drogues. Ils sont un important moyen d'améliorer la couverture des activités visant la réduction des méfaits; de fait, leur modèle est utilisé pour joindre les personnes qui consomment des drogues à des moments et endroits qui ne sont habituellement pas couverts par les PSA à site fixe et d'autres programmes. La taille du véhicule détermine largement le nombre de services pouvant être offerts. Même si les services de proximité fournis par les sites mobiles sont habituellement moins nombreux que ceux des PSA à site fixe, plusieurs PSA à sites mobiles ont intégré des services additionnels de réduction des méfaits et sont en mesure d'offrir des interventions adaptées à des sous-populations spécifiques.

##### ***Caractéristiques des individus ayant recours à des PSA à sites mobiles***

Plusieurs études ont examiné les caractéristiques des individus qui ont recours à divers modèles de PSA (Miller et al., 2002; Obadia et al., 1999; Riley et al., 2000). Les résultats de ces études portent à croire que les sites mobiles en camionnette et les machines distributrices tendent à attirer des clients plus jeunes ainsi que des personnes qui consomment des drogues et qui sont à risque élevé. Une étude de Miller et al. (2002) a démontré que les utilisateurs de sites mobiles en camionnette, à Vancouver, étaient plus jeunes, plus souvent autochtones et de sexe féminin, comparativement aux utilisateurs de services en pharmacie ou de PSA à site fixe conventionnels. Les utilisateurs de sites mobiles en camionnette ont tendance à s'injecter plus fréquemment des drogues et à le faire plus souvent dans la rue, sont plus susceptibles de pratiquer le travail du sexe et

sont moins susceptibles d'être inscrits à un programme de traitement de la dépendance (Miller et al., 2002; Riley et al., 2000).

Une étude de Riley et al. (2000) a révélé qu'un PSA offrant des services dans une camionnette et en pharmacie, à Baltimore, Maryland, attirait divers types de clients même à l'intérieur d'un seul quartier. Les auteurs ont observé que, lorsque les services du PSA ont été élargis de la camionnette aux services en pharmacie, ils ont attiré des personnes s'injectant des drogues de divers groupes démographiques et profils de risque. Les clients des services mobiles étaient plus susceptibles de s'injecter de la cocaïne, de s'injecter plus fréquemment et d'utiliser des seringues usagées. À New York, une étude de Turner et al. (2013) a également révélé que les unités mobiles et les cliniques de santé communautaire desservait des personnes s'injectant des drogues ayant un profil de risque plus élevé.

##### ***Avantages de l'accès à des PSA à sites mobiles***

Les PSA à sites mobiles peuvent joindre des personnes qui consomment des drogues à divers moments et endroits. Ils permettent également de servir des lieux et quartiers différents selon l'évolution des milieux de consommation de drogues, et peuvent s'étendre à d'autres régions pour couvrir des groupes additionnels ou émergents de personnes qui s'injectent des drogues. Par conséquent, les PSA à sites mobiles sont mieux placés que les PSA à site fixe pour répondre plus rapidement à des changements locaux. Les PSA à sites mobiles sont souvent accessibles à des heures et endroits qui sont les plus pratiques pour les clients (c.-à-d. en soirée, après les heures d'ouverture des PSA à site fixe). Ils peuvent aussi constituer le modèle de programme le plus approprié aux personnes qui, pour diverses raisons, ne veulent pas ou ne peuvent pas recourir à des PSA à site fixe.

Un des principaux facteurs de la réussite d'un PSA est sa capacité d'établir un contact avec les clients et de le maintenir. Souvent, les personnes qui s'injectent des drogues évitent les fournisseurs de services conventionnels parce que les heures d'ouverture et les emplacements ne sont pas pratiques, ou parce qu'ils ont eu des expériences difficiles et/ou stigmatisantes, ou qu'ils considèrent comme telles, auprès de ces fournisseurs de services. La proximité d'un site mobile offre une grande souplesse pour joindre les personnes qui consomment des drogues et leur offrir des services auxquels elles n'auraient probablement pas accès autrement (Islam & Conigrave, 2007).

### ***Inconvénients des PSA à sites mobiles***

Les limites d'espace sont une importante contrainte des PSA à sites mobiles; les services qu'ils fournissent dépendent largement de la taille de l'unité mobile. Plusieurs sites mobiles sont en mesure de fournir des services élémentaires de distribution de seringues et d'aiguilles; cependant, dans des véhicules plus petits, les séances de counselling et les consultations de plus longue durée, le dépistage du VIH et du VHC et la référence vers d'autres services peuvent être plus difficiles à offrir. Les PSA en camionnette et autre véhicule motorisé peuvent susciter des réactions négatives dans les quartiers desservis. Des membres de la communauté pourraient nier la consommation préexistante de drogues dans leur quartier et accuser le PSA mobile d'y avoir attiré des personnes qui consomment des drogues (Power, 2002; Strike et al., 2004). Cette croyance est souvent combinée à celle selon laquelle le problème disparaîtra après l'interruption des services de PSA mobiles. Une telle opposition peut entraver les efforts de prévention et conduire à une discrimination et une stigmatisation accrues à l'égard des personnes qui consomment des drogues, dans une communauté (Strike et al., 2004). Le développement de liens avec les quartiers où des services mobiles seront offerts et l'implication de partenaires de la communauté dans le processus de planification peuvent répondre à ces préoccupations (Strike et al., 2004). Dans le cadre de ce processus, il est également important de rehausser la sensibilisation de la communauté au sujet des enjeux liés aux drogues, d'informer les résidents des efforts de santé publique et d'expliquer l'importance de la prestation de services de PSA pour la prévention du VIH et du VHC.

### ***Efficacité des PSA à sites mobiles***

La recherche évaluant l'efficacité des PSA à sites mobiles est limitée. La plupart des recherches plus récentes sur ce modèle de programme concernent l'évaluation de services spécifiques de réduction des méfaits fournis dans le cadre d'efforts de services de proximité. Un site mobile dirigé par des pairs à Vancouver a réussi à joindre une population à risque élevé de travailleurs du sexe qui consomment des drogues (Janssen et al., 2009). Des données d'études ont révélé qu'entre 2004 et 2006, le nombre de seringues distribuées a presque triplé (1 240 vs 3 241 par mois), et que le nombre moyen de visites par mois était de 1 496 en 2006. Outre la distribution de seringues, Deering et al. (2011) ont constaté qu'un nombre croissant de travailleurs du sexe ayant fréquenté le site mobile dirigé par des pairs, étaient intéressés par le traitement de la dépendance et y avaient recours (p. ex., traitement d'entretien à la méthadone, counselling sur la dépendance, désintoxication en établissement et traitement en résidence/centre de

réadaptation). En offrant le dépistage par des sites mobiles, il est possible d'augmenter la détection du VIH et du VHC dans ces populations (Fernandez et al., 2014).

Une étude de Pollack et al. (2004) a constaté qu'au cours d'une période de trois ans, le recours aux salles d'urgence a diminué considérablement parmi une population de clients de PSA à sites mobiles, alors qu'il a augmenté dans le groupe des personnes s'injectant des drogues qui n'utilisaient pas les services de sites mobiles.

### ***Intégrer des services auxiliaires dans les PSA à sites mobiles, pour joindre des populations à risque spécifiques***

L'intégration et la prestation de services additionnels de réduction des méfaits par le biais de PSA à sites mobiles peuvent contribuer à joindre diverses sous-populations de personnes qui consomment des drogues et qui sont à risque élevé. Les données disponibles, quoique limitées, indiquent que les sous-populations suivantes pourraient bénéficier de services de PSA à sites mobiles et de proximité : hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes et qui consomment des méthamphétamines (Rose et al., 2006); ex-détenus qui consomment des drogues (Bowser et al., 2010); travailleurs du sexe qui consomment des drogues (Janssen et al., 2009); itinérants qui consomment des drogues (Nuttbrock et al., 2000); et jeunes qui consomment des drogues (Courty, 1999).

### ***Distribution de matériel plus sécuritaire pour l'inhalation de crack par des PSA à sites mobiles***

Une étude d'évaluation de programme à Ottawa a démontré que la distribution de matériel plus sécuritaire pour l'inhalation de crack (c.-à-d., tubes en verre, embouts, filtres de cuivre et baguettes) par un service mobile a attiré des clients, mais a eu des difficultés à les retenir (Leonard, 2010). Leonard (2010) note une réduction des comportements d'inhalation (c.-à-d., partage de pipes) considérés comme étant à risque pour la transmission du VIH et du VHC, après l'introduction du programme.

### ***Politiques des PSA à sites mobiles concernant la distribution de seringues et transmission du VIH***

Une étude de Heimer (2008) a comparé l'impact de PSA à sites mobiles sur la réduction du nombre de nouveaux cas de VIH, dans deux villes étatsuniennes (New Haven, Connecticut, et Chicago, Illinois). Les deux sites mobiles avaient des politiques de distribution de seringues très différentes : le site mobile de New Haven avait une politique d'échange d'une seringue usagée contre une neuve, alors que celui de Chicago avait une politique de distribution moins stricte. La réduction relative du nombre de nouveaux

cas de VIH attribués à un risque lié à l'injection était plus élevée à Chicago qu'à New Haven (41,4 % vs 21,7 %).

### ***Accroître les services des PSA à sites mobiles***

L'ajout d'autres services de réduction des méfaits aux PSA à sites mobiles peut aider à joindre et à attirer des sous-populations spécifiques de personnes qui utilisent des drogues et qui ne sont pas jointes par les PSA conventionnels ou autres. L'expansion des services mobiles passe habituellement par l'ajout de services à la distribution de seringues et d'aiguilles ou par la référence des clients vers d'autres services qui ne sont pas offerts directement par les sites mobiles. Ces services peuvent inclure le dépistage du VIH et du VHC; la vaccination contre le VHB; des cours de premiers soins aux personnes qui consomment des drogues; la référence vers des services sociaux et de santé; et, dans certains pays, l'injection supervisée (voir ci-dessous).

### ***PSA à sites mobiles et injection supervisée***

À Barcelone et Berlin, certaines unités mobiles offrent des services d'injection supervisée (SIS) mobiles qui s'ajoutent aux SIS à site fixe établis dans ces villes (Dietze et al., 2012). Ces unités mobiles sont efficaces pour joindre les personnes qui s'injectent des drogues. En 2010, la camionnette de Barcelone a enregistré 7 755 visites et la camionnette principale de Berlin, 4 082 visites. Comme l'ont signalé Dietze et al. (2012), les SIS mobiles comptent un nombre très limité d'injections par jour (p. ex., une moyenne de 11 injections par jour à Berlin) comparativement aux SIS à site fixe (p. ex., une moyenne de 172 injections par jour à Sydney), mais la structure de personnel est similaire; par conséquent, les coûts d'exploitation des SIS mobiles sont plus élevés.

---

## **Sommaire des données sur les PSA à sites mobiles**

Les données qui éclairent cette sous-section sont issues principalement d'études observationnelles et de revues de la littérature. Les études transversales sont le principal type de recherche qui a livré des données sur les caractéristiques et les comportements à risque parmi les personnes qui utilisent des PSA à sites mobiles et des services de proximité, sur le rôle des services auxiliaires de réduction des méfaits mobiles, et sur leur couverture. Divers articles ont fourni des informations sur les avantages des sites mobiles pour joindre des populations à risque élevé et sur les façons dont les services additionnels de réduction des méfaits fournis par les sites mobiles et par des PSA peuvent aider à joindre diverses sous-populations de clients. Dans l'ensemble, les recherches

sont limitées en ce qui concerne l'efficacité des sites mobiles, en particulier en tant que modèle de prestation de services pour la prévention des comportements à risque liés à l'injection et de la transmission du VIH et du VHC.

## **Section V : Distribution et achat en pharmacie**

Au Canada et dans d'autres pays à revenu élevé, les pharmacies sont à la fois des sources primaires et additionnelles d'accès aux seringues, pour les personnes qui consomment des drogues. Les pharmacies peuvent être une source importante d'accès aux seringues stériles, car elles sont nombreuses, souvent faciles d'accès, et au service d'une clientèle diversifiée. C'est particulièrement le cas en région rurale, où les services de réduction des méfaits sont souvent limités. Les pharmacies ont donc un grand potentiel en tant que compléments à d'autres modèles de programme, en fournissant un accès accru à du matériel de réduction des méfaits et à l'éducation ainsi que de la référence au traitement de la dépendance, à une clientèle diversifiée de personnes qui consomment des drogues. Au Canada, l'achat de seringues en vente libre, sans ordonnance, est légal mais les pharmacies n'offrent pas encore l'accès à du matériel pour l'inhalation plus sécuritaire de crack.

Les pharmaciens sont incités par leurs instances de réglementation professionnelle à étaler des seringues et à en faire la vente libre; cependant, la décision d'en vendre relève de la discrétion de chaque pharmacien et/ou de l'employé (Klein, 2007). L'examen des pratiques et attitudes de pharmaciens en ce qui a trait à la réduction des méfaits, par Watson et Hughes (2012), les a conduits à avancer que les pharmaciens communautaires, au Canada, sont les professionnels de la santé les plus accessibles pour le grand public, mais sont sous-utilisés en tant que source d'information et de matériel pour la réduction des méfaits. Watson et Hughes (2012) ont observé que les services de distribution et d'achat en pharmacie sont un important moyen de joindre des personnes qui consomment des drogues peu souvent et qui pourraient ne pas recourir à des PSA; ils sont également un moyen d'offrir des points d'accès pour les populations marginalisées (Watson & Hughes, 2012). Cependant, des pharmaciens canadiens ont exprimé de la frustration devant l'absence de politiques nationales claires pour les guider dans la prestation de services de réduction des méfaits et d'information sur la santé aux personnes qui s'injectent des drogues (Watson & Hughes, 2012). Le Collège des pharmaciens de la Colombie-Britannique (2014) appuie la distribution de matériel de réduction des méfaits dans les pharmacies.

Un examen des données probantes, par l'OMS (2004), concernant l'efficacité de la vente libre de seringues a démontré que ce modèle de programme était associé à une diminution des comportements à risque ainsi que de la prévalence du VIH.

### **Contextes des PSA en pharmacie au Canada**

Une évaluation réalisée par le Programme ontarien de distribution des ressources pour la réduction des méfaits (PODRRM) a sondé des personnes qui consomment des drogues (n=1 643) à propos de leurs sources les plus fréquentes d'approvisionnement de seringues et d'autres types de matériel d'injection. En 2008, 41 % ont déclaré s'être procuré des seringues stériles dans une pharmacie au moins une fois, et 12 % ont déclaré que les pharmacies étaient leur point le plus fréquent d'approvisionnement en seringues stériles (Leonard & Germain, 2009). Cependant, peu d'entre elles ont déclaré utiliser les pharmacies pour se procurer de l'eau stérile (1,9 %), des filtres (3,2 %), des contenants de dilution et de chauffage (0,4 %), des garrots (0,7 %), des acidifiants (0,6 %) et des tampons d'alcool (9,5 %).

En Colombie-Britannique, les pharmaciens peuvent obtenir gratuitement du matériel de réduction des méfaits pour en faire la distribution gratuite aux personnes qui s'injectent des drogues. Le matériel est livré aux pharmacies par des employés des autorités de santé, qui offrent également une brève formation au besoin (College of Pharmacists of British Columbia, 2014). En Ontario, on a recensé 24 pharmacies qui distribuaient du matériel stérile pour l'injection dans le cadre d'un partenariat avec le PODRRM (données inédites, 2014). Dans les districts ontariens de Leeds, Grenville et Lanark, l'unité de santé locale maintient des partenariats avec plusieurs pharmacies, dans les communautés, comme un moyen d'accroître l'accès gratuit à du matériel stérile pour l'injection dans la région. L'unité de santé locale fournit une formation initiale au personnel de la pharmacie et fournit le matériel d'injection, bien qu'il n'existe pas d'entente formelle de partenariat (Giff, communication personnelle, 2013).

Dans d'autres régions du Canada, des politiques locales prescrivant la distribution en pharmacie de matériel stérile pour l'injection ont été adoptées, notamment dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, dans le nord du Québec (Société canadienne du sida, 2008). Les pharmacies de cette région doivent fournir, à toute personne qui en fait la demande, la quantité demandée de trousse de matériel stérile pour l'injection. À Montréal, le programme « Stop Sida UDI-pharmacies » facilite la vente sans ordonnance de

seringues et leur élimination, par les pharmacies, depuis 1996 (Leclerc et al., 2009). Cette initiative fournit aux pharmacies des trousse préemballées contenant chacune quatre seringues, fioles d'eau, contenants de dilution et de chauffage, tampons d'alcool et condoms, que les pharmacies peuvent distribuer gratuitement ou vendre au maximum un dollar. Les pharmacies commandent les trousse directement des fournisseurs et les frais sont assumés par la Direction de la santé publique de Montréal. Entre avril 2007 et mars 2008, 67 pharmacies ont commandé 36 120 trousse par le biais de ce programme; ceci représente 144 480 seringues stériles, soit près de 15 % du nombre distribué à Montréal pendant cette période (Leclerc et al., 2009). Ce modèle à coût faible ou nul pourrait être un facteur expliquant la grande proportion de seringues distribuées en pharmacie, à Montréal, en comparaison avec d'autres villes. Ailleurs au Canada, des personnes qui s'injectent des drogues ont déclaré que le coût était un obstacle à l'approvisionnement en seringues dans les pharmacies (Société canadienne du sida, 2008).

La vente libre de seringues en pharmacie peut compléter la prestation de services des PSA existants et ainsi en augmenter la couverture, pour les personnes qui s'injectent des drogues au Canada. Cependant, il n'existe pas à l'heure actuelle de programme national coordonné ni d'initiative d'incitation pour que les pharmaciens distribuent du matériel d'injection stérile gratuitement. Il s'agit d'une considération d'importance, puisqu'une recherche a démontré qu'une meilleure couverture de seringues est associée à la gratuité de la distribution. Les participants à une étude australienne (n=417) qui se procuraient leur matériel d'injection exclusivement en pharmacie avaient une couverture plus faible de seringues que ceux qui fréquentaient également des PSA (RC 2,28 [1,44-3,61] p<0,001) où ils pouvaient obtenir des seringues gratuites et en nombre illimité (Bryant et al., 2012).

### **Caractéristiques des personnes qui se procurent des seringues en pharmacie**

Dans diverses études, les résultats démontrent que les personnes qui vont dans des pharmacies pour se procurer des seringues tendent à être différentes de celles qui ont recours à des PSA. Des études canadiennes ont observé des profils à moindre risque parmi les personnes les plus susceptibles d'obtenir leurs seringues en pharmacie; il y a toutefois peu d'études de ce type. Les données d'autres pays sont mitigées; toutefois plusieurs études font aussi état de profils de risque moins élevé parmi les utilisateurs de ce service en pharmacie. Des résultats contradictoires pourraient être attribuables à des différences dans la disponibilité de seringues auprès

de sources alternatives et à des cadres juridiques variables quant à la vente libre de seringues en pharmacie, parmi les lieux où les études ont été réalisées, et en particulier aux États-Unis (Janulis, 2012).

Dans une étude auprès de 456 personnes s’injectant des drogues à Montréal, 20 % ont déclaré se procurer leurs seringues exclusivement en pharmacie et 18 % dans une combinaison de PSA et de pharmacies (Bruneau et al., 2008). Bruneau et al. (2008) ont observé la prévalence la plus faible de pratiques à risque élevé parmi les répondants déclarant recourir exclusivement à des pharmacies (21 %); ceux-ci ont déclaré moins de la moitié de probabilité de pratiques d’injection à risque élevé, en comparaison à ceux utilisant une combinaison de sources fiables et non fiables de seringues (44 %). Une étude de Vancouver, dans laquelle seulement 6 % des 1 020 participants ont déclaré utiliser des pharmacies comme source principale d’approvisionnement en seringues, a observé également des profils de risque moins élevés parmi ce groupe, en comparaison avec les clients de PSA à site fixe ou mobile (Miller et al., 2002). Une étude plus ancienne de Strike et al. (2005) a indiqué que les pharmacies peuvent être une source préférée, pour certaines personnes qui s’injectent des drogues. Dans une étude qualitative réalisée dans la région atlantique du Canada, la plupart des individus vivant hors des centres urbains ont déclaré les pharmacies comme étant leur principale source d’approvisionnement en matériel stérile pour l’injection, alors que les résidents urbains étaient plus susceptibles de citer les PSA comme source la plus fréquente, voire exclusive (Parker et al., 2012). Ces constats démontrent l’importance de l’accès en pharmacie à du matériel stérile pour l’injection, pour les communautés non urbaines du Canada où les PSA sont moins répandus.

Une étude transversale réalisée auprès de 285 personnes s’injectant des drogues dans la ville de New York a comparé les caractéristiques sociodémographiques et les pratiques d’injection des personnes qui se procuraient des seringues principalement en pharmacie, comparativement aux PSA et autres sources (Rudolph et al., 2010). Les répondants qui utilisaient la plupart du temps les pharmacies étaient moins susceptibles de s’injecter quotidiennement, en comparaison avec ceux dont les PSA étaient la source principale (38 % et 56 %, respectivement). Une autre étude new-yorkaise a interrogé 62 personnes se procurant des seringues en vente libre, parmi lesquelles 74 % ont déclaré acheter des seringues pour s’injecter des drogues (Battles et al., 2009). Deux tiers ont déclaré réutiliser des seringues et 80 % s’injectaient au moins une fois par jour; toutefois, un faible pourcentage a déclaré partager des seringues (Battles et al.). Des données des États-Unis démontrent que les personnes qui se

procurer des seringues en pharmacie, pour s’injecter des drogues, sont moins souvent de race noire comparativement à celles qui utilisent d’autres sources (Rudolph et al., 2010); les personnes de race noire sont moins susceptibles que les personnes de race blanche d’acheter des seringues dans des pharmacies (Cooper et al., 2009; Costenbader et al., 2010). Une autre étude a conclu que les personnes qui utilisent des sources moins fiables (c.-à-d., pas une pharmacie ou un PSA) étaient plus souvent sans abri (Riley et al., 2010). Des femmes qui s’injectent des drogues ont déclaré préférer se procurer des seringues en pharmacie plutôt que dans des PSA (Fisher et al., 2003; Junge et al., 1999); cependant, plusieurs études n’ont pas relevé de différence significative entre les sexes (Janulis, 2010).

En Australie, une étude réalisée par Bryant et Treloar (2006) a conclu que les personnes qui s’injectent des drogues et se procurent des seringues en pharmacie étaient plus susceptibles, en comparaison avec celles qui obtenaient des seringues auprès de réseaux personnels, d’avoir un logement stable, de s’identifier comme étant hétérosexuelles et de s’injecter des opioïdes. Une autre étude de Bryant et al. (2010) indique que les répondants déclarant utiliser exclusivement des pharmacies étaient plus susceptibles d’être hétérosexuels et étaient moins susceptibles d’avoir reçu un traitement de la dépendance ou d’avoir été récemment dépistés pour le VHC, en comparaison avec ceux qui utilisaient exclusivement des PSA ou une combinaison des deux sources. Des données de 2003 ont conclu à des taux similaires de réutilisation de seringues parmi les individus obtenant des seringues en pharmacie et ceux les obtenant de réseaux personnels (Bryant & Treloar, 2006). Cependant, une étude ultérieure a conclu que les utilisateurs exclusifs de pharmacies étaient plus susceptibles de déclarer avoir eu recours au partage réceptif de seringue (c.-à-d. emprunter une seringue usagée d’une autre personne pour s’injecter) ou d’autres types de matériel (RC ajusté 5,9 [2,02–17,14]; Bryant et al., 2010). Une étude galloise a observé que les individus déclarant recourir le plus souvent à des pharmacies étaient moins susceptibles de déclarer des comportements d’injection à risque accru (c.-à-d. injection dans l’aïne, injection plus de 16 jours par mois et itinérance) que ceux utilisant principalement des PSA (Craine et al., 2010).

#### ***Facteurs influençant le recours à des pharmacies et l’achat de seringues en vente libre***

La majorité des personnes qui s’injectent des drogues n’utilisent pas une source exclusive de seringues, mais déclarent utiliser une combinaison de sources, comme les PSA, les pharmacies, des amis, des étrangers et des vendeurs de drogues (Battles et al., 2009; Bryant et al., 2010; Lilley et al., 2013). Bien que l’accès à des seringues en pharmacie

requiert généralement un paiement et que les PSA les distribuent gratuitement, un certain nombre de facteurs influencent le recours à des pharmacies plutôt qu'à des PSA, notamment : des heures d'ouverture plus longues, des emplacements pratiques, des emplacements moins stigmatisants et propices à identifier la personne comme étant utilisatrice de drogues, un anonymat accru et une surveillance policière moindre (Khoshnood et al., 2000; Strike et al., 2002; Treloar, 2010). La Société canadienne du sida (2008) a souligné que les personnes qui s'injectent des drogues apprécient d'avoir la possibilité d'acheter des seringues en pharmacie, en particulier dans des régions où il n'existe pas de service de distribution de seringues, comme c'est le cas dans plusieurs régions rurales du Canada.

Des recherches réalisées dans des pays où les pharmacies participent depuis longtemps à la vente libre de seringues ont démontré qu'elles jouent un rôle important dans la fourniture de seringues, même si elles sont peu susceptibles d'être le modèle préféré lorsque d'autres options de PSA sont offertes. Lilley et al. (2013), ont cartographié la nature et la croissance de la distribution de seringues sur une période de 20 ans en Australie occidentale, où du matériel stérile pour l'injection a commencé à être offert en pharmacie à compter de 1987. De 1990 à 2009, la proportion de seringues distribuées par les pharmacies a diminué de 67 % à 28 %, et est en déclin depuis 2001-2002, alors que les modèles à site fixe et les sites mobiles ont connu une croissance considérable (89 % et 85 %, respectivement), entre 2001 et 2006 (Lilley et al., 2013). Les auteurs suggèrent que même si les pharmacies offrent une couverture élargie et sont pratiques d'accès, elles ne sont pas le modèle préféré, dans la région. Dans le même sens, dans une région de la Suisse où le matériel stérile pour l'injection était offert exclusivement en pharmacie jusqu'en 1996, la proportion de seringues distribuées par des pharmacies a diminué de 62 % à 20 %, entre 1996 et 2002, pendant que les PSA ont connu une croissance dans la distribution (Samitca et al., 2007).

Certains pays, comme la Nouvelle-Zélande et l'Écosse, ont des programmes coordonnés par un modèle centralisé et bien financés, qui incitent et soutiennent les pharmacies dans la fourniture efficace de seringues (Matheson et al., 2007; Sheridan et al., 2005; Watson & Hughes, 2012). Au Royaume-Uni, les régions locales de la santé organisent des PSA en pharmacie. On fournit le matériel aux pharmaciens et on les rémunère pour fournir des services gratuits de PSA aux clients (Sheridan et al., 2000). Watson et Hughes (2012) suggèrent que les pharmacies au Canada pourraient être plus aptes et disposées à fournir des services de distribution de seringues si des politiques, des programmes et des partenariats étaient mis en œuvre afin de soutenir, de guider et de rémunérer les pharmacies participantes.

### ***Obstacles à l'achat de seringues en vente libre par les personnes qui consomment des drogues***

Au Canada et ailleurs, le coût a été identifié comme un obstacle à l'accès à des seringues en pharmacie (Société canadienne du sida, 2008; Bonnet, 2006; Bryant et al., 2010; Treloar et al., 2010). Cependant, les obstacles les plus souvent signalés concernent des expériences négatives vécues par les clients auprès de pharmaciens ou d'employés de pharmacies, de même que le refus de la vente libre. Les expériences négatives signalées incluent un mauvais traitement, l'impression d'être jugé, des attitudes inappropriées de la part d'employés (Klein, 2007; Lutnick, Case et al., 2012; Treloar et al., 2010) ainsi que des interactions négatives avec du personnel de sécurité dans des pharmacies (Hall & Matheson, 2008). Un sommaire de la littérature sur les PSA et le rôle des pharmaciens, publié en 2010, a identifié les attitudes et croyances des pharmaciens à propos des personnes qui consomment des drogues, comme des obstacles importants à la mise en œuvre de PSA dans des pharmacies; ceci s'ajoutant à des lois et réglementations problématiques ainsi qu'à l'absence de lignes directrices (Nacopoulos et al., 2010).

Une étude réalisée à Vancouver identifie le refus de vente libre comme étant la principale barrière pour les personnes qui tentent d'acheter du matériel d'injection dans des pharmacies (Wood et al., 2002). On a fait état de pharmaciens, au Canada, refusant de vendre des seringues à des personnes qui s'injectent des drogues ou posant des obstacles comme demander une ordonnance (Klein, 2007). L'Ordre des pharmaciens de l'Ontario a reconnu que la vente libre de seringues est une question litigieuse au sein de la profession (Klein, 2007). Certaines conditions posées par des pharmaciens pour décourager l'achat de seringues en vente libre incluent la demande d'une preuve de maladie, de diabète ou d'une autre justification pour se procurer des seringues; la demande d'une pièce d'identité avec photo; et le refus de vendre une petite quantité de seringues (Cooper et al., 2010; Finlinson et al., 2006; Treloar et al., 2010).

Quelques études californiennes ont examiné les refus de vendre des seringues depuis la légalisation de leur vente libre. Cooper et al. (2010) ont signalé qu'en 2007, 25 % des pharmacies refusaient parfois ou souvent de vendre des seringues (Cooper et al., 2010). Une étude réalisée à Los Angeles en 2010 a indiqué que toute pharmacie visitée avait refusé de vendre une seule seringue (Lutnick, Cooper et al., 2012). Ces observations sont préoccupantes, puisqu'une étude de San Francisco a démontré que des tentatives avortées de se procurer des seringues en pharmacie (n=105 personnes s'injectant des drogues) augmentaient la probabilité de partage réceptif (RC 12,00 [2,79-51,66])

et de partage distributif (RC 9,32 [1,73-50,19]; Riley et al., 2010). Une étude new-yorkaise a conclu que les hommes, les personnes de race noire et les personnes d'origine hispanique étaient plus susceptibles de se voir refuser la vente de seringues en pharmacie, en comparaison avec des femmes et des personnes de race blanche (Battles, 2009). Cependant, Zaller et al. (2012) ont signalé que, dans une enquête auprès de 150 personnes s'injectant des opiacés, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de déclarer se sentir mal à l'aise lors de l'achat de seringues en pharmacie (86 % et 67 %, respectivement).

### ***Attitudes de pharmaciens et d'employés de pharmacie, quant à la vente libre et à la distribution de seringues***

L'examen de Watson et Hughes (2012) a conclu que, généralement, les pharmaciens ont une attitude positive au sujet de la prestation de services de réduction des méfaits et que certains sont disposés à accroître leur rôle dans ce domaine. Bien que certains pharmaciens jouent déjà un rôle clé dans l'accès à des seringues, d'autres sont réticents en raison de la crainte d'encourager la consommation de drogues, des risques liés à l'élimination inadéquate des seringues, de la possibilité de vols à l'étalage et/ou du risque d'aliéner d'autres clients (Gleghorn et al., 1998; Lewis et al., 2002; Myers et al., 1998; Reich et al., 2002; Weinstein et al., 1998).

Il existe peu de données sur les attitudes des pharmaciens canadiens à l'égard de la vente libre de seringues; les plus récentes que nous avons recensées datent d'ailleurs du début des années 1990. Entre 1992 et 1993, Myers et al. (1998) ont réalisé un sondage postal au sujet des attitudes et pratiques des pharmaciens communautaires du Canada (n=1 976) en ce qui concerne les interventions de réduction des méfaits. Dans l'ensemble, 73 % d'entre eux étaient en faveur de l'échange de seringues pour les personnes qui consomment des drogues; cependant, seulement 20 % ont répondu qu'ils vendraient des seringues en réponse à toutes les demandes. Les facteurs qui semblent influencer la disposition à vendre des seringues à des personnes non diabétiques incluaient les attitudes à l'égard de l'injection de drogues, le soutien personnel à l'égard de l'échange de seringues, l'impression de menace de vols et la préoccupation pour la santé publique.

Des interviews téléphoniques et en personne avec 238 pharmaciens de la Californie ont permis d'observer que ceux-ci étaient plus susceptibles de déclarer faire la vente libre de seringues s'ils considéraient que cette mesure était efficace pour prévenir la transmission du VIH ou du VHC et si le VIH était un problème de santé dans leur secteur

(Cooper et al., 2000). Des tentatives réussies d'acheter des seringues en vente libre dans des pharmacies sélectionnées au hasard dans l'État de Washington (n=227) étaient plus probables dans des pharmacies faisant partie de chaînes que dans des pharmacies indépendantes (Deibert et al., 2006). De plus, les pharmacies faisant partie de chaînes ont été déclarées comme étant plus susceptibles que les pharmacies indépendantes de vendre des seringues, en Californie (Cooper et al., 2010).

Les employés de soutien des pharmacies sont souvent en contact direct avec les clients et ils peuvent influencer la façon d'offrir les services aux personnes qui consomment des drogues et aux autres clients de la pharmacie. Une étude qualitative auprès du personnel de soutien de pharmacies, au Royaume-Uni, a démontré que plusieurs de ces employés avaient des attitudes négatives concernant les personnes consommant des drogues ainsi que les services associés à cette consommation, et que plusieurs comprenaient mal les résultats visés par ces services (Mackridge & Scott, 2009). Un questionnaire envoyé par la poste et s'adressant à des employés de soutien de pharmacies (n=1 976) de la même région a permis de constater que les pointages moyens concernant les attitudes étaient considérablement plus élevés parmi les employés de pharmacies où des services étaient fournis à des personnes consommant des drogues, comparativement aux pharmacies n'offrant pas ces services (Scott & Mackridge, 2009). C'était le cas en particulier des attitudes à l'égard des contacts directs de travail avec ces clients (Scott & Mackridge, 2009).

### ***Préoccupations des pharmaciens concernant la vente libre de seringues***

Lorsque les pharmaciens ont été interrogés à propos des facteurs pouvant les décourager de vendre des seringues dans leurs pharmacies, ils rapportaient le potentiel d'impact néfaste pour leurs affaires (p. ex., augmentation du vol à l'étalage, dissuasion d'autres clients) et/ou pour la sécurité des pharmaciens et d'autres employés (p. ex., vol et agression, clients agressifs, piqûres accidentelles sur des aiguilles) (Deibert et al., 2006; Hall & Matheson, 2008; Roberts et al., 2007; Samitca et al., 2007). Ces inquiétudes sont toutefois, en grande partie, non fondées. Un examen de la littérature portant sur les pharmaciens et les programmes de réduction des méfaits indique qu'en pratique, la vente libre de seringues n'augmente pas la criminalité dans les pharmacies et ne dissuade pas la clientèle d'aller dans ces pharmacies en raison de craintes ou de malaise (Watson & Hughes, 2012). La majorité des pharmaciens participant à la vente libre de seringues ne signalent pas de problèmes liés à la prestation de ce service, ni à la clientèle qu'il attire (Cooper et al.,

2010; Le & Hotham, 2008; Samitca et al., 2007; Sheridan et al., 2000; Torre et al., 2010). Les problèmes signalés par une minorité de pharmaciens et employés de soutien incluent la violence verbale, les comportements inappropriés et le vol à l'étalage (Cooper et al., 2010; Mackridge & Scott, 2009; Samitca et al., 2007; Torre et al., 2010). Un manque d'espace nécessaire pour entreposer le matériel et pour le counselling en privé est signalé, également, comme une raison de ne pas offrir la distribution de seringues (Hall & Matheson, 2008; Roberts et al., 2007). En outre, en dépit de la disposition à offrir des seringues en vente libre ainsi que des services à des personnes qui s'injectent des drogues, certains pharmaciens invoquent le manque de temps, le manque de formation et le manque de communication avec d'autres fournisseurs de PSA, comme étant des obstacles à la distribution de matériel de réduction des méfaits dans des pharmacies (Hall & Matheson, 2008; Watson & Hughes, 2012; Zaller et al., 2010).

#### ***Participation de pharmacies à l'élimination de seringues usagées***

Les pharmacies peuvent également être un point de retour de seringues et d'autres types de matériel usagé, pour les personnes qui consomment des drogues. Le peu de recherche au sujet des attitudes et pratiques des pharmaciens concernant l'élimination de seringues indiquent que les pharmacies pourraient être disposées à offrir de tels services ainsi que des contenants pour objets tranchants; toutefois, très peu offrent ces services en réalité. Certains pharmaciens citent l'augmentation de la mise au rebut non sécuritaire de seringues comme étant une raison de s'opposer à la fourniture de seringues en pharmacie (Janulis, 2012; Kral & Garfein, 2010; Watson & Hughes, 2012); par ailleurs, dans une étude, on a invoqué le manque d'espace pour l'élimination comme étant une préoccupation connexe (Hall & Matheson, 2008). Une revue de la littérature portant sur la distribution de seringues en pharmacie a fait état d'une « réticence générale à recevoir des seringues usagées ou des contenants pour objets tranchants » (Janulis, 2012). Zaller et al. (2010) ont signalé que 68 % des pharmaciens et employés de pharmacies qui vendaient des seringues et qu'ils avaient sondés (n=146) étaient d'accord ou fortement d'accord pour dire qu'ils appuieraient un service d'élimination de seringues dans leur pharmacie. Une étude réalisée en Californie (Lutnick et al., 2010) a observé que seulement 9 % des pharmacies inscrites pour participer à la vente libre de seringues offraient également un service d'élimination (en fournissant des contenants pour objets tranchants). Dans une autre étude, réalisée à San Francisco, on a observé qu'un très petit nombre de personnes qui s'injectent des drogues recourent à des pharmacies pour l'élimination du matériel usagé (2 %), bien que 39 % des répondants ont cité les

pharmacies comme étant une source d'accès aux seringues (Riley et al., 2010). Dans une étude, on a observé que les personnes qui s'injectent les drogues sont très en faveur de services d'élimination des seringues usagées en pharmacie, même si elles ont exprimé des inquiétudes concernant la discrétion et la confidentialité (Lutnick, 2012).

#### ***Formation à l'intention des pharmaciens et employés de pharmacies***

Des recherches ont mis en relief l'importance d'une formation sur la réduction des méfaits, sur la nature de la consommation de drogues et de la dépendance, de même que sur la disponibilité de services de dépistage et de référence aux traitements, pour les pharmaciens et employés de pharmacies qui fournissent des services à des personnes qui s'injectent des drogues (Bryant et al., 2010; Mackridge & Scott, 2009). Dans un sondage réalisé par la poste, en Nouvelle-Zélande, auprès de 898 pharmaciens communautaires, seulement 26 % des répondants ont déclaré avoir déjà reçu une formation concernant l'usage d'opioïdes et les enjeux qui s'y associent (McCormick et al., 2006). Cette étude a conclu que le fait d'avoir ou de désirer une formation était associé positivement à des pointages attitudinaux plus élevés dans quatre domaines de prestation de services à des personnes qui consomment des drogues : les effets de la méthadone, les effets sur l'image de la pharmacie, la réduction des méfaits par le biais des PSA et l'implication auprès de personnes qui consomment des drogues. Parmi les employés de soutien de pharmacies, Scott et Mackridge (2009) ont signalé que ceux ayant suivi une formation sur la prestation de services à des personnes qui consomment des drogues étaient considérablement plus susceptibles de souhaiter recevoir d'autres formations en comparaison avec ceux n'en ayant jamais reçu. Scott et Mackridge (2009) ont également constaté que les individus formés, travaillant dans une pharmacie et ayant à faire avec la prestation de services de réduction des méfaits avaient des pointages attitudinaux considérablement plus élevés ( $p < 0,001$ ) que ceux n'ayant jamais été formés et travaillant dans des pharmacies sans toutefois fournir des services à des personnes qui consomment des drogues.

Dans le cadre d'une étude réalisée dans des quartiers habités par des minorités raciales/ethniques de New York et ayant des taux élevés d'activités liées aux drogues, on a divisé au hasard en trois groupes 88 pharmacies effectuant la vente libre de seringues (Crawford et al., 2013). Le premier groupe a reçu une formation sur la dépendance aux drogues et sur les pratiques exemplaires pour la prestation de services de réduction des méfaits ainsi que pour l'accès au matériel pour la prévention du VIH et autres services (p. ex., vente de

seringues, dépistage du VIH, vaccination contre l'influenza) à des clients achetant des seringues pour s'injecter des drogues (n=26 pharmacies). Le deuxième groupe a reçu une formation sur les moyens d'inciter des personnes qui s'injectent des drogues à acheter des seringues à la pharmacie (n=29). Le troisième groupe n'a pas reçu de formation (n=33). Les données collectées 12 mois plus tard ont fait état d'une opinion plus favorable à l'égard de la vente libre de seringues parmi les employés de pharmacies faisant partie des groupes ayant reçu une intervention et une formation. On n'a observé aucun changement dans l'opinion à l'égard du dépistage du VIH ou de la vaccination contre l'influenza en pharmacie, dans les trois groupes.

### ***Données sur l'efficacité de la distribution de seringues en pharmacie pour prévenir la transmission du VIH et du VHC***

Une méta-revue de la littérature (Palmateer et al., 2010) a évalué les données concernant l'efficacité de la fourniture de matériel stérile pour l'injection, quant à la prévention la transmission du VIH et du VHC parmi les personnes s'injectant des drogues. Ses auteurs n'ont trouvé que des tendances dans les données qui semblent indiquer une diminution des pratiques d'injection à risque, associée à l'accès à des seringues par le biais de pharmacies, et des données de plus faible qualité concernant une prévalence réduite du VIH (Palmateer et al., 2010). Il est important de noter que cette conclusion est tirée principalement du fait que la majorité des études examinées étaient de type observationnel. Cependant, plusieurs chercheurs ont conclu que refuser l'accès à des seringues stériles à un groupe témoin, dans le cadre d'une étude de type expérimental, serait contraire à l'éthique et que des données d'études observationnelles ne devraient pas être laissées pour compte (Bluthenthal & Kral, 2010).

Aux États-Unis, où la vente libre de seringues par les pharmacies n'était pas légale jusqu'à relativement récemment, des recherches ont évalué l'impact de la libéralisation des lois applicables à l'accès aux seringues sur les comportements d'injection parmi les personnes s'injectant des drogues. Dans une étude réalisée à New York, Cooper et al. (2011) ont observé une augmentation considérable de la probabilité d'utilisation d'une seringue stérile pour au moins 75 % des injections, après la légalisation, en comparaison avec la période pré-légalisation (RC 3,61, 95 % IC=2,17, 6,02). Avant une intervention communautaire dans Harlem, à New York, les pharmaciens étaient plus susceptibles de déclarer ne pas être en faveur de la vente libre de seringues en pharmacie, alors qu'après la mise en œuvre de l'intervention une proportion plus forte de pharmaciens a indiqué vendre des seringues (Fuller et al., 2007). Cette intervention avait pour but d'accroître l'accès à des seringues stériles pour les personnes

noires et hispaniques s'injectant des drogues, par le biais de l'éducation des pharmaciens, des résidents de la communauté et des personnes s'injectant des drogues. Elle portait aussi sur les effets positifs de l'accès aux seringues pour la santé et sur la modification de la loi sur la vente de seringues, et visait à dissiper les préjugés à l'égard des personnes consommant des drogues. Avant et après l'intervention, on a observé une augmentation significative du recours aux pharmacies parmi les personnes noires et hispaniques s'injectant des drogues (de 5 % à 22 %,  $p < 0,02$  et de 15 % à 34 %,  $p < 0,005$ , respectivement), de même qu'une diminution générale de la réutilisation déclarée de seringues (de 26 % à 16 %,  $p < 0,03$ ). Ces constats indiquent que la formation et l'éducation qui contribue à rehausser la sensibilisation des pharmaciens et des membres de la communauté, y compris les personnes consommant des drogues, peuvent contribuer à accroître l'accessibilité de seringues stériles par l'intermédiaire des pharmacies.

---

### **Sommaire des données sur la distribution et l'achat en pharmacie**

Les données qui éclairent cette sous-section sont issues principalement d'études observationnelles. Les études transversales sont le principal devis de recherche utilisé, et offrant de l'information sur les attitudes et pratiques des pharmaciens (et employés de pharmacies), la disponibilité de seringues stériles par le biais de pharmacies, et les caractéristiques et/ou comportements à risque des personnes qui se procurent des seringues dans des pharmacies. Quelques études de cohortes prospectives ont rapporté des données sur l'accès à des seringues stériles et sur les profils de risque correspondants. Des études utilisant des méthodes qualitatives ont fourni plus d'information sur les perspectives des personnes qui consomment des drogues et sur les facteurs influençant leur accès à des seringues en pharmacie, ainsi que sur les attitudes et expériences de pharmaciens et employés de soutien de pharmacies. Quelques essais non randomisés sur des interventions communautaires ont livré de l'information sur la faisabilité de l'échange de seringues en pharmacie comme méthode pour accroître l'accès à des seringues stériles. Des revues de la littérature, y compris une méta-revue, ont livré de l'information sur les attitudes et comportements de pharmaciens et clients ainsi que sur l'efficacité de la distribution de seringues en pharmacie afin de réduire les risques et la transmission du VIH et du VHC. La littérature grise canadienne et des sources de documents inédits (c.-à-d. des rapports de surveillance de la distribution, des évaluations, des rapports de programmes et des communications personnelles) ont été utilisées pour

présenter des données additionnelles sur la prestation de services dans un contexte canadien. Nous n'avons pas recensé d'ECR ou d'autres études de type expérimental pertinents à cette sous-section.

## Section VI : Travail de proximité par des pairs

Un modèle de programme fondé sur le travail de proximité par des pairs consiste en une fourniture de services de réduction des méfaits à des personnes qui consomment des drogues, par des pairs qui ont une expérience vécue actuelle ou antérieure de la consommation de drogues. Le travail de proximité par des pairs contribue à accroître la distribution de matériel stérile pour la consommation de drogues là où des gens achètent et consomment des drogues. Il s'appuie sur les réseaux sociaux existants et sur les normes communautaires de la réciprocité. Il constitue un moyen (parmi d'autres) d'impliquer de manière significative les personnes qui consomment des drogues dans les efforts de réduction des méfaits. Le travail de proximité par des pairs peut être autonome, intégré dans un programme de réduction des méfaits plus vaste (où des pairs peuvent travailler avec d'autres employés) et offert à domicile et/ou dans la rue. Plusieurs programmes fondés sur la participation des pairs utilisent le travail de proximité pour joindre des individus qui ne fréquentent pas de programme de réduction des méfaits à site fixe.

L'Organisation mondiale de la Santé ([OMS] 2004, 2007) recommande des services communautaires de proximité pour offrir du matériel, une éducation et des références aux personnes qui consomment des drogues là où elles vivent, utilisent et/ou achètent des drogues, en tant que composante importante d'un programme de seringues et d'aiguilles (PSA) efficace. Dans une revue de la littérature, l'OMS (2004) signale que les services de proximité de PSA sont associés à une réduction des comportements à risque pour le VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues, et que le travail de proximité par des pairs pourrait être corrélé à des réductions plus significatives que les mêmes services offerts par d'autres intervenants. Le travail de proximité et d'éducation par les pairs qui sont fournis hors du cadre conventionnel et des heures de travail régulières peuvent être utiles pour maximiser l'accès à du matériel stérile et à des informations sur la réduction des méfaits. Les rues, parcs, appartements et autres lieux de rassemblement de personnes qui consomment des drogues peuvent être optimaux pour la prestation des services; certains pourraient être plus faciles à joindre par le biais de pairs. Les stratégies fondées sur le travail des pairs peuvent aider à accroître l'accès à certaines populations marginalisées de personnes qui s'injectent des drogues, comme les jeunes, les femmes,

les travailleurs du sexe et les personnes ayant récemment commencé à s'injecter (OMS, 2007).

### *Programmes formels fondés sur le travail des pairs*

Un examen systématique a démontré que les pairs intervenants (c.-à-d., personnes qui s'injectent des drogues ou l'ont déjà fait) jouent divers rôles au sein de PSA et d'autres initiatives de réduction des méfaits, notamment : éducateurs à la réduction des méfaits; fournisseurs de services et de matériel de réduction des méfaits, de soutien, de counselling et/ou de références; assistants de recherche et membres de comités consultatifs (Marshall et al., 2015). Ces rôles varient d'une nature informelle à formelle et d'un degré d'implication faible à élevé (Marshall et al., 2015). Nous résumons ci-dessous la littérature décrivant et évaluant des programmes misant sur des pairs.

À Vancouver, un projet de recherche communautaire visant à décrire et à évaluer un programme de travail de proximité par des pairs a constaté que celui-ci avait réussi à joindre une population vulnérable et sous-desservie de personnes qui s'injectent des drogues et qui rencontrent des obstacles dans l'accès à des services ou établissements locaux de réduction des méfaits (Small et al., 2012). Le Vancouver Area Network of Drug Users (VAN DU) a créé l'Équipe de soutien à l'injection (ÉSI) afin de promouvoir des pratiques d'injection plus sécuritaires par l'éducation et l'enseignement dans des lieux de consommation de drogues à ciel ouvert, à Vancouver, et à l'intention des individus qui ne peuvent pas ou ne veulent pas utiliser le service d'injection supervisée (SIS) de la ville. Les membres de l'ÉSI sont formés en RCR, ainsi que sur les premiers soins, l'injection sécuritaire et l'identification et la gestion des surdoses; ils travaillent de 2 à 3 heures par jour, cinq jours par semaine, à offrir des services de proximité dans des lieux publics où l'injection de drogues est répandue. L'équipe distribue du matériel d'injection stérile, donne des premiers soins, et fournit une éducation sur l'injection plus sécuritaire aux individus qui ont besoin d'aide pour s'injecter. Les membres de l'ÉSI sont établis comme des « hit doctors » reconnus et considérés comme dignes de confiance par de nombreuses personnes qui s'injectent des drogues dans la communauté. Lors d'interviews qualitatives, les individus qui avaient eu recours au soutien de l'ÉSI ont affirmé que ces interactions avaient été bénéfiques pour apprendre à s'injecter soi-même de manière plus sécuritaire, et plusieurs ont déclaré avoir été référés vers l'ÉSI ou y avoir dirigé d'autres gens. Des ressources minimales ont limité la capacité de l'ÉSI d'accroître la durée et le nombre de quarts de travail de proximité, mais un désir d'expansion du programme a été exprimé – en particulier pour le travail de fin de soirée.

À l'aide des données de la Vancouver Injection Drug Users Study (VIDUS), une étude prospective de cohorte, Hayashi et al. (2010), a évalué la VANDU Alley Patrol, un programme de travail de proximité dirigé par des pairs qui a existé de 2000 à 2005. Le programme était composé de pairs bénévoles formés qui travaillaient des blocs de 4 heures, le jour et/ou la nuit, pour distribuer du matériel de réduction des méfaits et fournir une éducation aux personnes qui utilisent des drogues dans des lieux publics. Des 854 individus inclus dans les analyses, 27,3 % ont déclaré avoir reçu des seringues de la VANDU Alley Patrol. Hayashi et al. (2010) ont constaté que le programme avait réussi à joindre une sous-population de personnes qui s'injectent des drogues et qui sont à risque élevé d'infection par le VIH. Le recours au programme était associé de manière significative à un logement instable, à l'injection fréquente d'héroïne, à l'injection fréquente de cocaïne et à l'injection dans des lieux publics; et on observait une association inverse à la réutilisation de seringues (Hayashi et al., 2010).

À Victoria, la Society of Living Intravenous Drug Users (SOLID) offre un programme de travail de proximité entre pairs qui fournit à des personnes qui consomment/consommaient des drogues une formation sur la prévention du VIH et du VHC, la santé mentale et les dépendances, la consommation plus sécuritaire de drogues et l'autoplaquage (BCCDC, 2008). Les pairs sont rémunérés pour leur formation et leur travail de proximité, à pied dans les rues, au petit matin lorsqu'aucun autre PSA n'est ouvert. Pendant leurs quarts de travail de proximité, les pairs distribuent du matériel stérile pour l'injection de drogues et pour l'inhalation plus sécuritaire du crack et fournissent des informations sur la réduction des méfaits et des références.

Drach et al. (2011) ont fait état des résultats d'un programme pilote implanté à Portland, Oregon, qui a formé des clients de PSA qui déclaraient participer à la distribution secondaire de seringues à d'autres personnes qui consomment des drogues. L'intervention a formé 17 pairs éducateurs et leur a fourni une boîte additionnelle de 200 seringues dans le cadre de trois séances de formation distinctes. Parmi ceux qui ont participé aux interviews de suivi (n=16), 87 % ont déclaré avoir reçu et distribué plus de seringues qu'ils n'en avaient à échanger, et 44 % ont dit avoir élargi leurs réseaux de distribution. Le volume de seringues distribuées dans la communauté a presque doublé – les pairs éducateurs avaient augmenté leur distribution de seringues d'un nombre médian rapporté de 712,5 (étendue : 50-4 800) à 1 500 (étendue : 200-9 000), au cours des deux mois précédents – ce qui met en relief l'importance de politiques de distribution non restrictives et impliquant activement la distribution secondaire (Drach et al., 2011).

Davidson et al. (2011) ont décrit une approche basée sur un système d'information géographique (SIG), mise à l'essai en Californie et utilisée pour identifier des localités comptant une forte concentration de personnes sous-desservies par les services de PSA existants. Les chercheurs ont réalisé une enquête transversale à l'aide de deux petits échantillons de commodité dans deux PSA distincts (n=18 et 24, respectivement) pour identifier des endroits où l'on manque souvent de seringues, puis ils ont utilisé ces données pour créer des cartes SIG identifiant des « points chauds » dans la communauté. Ces informations ont servi à élaborer des solutions locales ciblant les populations sous-desservies identifiées et ont conduit à des activités ciblées de travail de proximité entre pairs dans les secteurs « chauds ».

### *Pairs intervenants*

Plusieurs PSA embauchent une combinaison de personnes qui peuvent avoir une expérience de la consommation de drogues ou non. Les rôles au sein des PSA devraient être définis de manière à maximiser les forces des intervenants; or les pairs intervenants sont souvent les mieux placés pour fournir des services de proximité et d'éducation dans la rue (OMS, 2007). L'OMS signale également que les pairs qui consomment activement des drogues et qui sont stabilisés par un traitement de substitution aux opioïdes, ou les anciens consommateurs de drogues, peuvent être des intervenants efficaces en matière de réduction des méfaits. Toutefois, dans un manuel préparé pour l'Open Society, Balian et White (2010) font valoir les nombreux bienfaits de l'embauche et de l'implication de personnes qui consomment activement des drogues. Ces bienfaits incluent, sans s'y limiter: démontrer un engagement à l'égard des personnes qui consomment des drogues; montrer que les pairs peuvent devenir des modèles pour d'autres clients; montrer l'efficacité des pairs pour livrer des messages de santé publique; avoir un accès direct aux connaissances des pairs quant à la réalité locale; améliorer l'estime de soi des pairs; aider les pairs à acquérir des compétences d'emploi; et stimuler le sentiment d'appartenance à la communauté. L'OMS (2007) et Balian et White (2010) recommandent de fournir aux pairs intervenants une formation, un soutien personnel et professionnel continu, une supervision adéquate et une structure de gestion flexible et apte à répondre à leurs besoins et/ou défis. Le contenu de la formation peut varier selon le contexte et les objectifs du programme de réduction des méfaits et les besoins de formation des intervenants, mais il devrait inclure les éléments suivants : but du programme, populations clés, comportements à risque pour le VIH et le VHC, injection et les relations sexuelles plus sécuritaires, responsabilités liées à l'emploi, limites de l'intervention et premiers soins (OMS, 2007).

À partir d'un examen systématique des éléments facilitateurs et des obstacles à l'implication des pairs dans les programmes de réduction des méfaits, Marshall et al. (2015) identifient plusieurs approches pour améliorer l'implication des pairs, notamment : répondre à la criminalisation; participer à des campagnes anti-stigmatisation en matière de drogues; réunir des responsables des politiques et des praticiens pour discuter de la réduction des méfaits; consacrer du temps et des efforts à l'établissement d'un rapport positif avec les décideurs, les autorités et le public; encourager des cultures organisationnelles qui appuient le rôle de leadership et la participation significative des pairs; concevoir des programmes fondés sur l'expérience, qui reconnaissent l'importance des réseaux de pairs; former et soutenir les intervenants; et réduire les obstacles structurels et d'autres types d'obstacles à la participation des pairs intervenants.

### *Programmes informels et distribution secondaire*

Plusieurs personnes qui consomment des drogues aident d'autres personnes de leur communauté à se procurer du matériel et à combler d'autres besoins, sans égard à l'existence ou non d'un programme formel de distribution par des pairs. La distribution informelle par des pairs implique l'acquisition, par des personnes qui consomment des drogues, de grandes quantités de matériel stérile pour l'injection ou l'inhalation auprès d'une source primaire (c.-à-d., PSA ou pharmacie) afin de donner, de vendre ou d'échanger ce matériel parmi d'autres personnes qui consomment des drogues. Les individus qui effectuent la distribution informelle à des pairs sont souvent appelés échangeurs secondaires ou satellites, distributeurs secondaires, pairs échangeurs ou aidants naturels. Cette pratique est souvent encouragée par les programmes même lorsque la pratique n'est pas officialisée dans un PSA (Des Jarlais et al., 2009).

Outre les PSA et d'autres sources primaires, les personnes qui consomment des drogues déclarent fournir du matériel et en obtenir parmi leurs amis, connaissances, partenaires sexuels, membres de leur famille, revendeurs de drogues et inconnus (Bryant & Hopwood, 2009; Bryant & Treloar, 2006; De et al., 2007; Fisher et al., 2013). La recherche sur l'échange secondaire entre pairs démontre qu'une forte proportion de personnes qui consomment des drogues participe à la distribution ou à l'acquisition de seringues stériles auprès de pairs. Dans une étude réalisée à Vancouver, Kuyper et al. (2006) ont constaté que 64 % des personnes qui s'injectent des drogues (n=468) déclarent donner à d'autres personnes des seringues obtenues d'un PSA. Une étude réalisée en Californie a révélé que 75 % des 539 personnes s'injectant des drogues avaient participé à un échange secondaire au cours des six mois précédents – 41 % par la distribution

seulement, 15 % par l'acquisition seulement, et 44 % par la distribution et l'acquisition de seringues stériles (Lorvick et al., 2006). Bryant et Hopwood (2009) ont constaté que 54 % des répondants d'un échantillon de 229 personnes qui s'injectent des drogues déclaraient un échange secondaire au cours du mois précédent (40 % en distribution seulement, 25 % en acquisition seulement, et 36 % en distribution et acquisition). Cette étude a également permis d'observer que les participants redistribuaient 22 % de leurs seringues stériles à d'autres personnes et que celles qui les recevaient déclaraient une quantité médiane de cinq seringues lors de chaque échange. Une autre étude a révélé que, parmi 118 personnes distribuant régulièrement des seringues stériles à des pairs, 51 % ont déclaré en distribuer régulièrement à 2 à 4 personnes, et 27 % ont déclaré en distribuer à plus de 5 personnes (Fisher et al., 2013). La recherche porte à croire que la vente de seringues stériles à des pairs est nettement moins répandue que leur distribution gratuite (Kuyper et al., 2006; Latkin et al., 2006; Lorvick et al., 2006), et que les individus qui vendent des seringues peuvent avoir des profils à risque plus élevé (Kuyper et al., 2006; Latkin et al., 2006).

Des personnes qui consomment des drogues disent se procurer des seringues auprès d'une autre personne par commodité, incapacité de recourir à un PSA pour diverses raisons (c.-à-d., état physique ou mental lié à la consommation de drogues, ou manque de transport) ou peur de la stigmatisation ou de harcèlement sur un site de PSA (De et al., 2007). Des individus déclarent contribuer à la distribution secondaire pour aider à prévenir des pratiques d'injection à risque (Bryant & Hopwood, 2009), aider d'autres personnes à éviter de contracter le VHC, aider celles qui ne peuvent pas se rendre à un PSA et d'autres personnes à éviter le trouble du déplacement – très peu de répondants déclarent une participation pour des gains financiers (Fisher et al., 2013). Des données limitées révèlent par ailleurs que des pairs qui font la distribution secondaire offrent également des informations sur la réduction des méfaits aux individus auxquels ils distribuent des seringues (Bryant & Treloar, 2006; Fisher et al., 2013).

De nombreuses études ont observé que l'échange secondaire est une pratique encouragée de manière informelle dans plusieurs PSA (Bryant & Hopwood, 2009; Des Jarlais et al., 2009), mais des préoccupations ont été signalées quant au manque de contact en personne avec des fournisseurs de services sociaux et de santé, à l'élimination inadéquate du matériel, à l'exactitude des informations communiquées sur la réduction des méfaits, et à la possibilité de réaliser un profit de la vente de matériel financé par le secteur public (Bryant & Treloar, 2006; Coffin et al., 2007; Green et al., 2010; Lenton et al., 2006). Les chercheurs qui étudient la distribution

secondaire recommandent aux PSA de mettre en œuvre des programmes formels de travail de proximité par des pairs pour tirer profit de la forte prévalence de la distribution secondaire informelle dans les réseaux de consommation de drogues et pour joindre des individus ayant un faible degré d'accès aux services formels (Bryant & Hopwood, 2009; Craine et al., 2010; Kuyper et al., 2006). Par ailleurs, dans les programmes formels, les pairs peuvent être formés à fournir une éducation sur la prévention du VIH, la consommation plus sécuritaire de drogues, la prévention et la gestion des surdoses ainsi que la manipulation et l'élimination plus sécuritaires du matériel (Latkin et al., 2006; Lorvick et al., 2006), ce qui peut atténuer certaines préoccupations quant au manque de contact avec d'autres intervenants et à la communication d'informations erronées sur la réduction des méfaits.

### **Sommaire des données sur le travail de proximité par des pairs**

Les données qui éclairent cette sous-section sont issues d'études qualitatives, d'études observationnelles, d'études de cohorte, d'évaluations de processus, de descriptions de programmes et de documents d'opinion. Des études qualitatives et transversales ont livré des données sur les caractéristiques des personnes qui utilisent et/ou fournissent des services par le travail de proximité par des pairs et d'échange secondaire de seringues, les raisons du recours à des pairs intervenants et les obstacles à l'accès à d'autres modèles de PSA. Des évaluations de processus ont contribué aux données sur les pratiques de distribution de matériel par des pairs intervenants. Des documents d'opinion et un manuel de l'OMS ont apporté des recommandations sur les caractéristiques et compétences requises des pairs intervenants ainsi que les pratiques d'embauche.

### **Section VII : Machines distributrices de seringues et aiguilles**

À l'échelle mondiale, un nombre estimatif de 14 pays (dont l'Australie, la Nouvelle-Zélande et plusieurs pays européens) utilisent des machines distributrices de seringues (MDS) pour mettre des seringues à la disposition des personnes qui s'injectent des drogues et pour collecter leurs seringues usagées (Islam & Conigrave, 2007). La littérature utilise de façon prédominante l'expression « machines distributrices de seringues » (MDS); par souci de cohérence, nous utiliserons l'acronyme « MDSA » puisque nous parlons de programmes de « seringues et aiguilles » tout au long du présent document. Au moment de rédiger ce rapport,

des MDSA n'étaient pas encore utilisées au Canada pour l'échange ou la distribution de seringues (Klein, 2007). En général, les MDSA distribuent mécaniquement des trousse de matériel d'injection stérile qui comprennent plusieurs seringues et d'autres types de matériel comme des tampons d'alcool, des contenants de dilution et de chauffage, des fioles d'eau et des filtres de coton, lorsqu'un montant d'argent ou une seringue usagée est inséré dans la machine (Islam et al., 2009; McDonald, 2009). La plupart des trousse de matériel d'injection stérile incluent également de l'information sur l'injection plus sécuritaire, et certaines incluent un contenant à objets tranchants pour l'élimination adéquate du matériel d'injection usagé (Islam & Conigrave, 2007). Des machines sont installées sur les murs extérieurs de PSA à site fixe ou de centres de santé communautaire en milieu urbain et en banlieue; elles peuvent également être placées là où il n'existe aucune autre source de matériel d'injection plus sécuritaire.

#### ***Caractéristiques des personnes qui sont plus susceptibles d'utiliser des MDSA***

Des données suggèrent que les MDSA attirent une clientèle différente des autres modèles de PSA. Comparativement aux clients d'autres modèles de PSA, les clients de MDSA sont susceptibles d'être plus jeunes, plus souvent itinérants, d'avoir un statut socioéconomique plus faible, de s'injecter depuis moins d'années, d'être moins souvent en contact avec d'autres services de santé, moins susceptibles d'utiliser d'autres modèles de PSA ou de suivre un traitement de substitution aux opiacés (Islam & Conigrave, 2007a, 2007b; Islam, Stern et al., 2008; Islam, Wodak et al., 2008; Jones et al., 2010; McDonald, 2009; Moatti et al., 2001; Obadia et al., 1999). Une enquête transversale auprès de 167 utilisateurs de MDSA à Sydney, Australie, a permis de constater que 71 % des répondants plus jeunes (<30 ans) avaient recours aux MDSA comme principale source de matériel d'injection, et que seulement 29 % déclaraient utiliser la plupart du temps des PSA dotés de personnel, comparativement aux participants plus âgés (>30 ans) qui préféraient les MDSA à seulement 49 % (Islam, Stern et al., 2008). L'évaluation d'un projet pilote d'un an de MDSA à Canberra, Australie, a analysé les questionnaires de 147 clients de MDSA, et noté que les répondants étaient plus susceptibles d'être de sexe féminin, comparativement aux résultats d'une enquête nationale sur les clients de PSA (43 % vs 36 %, respectivement), en plus d'être plus jeunes (McDonald, 2009).

#### ***Avantages de l'accès à des seringues par des MDSA***

Comme nous l'avons mentionné, les MDSA complètent d'autres modèles de PSA en joignant un segment différent

de personnes qui s'injectent des drogues (Islam & Conigrave 2007a). Les machines distributrices accroissent la couverture géographique et la disponibilité temporelle tout en offrant un accès privé et anonyme à des individus qui pourraient être inquiets de divulguer leur consommation de drogues ou qui se sentent stigmatisés par le personnel des PSA ou des pharmacies (Islam & Conigrave 2007b; Islam, Wodak et al., 2008). Par ailleurs, des MDSA peuvent être installées discrètement dans des lieux où il serait difficile d'implanter des PSA dotés de personnel ou dans des milieux où l'opposition à des PSA plus visibles serait vive (Islam & Conigrave 2007b).

Deux études distinctes examinant les perspectives des clients de MDSA ont identifié des raisons similaires de se procurer du matériel par le biais de machines distributrices. Les clients de MDSA des deux études ont déclaré utiliser le plus souvent les machines en raison de leur plus grande disponibilité temporelle et de leur emplacement géographique pratique, et parce qu'ils n'aimaient pas utiliser d'autres sites de PSA ou se sentaient stigmatisés par le personnel des PSA ou des pharmacies (Islam, Stern et al., 2008; McDonald, 2009). Dans une enquête auprès de 167 utilisateurs de MDSA, Islam et al. (2008) ont constaté que 51 % déclaraient utiliser exclusivement les machines entre 17 h 00 et 21 h 00, lorsque la plupart des autres sites sont fermés. On a aussi noté que 46 % des répondants utilisaient les machines sur une base hebdomadaire. Par ailleurs, les clients qui déclaraient recourir la plupart du temps à des MDSA étaient 9,5 fois plus susceptibles d'invoquer la stigmatisation comme raison d'utiliser les machines, comparativement à ceux qui utilisaient principalement des PSA ou des pharmacies ( $p < 0,01$ ). McDonald (2009) a signalé que les clients de MDSA de son étude incluaient des personnes qui utilisent également des PSA pour obtenir du matériel d'injection stérile et d'autres qui ne les utilisent pas, ce qui porte à croire que les machines distributrices constituent la seule source sécuritaire de matériel stérile pour une partie de leurs utilisateurs. Dans cet échantillon, 59 % des répondants utilisaient les MDSA comme source principale de matériel d'injection, et 40 % déclaraient recourir chaque jour ou presque à des MDSA pour se procurer du matériel.

Dans une étude transversale dans laquelle un questionnaire a été administré par un intervieweur à 294 Australiens n'utilisant pas de PSA comme source principale de matériel d'injection, 75 % des répondants considéraient les machines distributrices comme étant l'une des meilleures sources d'approvisionnement en seringues stériles et les préféraient aux services de proximité de PSA, à la livraison à domicile et à l'obtention de seringues auprès d'autres fournisseurs de services de santé (Treloar & Cao, 2005). De plus, les

MDSA peuvent offrir un très bon rapport coût/efficacité, en étant accessibles 24 heures et en n'impliquant que des coûts minimes de dotation en personnel (Islam & Conigrave 2007a; Islam & Conigrave 2007b; Islam, Wodak, Conigrave, 2008b).

### ***Préoccupations liées aux MDSA comme modèle de programme***

Le modèle des MDSA peut accroître l'accès à du matériel, mais il comporte des limites pour la fourniture d'information, de counselling ou de référence (Islam & Conigrave 2007b; Islam et al., 2009; Klein, 2007; McDonald, 2009; WHO, 2004). Aux États-Unis, cette préoccupation est citée comme principale raison de ne pas implanter de MDSA (Islam & Conigrave, 2007a).

La fiabilité et la fonctionnalité des MDSA sont également des préoccupations (Islam et al., 2008a; Lilley et al., 2013; McDonald, 2009). Des problèmes de bris, de blocage et de machines vides ont été observés dans des milieux où des MDSA sont utilisées (Islam, Stern et al., 2008a; McDonald, 2009). Les machines doivent être remplies et entretenues adéquatement (Duplessy & Reynaud, 2014). Le coût peut être un obstacle; toutefois, McDonald (2009) a constaté que 80 % des clients de MDSA considéraient comme acceptables des frais de deux dollars australiens pour un paquet de quatre seringues. Dans leur étude, Islam, Stern et al. (2008) ont noté que seulement 16 % des utilisateurs signalaient le coût comme un obstacle à l'utilisation des MDSA.

Des données limitées évaluent l'impact des MDSA sur les pratiques d'élimination des seringues usagées. Une étude observationnelle a fait état d'une élimination inadéquate des seringues à proximité de machines (McDonald, 2009); une autre étude sur les perceptions d'employés a réfuté ce constat (Islam et al., 2009).

### ***Efficacité des MDSA***

Des données démontrent que les MDSA joignent des clients qui ne sont pas adéquatement servis par d'autres modèles de PSA (Islam et al., 2007a). Parmi les 18 études sur les MDSA examinées par Islam et al. (2007a), 16 mentionnaient le fait de joindre ou d'attirer des populations à risque élevé et/ou cachées de personnes qui consomment des drogues. Par conséquent, la coexistence de MDSA avec d'autres modèles de PSA peut accroître la distribution de seringues et réduire leur réutilisation. D'autres recherches sont requises pour examiner l'impact des MDSA (en tant qu'ajout aux PSA existants) sur les comportements d'injection à risque (Islam, Wodak, Conigrave, 2008).

Une étude transversale réalisée en Australie a examiné les perceptions du personnel (clinique et de soutien) de PSA et de traitement de la dépendance à l'égard de l'efficacité des MDSA installées sur le site de leur organisme ou à proximité (Islam et al., 2009). En général, 80 % des répondants considéraient les MDSA comme efficaces ou modérément efficaces à réduire le partage de seringues parmi les clients; aucun n'a qualifié l'efficacité des MDSA de négligeable ou de nulle. De la même façon, la majorité des répondants n'ont signalé aucune augmentation de la consommation de drogues ou du vandalisme dans la communauté.

Après l'installation de quatre MDSA, McDonald (2009) a constaté une hausse de la distribution de seringues sur une période de 12 mois. Les MDSA avaient contribué à la distribution de 8,7 % de l'ensemble des seringues. De plus, on a observé une augmentation de 5,4 % du nombre total de seringues distribuées, malgré une légère diminution de la proportion de seringues fournies par les PSA et les pharmacies (2,6 % et 8,8 %, respectivement).

Une récente étude a combiné la surveillance régulière et des dispositifs de comptage pour examiner l'activité des MDSA à Paris, France, sur une période de 12 ans (1999-2012; Duplessy & Reynaud, 2014). La distribution de seringues par ces machines a augmenté de 202 % et la récupération a augmenté de 2 000 % pendant l'étude. Toutefois, il est à noter que l'activité spécifique aux sites était fortement variable; 2 machines sur 34 ont généré 50 % de l'activité totale.

Au Québec, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a réalisé une évaluation de la faisabilité d'installer des machines distributrices de matériel d'injection à Montréal. On a organisé sept groupes de discussion avec 30 personnes qui consomment des drogues et 13 autres partenaires pour connaître les opinions, les idées et les préoccupations liées à l'exploitation de MDSA dans la ville. Le rapport signale de possibles impacts positifs et négatifs pour les personnes qui consomment des drogues, pour la communauté et pour

les programmes de réduction des méfaits en général. On a également identifié les utilisateurs potentiels des machines ainsi que les conditions nécessaires à la réussite du projet, comme des publicités et des efforts de proximité efficaces, l'acceptation publique et politique et l'implication des partenaires. Le rapport fournit aussi des recommandations concernant le type de machine (c.-à-d., distribution gratuite, système de jetons, échange à 1 contre 1, etc.), le contenu des machines et les emplacements possibles. En général, les répondants ont affirmé que le modèle de MDSA idéal devrait être facilement accessible, assurer un accès contrôlé (c.-à-d. non accessible aux enfants) et distribuer le matériel gratuitement ou à bas prix. Toutefois, le rapport fait état de nombreuses préoccupations et barrières identifiées par les parties prenantes et n'indique pas si des MDSA sont susceptibles d'être installées à Montréal dans un avenir proche.

---

### **Sommaire des données sur les machines distributrices de seringues et aiguilles**

Les données qui éclairent cette sous-section sont issues principalement d'études observationnelles et de revues de la littérature. Les études transversales sont le principal type d'étude ayant apporté des données pour cette sous-section, notamment sur les caractéristiques et les comportements à risque des personnes qui utilisent des MDSA et les perceptions des clients de MDSA et des fournisseurs de services. Plusieurs documents d'examen de la littérature ont fourni des données agrégées sur les avantages et les inconvénients des MDSA, les caractéristiques des utilisateurs de MDSA et l'efficacité générale de la fourniture de seringues/aiguilles par des machines distributrices. Nous n'avons trouvé aucun rapport d'ECR ou d'autre méthodologie expérimentale applicable à cette sous-section. De plus, la quantité de recherches réalisées sur les MDSA est limitée.

## Références : Efficacité générale des PSA pour réduire la transmission du VIH et du VHC

Aspinall EJ, Nambiar D, Goldberg DJ, Hickman M, Weir A, Van Velzen E, Palmateer N, Doyle JS, Hellard ME, Hutchinson SJ. Are needle and syringe programmes associated with a reduction in HIV transmission among people who inject drugs: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Epidemiology*, 2014;43(1):235-248.

Degenhardt L, Mathers B, Vickerman P, Rhodes T, Latkin C, Hickman M. Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed. *Lancet*, 2010;376(9737):285-301.

Gibson D, Flynn N, Perales D. Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behaviour and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS*, 2001;15:1329-1341.

Hagan H, Pouget ER, Des Jarlais DC, Lelutiu-Weinberger C. Meta regression of hepatitis C virus infection in relation to time since onset of illicit drug injection: The influence of time and place. *American Journal of Epidemiology*, 2008;168:1099-109.

Hagan H, Pouget ER, Des Jarlais DC. A systematic review and meta-analysis of interventions to prevent hepatitis C virus infection in people who inject drugs. *Journal of Infectious Diseases*, 2011 Jul;204(1):74-83.

Jones L, Pickering L, Sumnall H, McVeigh J, Bellis MA. Optimal provision of needle and syringe programmes for injecting drug users: A systematic review. *International Journal of Drug Policy*, 2010 Sep;21(5):335-342.

MacArthur GJ, van Velzen E, Palmateer N, Kimber J, Pharris A, Hope V, Taylor A, Roy K, Aspinall E, Goldberg D, Rhodes T, Hedrich D, Salminen M, Hickman M, Hutchinson SJ. Interventions to prevent HIV and Hepatitis C in people who inject drugs: A review of reviews to assess evidence of effectiveness. *International Journal of Drug Policy* Jan 2014;25(1):34-52.

Nelson PK, Mathers BM, Cowie B, Hagan H, Des Jarlais D, Horyniak D, Degenhardt L. Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: Results of systematic reviews. *Lancet*; 2011 Aug;378(9791):571-583.

Palmateer N, Kimber J, Hickman M, Hutchinson S, Rhodes T, Goldberg D. Evidence for the effectiveness of sterile injecting equipment provision in preventing hepatitis C and human immunodeficiency virus transmission among injecting drug users: A review of reviews. *Addiction*, 2010;105:844-859.

Turner K, Hutchinson S, Vickerman P, Hope V, Craine N, Palmateer N, May M, Taylor A, De Angelis D, Cameron S, Parry J, Lyons M, Goldberg D, Allen E, Hickman M. The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users: pooling of UK evidence. *Addiction*, 2011;106(11):1978-1988.

Van den Berg C, Smit C, Van Brussel G, Coutinho R, Prins M; Amsterdam Cohort. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction*, 2007 Sep;102(9):1454-1462.

Wodak A, Cooney A. Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. *Evidence for Action Technical Papers*; 2004. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

Wright NMJ, Tompkins CNE. A review of the evidence for the effectiveness of primary prevention interventions for Hepatitis C among injecting drug users. *Harm Reduction Journal* 2006, Sep;3:27.

## Références : PSA à site fixe

Al-Tayyib A, Rice E, Rhoades H, Riggs P. Association between prescription drug misuse and injection among runaway and homeless youth. *Drug and Alcohol Dependence*, 2014;134:406-409.

Anderson R, Clancy L, Flynn N, Kral A, Bluthenthal R. Delivering syringe exchange services through "satellite exchangers": The Sacramento Area Needle Exchange, USA. *International Journal of Drug Policy*, 2003;14(5-6):461-463.

Cameron J, Gilchrist G, Roberts K. Needle exchange services: A profile of service users in community pharmacies and other settings. *International Journal of Pharmacy Practice*, 2004;12: 211-215.

Chandler R. Best Practices for British Columbia's Harm Reduction Supply Distribution Program. *BC Harm Reduction Strategies and Services*; 2008.

Cox G, Robinson J. Needle exchange provision in Ireland: The context, current levels of service provision and recommendations. A joint report by the National Drugs Strategy Team and the National Advisory Committee on Drugs; 2008. Dublin: NACD.

- Downing M, Riess TH, Vernon K, Mulia N, Hollinquest M, McKnight C, Jarlais DC, Edlin BR. What's community got to do with it? Implementation models of syringe exchange programs. *AIDS Education and Prevention*, 2005;17(1):68-78.
- Glasgow Involvement Group & Scottish Drugs Forum. Views from the street: Needle exchange users in Glasgow; 2005.
- Griesbach D, Abdulrahim D, Gordon D, Dowell K. Needle exchange provision in Scotland: A report of the national needle exchange survey; 2006. Edinburgh: Scottish Executive.
- Hyshka E, Strathdee S, Wood E, Kerr T. Needle exchange and the HIV epidemic in Vancouver: lessons learned from 15 years of research. *International Journal of Drug Policy*, 2012;23(4):261-270.
- Ivsins A, Chow C, Macdonald S, Stockwell T, Vallance K, Marsh DC, et al. An examination of injection drug use trends in Victoria and Vancouver, BC after the closure of Victoria's only fixed-site needle and syringe programme. *International Journal of Drug Policy*, 2012;23(4):338-340.
- Klein A. Points de friction : obstacles à l'accès aux programmes de seringues au Canada; 2006. Toronto: Réseau juridique canadien VIH/sida.
- Lane S, Lurie P, Bowser B, Kahn J, Chen D. The coming of age of needle exchange: A history through 1993. In J. Inciardi, & L. Harrison (Eds.), *Harm reduction: National and international perspectives*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications 2000; 47-69.
- MacNeil J, Pauly B. Impact: A case study examining the closure of a large urban fixed site needle exchange in Canada. *Harm Reduction Journal*, 2010;7:11.
- Magee C, Hurliaux E. Ladies' night: Evaluating a drop-in programme for homeless and marginally housed women in San Francisco's mission district. *International Journal of Drug Policy*, 2008 Apr;19(2):113-121.
- Masson CL, Sorensen JL, Perlman DC, Shopshire MS, Delucchi KL, Chen TC, Sporer K, Des Jarlais D, Hall SM. Hospital- versus community-based syringe exchange: A randomized controlled trial. *AIDS Education and Prevention*, 2007;19(2):97-110.
- Miller CL, Tyndall M, Spittal P, Li K, Palepu A, Schechter MT. Risk-taking behaviors among injecting drug users who obtain syringes from pharmacies, fixed sites, and mobile van needle exchanges. *Journal of Urban Health*, 2002 Jun;79(2):257-265.
- Moore G, McCarthy P, MacNeela P, MacGabhann L, Philbin M, Proudfoot D. A review of harm reduction approaches in Ireland and evidence from the international literature; 2004. Dublin City University. National Advisory Committee on Drugs. Dublin: Stationery Office.
- Murphy T, Murphy S. AIDS prevention: Ancillary services and syringe exchange. Presentation at the Society for the Study of Social Problems annual meeting, San Francisco; 1998.
- National Institute for Health and Care Excellence. Needle and syringe programmes, NICE public health guidance 52; 2014. Londres.
- OEDT. Rapport annuel 2007 : État du phénomène de la drogue en Europe; 2007. Luxembourg : Office des publications officielles des Communautés européennes.
- Organisation mondiale de la santé. Guide to starting and managing needle and syringe programmes. Genève : Organisation mondiale de la santé; 2007.
- Phillips KT, Rosenberg H, Sanikop A. English and American drug clients' views of the acceptability, advantages and disadvantages of treatment and harm-reduction interventions for substance abuse. *Journal of Drug Issues*, 2007;37:377-402.
- Sheridan J, Clark K, Williamson S, Griffiths P. Consumer preferences among pharmacy needle exchange attenders. *Pharmaceutical Journal*, 1998;261:64-66.
- Strike CJ, Challacombe L, Myers T, Millson M. Needle exchange programs: Delivery and access issues. *Revue canadienne de santé publique*, 2002;93(5):339-343.
- Tempalski B, Friedman R, Keem M, Cooper H, Friedman SR. NIMBY localism and national inequitable exclusion alliances: The case of syringe exchange programs in the United States. *Geoforum*, 2007;38:1250.

### Références : PSA mobiles

- Bowser BP, Jenkins-Barnes T, Dillard-Smith C, Lockett G. Harm reduction for drug abusing ex-offenders: Outcome of the California prevention and education project MORE project. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 2010 Jan;7(1):15-29.
- Courty P. Mise en place d'un réseau de soins aux toxicomanes : une stratégie originale d'accès aux soins : le Bus Echange-Prévention. *Annales de Psychiatrie*, 1999;14(3):214-219.

Deering KN, Kerr T, Tyndall MW, Montaner JS, Gibson K, Irons L, Shannon K. A peer-led mobile outreach program and increased utilization of detoxification and residential drug treatment among female sex workers who use drugs in a Canadian setting. *Drug and Alcohol Dependence*, 2011 Jan;113(1):46-54.

Dietze P, Winter R, Pedrana A, Leicht A, Majo I Roca X, Brugal MT. Mobile safe injecting facilities in Barcelona and Berlin. *International Journal of Drug Policy*, 2012 Jul;23(4):257-260.

Fernandez L, Folch C, Majo X, Gasulla L, Casabona J. Pilot study for the implementation of rapid HCV and HIV tests in harm reduction programmes for intravenous drug users in Catalonia. Poster presentation at HepHIV Conference, Barcelone; 2014.

Heimer R. Community coverage and HIV prevention: Assessing metrics for estimating HIV incidence through syringe exchange. *International Journal of Drug Policy*, 2008;19(Suppl 1):65-73.

Islam M, Conigrave KM. Assessing the role of syringe dispensing machines and mobile van outlets in reaching hard-to-reach and high-risk groups of injecting drug users (IDUs): A review. *Harm Reduction Journal*, 2007;4:14.

Janssen PA, Gibson K, Bowen R, Spittal PM, Petersen KL. Peer support using a mobile access van promotes safety and harm reduction strategies among sex trade workers in Vancouver's Downtown Eastside. *Journal of Urban Health*, 2009 Sep;86(5):804-809.

Leonard L. Improving services for people in Ottawa who smoke crack: Ottawa's Safer Inhalation Program – Final Evaluation Report; 2010.

Obadia Y, Feroni I, Perrin V, Vlahov D, Moatti JP. Syringe vending machines for injection drug users: An experiment in Marseille, France. *American Journal of Public Health*, 1999 Dec;89(12):1852-1854.

Riley ED, Safaeian M, Strathdee SA, Marx MA, Huettner S, Beilenson P, Vlahov D. Comparing new participants of a mobile versus a pharmacy-based needle exchange program. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2000;24(1):57-61.

Rose VJ, Raymond HF, Kellogg TA, McFarland W. Assessing the feasibility of harm reduction services for MSM: The late night breakfast buffet study. *Harm Reduction Journal*, 2006;3:29.

Turner AK, Harripersaud K, Crawford ND, Rivera AV, Fuller CM. Differences in HIV risk behavior of injection drug users in New York City by health care setting. *AIDS Care*, 2013;25(10):1321-1329.

## Références : Distribution et achat en pharmacie

Battles HB, Rowe KA, Ortega-Peluso C, Klein SJ, Tesoriero JM. Who purchases nonprescription syringes? Characterizing customers of the Expanded Syringe Access Program (ESAP). *Journal of Urban Health*, 2009;86(6):946-950.

Bluthenthal R, Kral A. Commentary on Palmateer et al. (2010): Next steps in the global research agenda on syringe access for injection drug users. *Addiction*, 2010;105(5):860-861.

Bonnet N. Intérêt d'un programme d'échange de seringues en pharmacie d'officine pour les usagers de drogues par voie intraveineuse. *Presse Médicale*, 2006;35(12 C1):1811-1818.

Bruneau J, Daniel M, Kestens Y, Zang G, Genereux M. Associations between HIV-related injection behaviour and distance to and patterns of utilisation of syringe-supply programmes. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2008;62(9):804-810.

Bryant J, Paquette D, Wilson H. Syringe coverage in an Australian setting: Does a high level of syringe coverage moderate syringe sharing behaviour? *AIDS and Behavior*, 2012;16(5):1156-1163.

Bryant J, Topp L, Hopwood M, Iversen J, Treloar C, Maher L. Is point of access to needles and syringes related to needle sharing? Comparing data collected from pharmacies and needle and syringe programs in South-East Sydney. *Drug and Alcohol Review*, 2010;29(4):364-370.

Bryant J, Treloar C. Risk practices and other characteristics of injecting drug users who obtain injecting equipment from pharmacies and personal networks. *International Journal of Drug Policy*, 2006;17(5):418-424.

College of Pharmacists of British Columbia. Enhanced role for pharmacist in harm reduction strategies; 2014. Consulté en juin 2015 à : [www.bcpharmacists.org/readlinks/enhanced-role-pharmacist-harm-reduction-strategies](http://www.bcpharmacists.org/readlinks/enhanced-role-pharmacist-harm-reduction-strategies)

Cooper EN, Dodson C, Stopka TJ, Riley ED, Garfein RS, Bluthenthal RN. Pharmacy participation in non-prescription syringe sales in Los Angeles and San Francisco counties, 2007. *Journal of Urban Health*, 2010;87(4):543-552.

- Cooper HL, Bossak BH, Tempalski B, Friedman SR, Des Jarlais DC. Temporal trends in spatial access to pharmacies that sell over-the-counter syringes in New York City health districts: Relationship to local racial/ethnic composition and need. *Journal of Urban Health*, 2009;86(6):929-945.
- Cooper HL, Des Jarlais DC, Ross Z, Tempalski B, Bossak B, Friedman SR. Spatial access to syringe exchange programs and pharmacies selling over-the-counter syringes as predictors of drug injectors' use of sterile syringes. *American Journal of Public Health*, 2011 Jun;101(6):1118-1125.
- Costenbader EC, Zule WA, Coomes CC. Racial differences in acquisition of syringes from pharmacies under conditions of legal but restricted sales. *International Journal of Drug Policy*, 2010;21(5):425-428.
- Craine N, Hickman M, Parry JV, Smith J, McDonald T, Lyons M. Characteristics of injecting drug users accessing different types of needle and syringe programme or using secondary distribution. *Journal of Public Health*, 2010;32(3):328-335.
- Crawford, ND, Amesty, S, Rivera, AV, HARRIPERSAUD, K, Turner, A and Fuller, CM. Randomized, community-based pharmacy intervention to expand services beyond sale of sterile syringes to injection drug users in pharmacies in New York City. *American Journal of Public Health*, 2013;103(9):1579-1582.
- Deibert RJ, Goldbaum G, Parker TR, Hagan H, Marks R, Hanrahan M, et al. Increased access to unrestricted pharmacy sales of syringes in Seattle-King County, Washington: Structural and individual-level changes, 1996 versus 2003. *American Journal of Public Health*, 2006;96(8):1347-1353.
- Finlinson H, Oliver-Velez D, Deren S, Cant JGH, Colon HM, Robles RR, et al. A longitudinal study of syringe acquisition by Puerto Rican injection drug users in New York and Puerto Rico: Implications for syringe exchange and distribution programs. *Substance Use and Misuse*, 2006;41(9):1313-1336.
- Fisher D, Fenaughty A, Cagle H, Reynolds G. Injection drug users' use of pharmacies for purchasing needles in Anchorage, Alaska. *International Journal of Drug Policy*, 2003;14:381-387.
- Fuller CM, Galea S, Caceres W, Blaney S, Sisco S, Vlahov D. Multilevel community-based intervention to increase access to sterile syringes among injection drug users through pharmacy sales in New York City. *American Journal of Public Health*, 2007;97(1):117-124.
- Gleghorn AA, Gee G, Vlahov D. Pharmacists' attitudes about pharmacy sale of needles/syringes and needle exchange programs in a city without needle/syringe prescription laws. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1998; 18(1):S89-S93.
- Hall S, Matheson C. Barriers to the provision of needle-exchange services: A qualitative study in community pharmacies. *International Journal of Pharmacy Practice*, 2008;16(1):11-16.
- Janulis P. Pharmacy nonprescription syringe distribution and HIV/AIDS: A review. *Journal of the American Pharmacists Association*, 2012;52(6):787-797.
- Junge B, Vlahov D, Riley E, Huettner S, Brown M, Beilenson P. Pharmacy access to sterile syringes for injection drug users: attitudes of participants in a syringe exchange program. *Journal of the American Pharmaceutical Association*, 1999;39(1):17-22.
- Klein A. Points de friction : obstacles à l'accès aux programmes de seringues au Canada; 2007. Toronto: Réseau juridique canadien VIH/sida.
- Khoshnood K, Blankenship KM, Pollack HA, Roan CT, Altice FL. Syringe source, use, and discard among injection-drug users in New Haven, Connecticut. *AIDS & Public Policy Journal*, 2000;15(3-4):88-94.
- Le P, Hotham ED. South Australian rural community pharmacists and the provision of methadone, buprenorphine and injecting equipment. *International Journal of Pharmacy Practice*, 2008;16(3):149-154.
- Leclerc P, Tremblay C & Morissette C. Monitoring des centres d'accès au matériel stérile d'injection. Rapport régional: avril 2007 à mars 2008; 2009. Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Leonard L, Germain A. Ontario Harm Reduction Distribution Program, Final Outcome Evaluation. Université d'Ottawa : avril 2009.
- Lewis BA, Koester SK, Bush TW. Pharmacists' attitudes and concerns regarding syringe sales to injection drug users in Denver, Colorado. *Journal of the American Pharmaceutical Association*, 2002;42(6 Suppl 2):S46-51.
- Lilley G, Mak DB, Fredericks T. Needle and syringe distribution trends in Western Australia, 1990 to 2009. *Drug and Alcohol Review*, 2013;32(3):320-327.

- Lutnick A, Case P, Kral AH. Injection drug users' perspectives on placing HIV prevention and other clinical services in pharmacy settings. *Journal of Urban Health*, 2012;89(2):354-364.
- Lutnick A, Cooper E, Dodson C, Bluthenthal R, Kral AH. Pharmacy syringe purchase test of nonprescription syringe sales in San Francisco and Los Angeles in 2010. *Journal of Urban Health*, 2012;90(2):276-283.
- MacKridge AJ, Scott J. Experiences, attitudes and training needs of pharmacy support staff providing services to drug users in Great Britain: A qualitative study experiences and training needs of UK pharmacy support staff. *Journal of Substance Use*, 2009;14(6):375-384.
- Matheson C, Bond CM, Tinelli M. Community pharmacy harm reduction services for drug misusers: National service delivery and professional attitude development over a decade in Scotland. *Journal of Public Health*, 2007;29(4):350-357.
- McCormick R, Bryant L, Sheridan J, Gonzalez J. New Zealand community pharmacist attitudes toward opioid-dependent clients. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 2006;13(6):563-575.
- Miller CL, Tyndall M, Spittal P, Li K, Palepu A, Schechter MT. Risk-taking behaviours among injecting drug users who obtain syringes from pharmacies, fixed sites, and mobile van needle exchanges. *Journal of Urban Health*, 2002;79(2):257-265.
- Moatti JP, Vlahov D, Feroni I, Perrin V, Obadia Y. Multiple access to sterile syringes for injection drug users: Vending machines, needle exchange programs and legal pharmacy sales in Marseille, France. *European Addiction Research*, 2001;7(1):40-45.
- Myers T, Cockerill R, Worthington C, Millson M & Rankin J. Community pharmacist perspectives on HIV/AIDS and interventions for injection drug users in Canada. *AIDS Care*, 1998;10(6):689-700.
- Nacopoulos AG, Lewtas AJ, Ousterhout MM. Syringe exchange programs: Impact on injection drug users and the role of the pharmacist from a U.S. perspective. *Journal of the American Pharmacists Association*, 2010;50(2):148-157.
- Organisation mondiale de la Santé. Evidence for action: Effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users. Genève : OMS. 2004. Consulté en juin 2013 à : [www.who.int/hiv/pub/prev\\_care/evidenceforactionreprint2004.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/evidenceforactionreprint2004.pdf)
- Palmateer N, Kimber J, Hickman M, Hutchinson S, Rhodes T, Goldberg D. Evidence for the effectiveness of sterile injecting equipment provision in preventing hepatitis C and human immunodeficiency virus transmission among injecting drug users: A review of reviews. *Addiction*, 2010;105(5):844-859.
- Parker J, Jackson L, Dykeman M, Gahagan J, Karabanow J. Access to harm reduction services in Atlantic Canada: Implications for non-urban residents who inject drugs. *Health & Place*, 2012;18:152-162.
- Reich W, Compton WM, Horton JC, Cottler LB, Cunningham-Williams RM, Booth R, et al. Pharmacist ambivalence about sale of syringes to injection drug users. *Journal of the American Pharmaceutical Association*, 2002;42(6 Suppl 2):S52-7.
- Riley ED, Kral AH, Stopka TJ, Garfein RS, Reuckhaus P, Bluthenthal RN. Access to sterile syringes through San Francisco pharmacies and the association with HIV risk behavior among injection drug users. *Journal of Urban Health*, 2010;87(4):534-542.
- Roberts K, Murray HM, Gilmour R. What's the problem? why do some pharmacists provide services to drug users and others won't? *Journal of Substance Use*, 2007 Feb;12(1):13-25.
- Rudolph AE, Crawford ND, Ompad DC, Benjamin EO, Stern RJ, Fuller CM. Comparison of injection drug users accessing syringes from pharmacies, syringe exchange programs, and other syringe sources to inform targeted HIV prevention and intervention strategies. *Journal of the American Pharmacists Association*, 2010;50(2):140-147.
- Samitca S, Huissoud T, Jeannin A, Dubois-Arber F. The role of pharmacies in the care of drug users: What has changed in ten years - the case of a Swiss region. *European Addiction Research*, 2007;13(1):50-56.
- Scott J, Mackridge AJ. Pharmacy support staff involvement in, and attitudes towards, pharmacy-based services for drug misusers. *International Journal of Pharmacy Practice*, 2009;17(6):325-332.
- Sheridan J, Henderson C, Greenhill N, Smith A. Pharmacy-based needle exchange in New Zealand: A review of services. *Harm Reduction Journal*, 2005;2:10.
- Sheridan J, Lovell S, Turnbull P, Parsons J. Pharmacy-based needle exchange (PBNX) schemes in South East England: a survey of service providers. *Addiction*, 2000;95(10):1551-1556.

Société canadienne du sida et Réseau canadien de la réduction des méfaits. Partager nos connaissances : améliorer les programmes et pratiques communautaires de la réduction des méfaits au Canada. 2008.

Strike CJ, Challacombe L, Myers T, Millson M. Needle exchange programs. Delivery and access issues. *Revue canadienne de santé publique*, 2002;93(5):339-343.

Strike CJ, Cavalieri W, Bright R, Myers T, Calzavara L, Millson M. Syringe acquisition, peer exchange and HIV risk. *Contemporary Drug Problems*, 2005;32(2):319-340.

Torre C, Lucas R, Barros H. Syringe exchange in community pharmacies: The Portuguese experience. *International Journal of Drug Policy*, 2010 Nov;21(6):514-517.

Treloar C, Hopwood M, Bryant J. 'Does anyone know where to get fits from around here?' Policy implications for the provision of sterile injecting equipment through pharmacies in Sydney, Australia. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 2010;17(1):72-83.

Watson T, Hughes C. How knowledge, attitudes and relationships influence pharmacists' practices in harm reduction. *Revue des pharmaciens du Canada*, 2012;145(3):124-127.

Weinstein B, Toce P, Katz D, Ryan LL. Peer education of pharmacists and supplying pharmacies with IDU packets to increase injection drug users' access to sterile syringes in Connecticut. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1998;18(Suppl 1): S146-147.

Wood E, Tyndall MW, Spittal PM, Li K, Hogg RS, O'Shaughnessy MV, et al. Needle exchange and difficulty with needle access during an ongoing HIV epidemic. *The International Journal of Drug Policy*, 2002;13(2):95-102.

Zaller N, Jeronimo A, Bratberg J, Case P, Rich JD. Pharmacist and pharmacy staff experiences with non-prescription (NP) sale of syringes and attitudes toward providing HIV prevention services for injection drug users (IDUs) in Providence, RI. *Journal of Urban Health*, 2010;87(6):942-953.

Zaller ND, Yokell MA, Nayak SM, Fu JJ, Bazazi AR, Rich JD. Syringe acquisition experiences and attitudes among injection drug users undergoing short-term opioid detoxification in Massachusetts and Rhode Island. *Journal of Urban Health*, 2012;89(4):659-670.

## Références : Services de proximité par des pairs

BCCDC. Best practices for British Columbia's harm reduction supply distribution program. BC Harm Reduction Strategies and Services Committee; 2008. Consulté en mars 2014 à : [www.bccdc.ca/NR/rdonlyres/17E7A2C8-5070-4A29-9971-55210F781B58/0/BestPractices.pdf](http://www.bccdc.ca/NR/rdonlyres/17E7A2C8-5070-4A29-9971-55210F781B58/0/BestPractices.pdf)

Bryant J, Hopwood M. Secondary exchange of sterile injecting equipment in a high distribution environment: A mixed method analysis in south east Sydney, Australia. *International Journal of Drug Policy*, 2009;20:324-328.

Bryant J, Treloar C. Risk practices and other characteristics of injecting drug users who obtain injecting equipment from pharmacies and personal networks. *International Journal of Drug Policy*, 2006;17:418-424.

Coffin PO, Latka MH, Latkin C, Wu Y, Purcell DW, Metsch L, Gomez C, Gourevitch MN, INSPIRE Study Group. Safe syringe disposal is related to safe syringe access among HIV-positive injection drug users. *AIDS and Behavior*, 2007;11:652-662.

Craine N, Hickman M, Parry JV, Smith J, McDonald T, Lyons M. Characteristics of injecting drug users accessing different types of needles and syringe programme or using secondary distribution. *Journal of Public Health*, 2010;32(3):328-335.

Davidson PJ, Scholar S, Howe M. A GIS-based methodology for improving needle exchange service delivery. *International Journal of Drug Policy*, 2011;22:140-144.

De P, Cox J, Boivin J, Platt RW, Jolly AM. Social network-related risk factors for bloodborne virus infections among injection drug users receiving syringes through secondary exchange. *Journal of Urban Health*, 2007;85(1):77-89.

Des Jarlais DC, McKnight C, Goldblatt C, Purchase D. Doing harm reduction better: Syringe exchange in the United States. *Addiction*, 2009;104:1441-1446.

Drach L, Guernsey J, Maher JE, Rumptz M, Stark M, Pranian K, Casciato, C. Should we move from syringe exchange to distribution? *American Journal of Public Health*, 2011;101(3):389-390.

Fisher DG, Wilson H, Bryant J. Harm reduction knowledge and information exchange among secondary distributors in Sydney, Australia. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 2013;20(1):67-73.

Green TC, Bluthenthal RN, Singer M, Beletsky L, Grau LE, Marshall P, Heimer R. Prevalence and predictors of transitions to and away from syringe exchange use over time in 3 US cities with varied syringe dispensing policies. *Drug and Alcohol Dependence*, 2010;111:74-81.

Hayashi K, Wood E, Wiebe L, Qi J, Kerr T. An external evaluation of a peer-run outreach-based syringe exchange in Vancouver, Canada. *International Journal of Drug Policy*, 2010;21:418-421.

Kuyper L, Kerr T, Li K, Hogg RS, Tyndall MW, Montaner JSG, Wood E. Factors associated with buying and selling syringes among injection drug users in a setting of one of North America's largest syringe exchange programs. *Substance Use and Misuse*, 2006;41(6-7):883-899.

Latkin C, Davey M, Hua W. Social context of needle selling in Baltimore, Maryland. *Substance Use and Misuse*, 2006;41(6-7):901-913.

Lenton S, Bevan J, Lamond T. Threat or opportunity? Secondary exchange in a setting with widespread availability of needles. *Substance Use and Misuse*, 2006;41(6-7):845-864.

Lorvick J, Bluthenthal RN, Scott A, Gilbert ML, Riehm KS, Anderson RL, Flynn NM, Kral AH. Secondary syringe exchange among users of 23 California syringe exchange programs. *Substance Use and Misuse*, 2006;41(6-7):865-882.

Marshall Z, Dechman MK, Minichiello A, Alcock L, Harris GE. Peering into the literature: A systematic review of the roles of people who inject drugs in harm reduction initiatives. *Drug and Alcohol Dependence*, 2015;151:1-14.

OMS. Evidence for action: Effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users. Genève : OMS. 2004. Consulté en juin 2013 à : [www.who.int/hiv/pub/prev\\_care/evidenceforactionreprint2004.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/evidenceforactionreprint2004.pdf)

OMS. Guide to starting and managing needle and syringe programmes. Genève : OMS. 2007. Consulté en décembre 2013 à : [www.who.int/hiv/pub/idu/needleprogram/en/](http://www.who.int/hiv/pub/idu/needleprogram/en/)

Small W, Wood E, Tobin D, Rikley J, Lapushinsky D, Kerr T. The Injection Support Team: A peer-driven program to address unsafe injecting in a Canadian setting. *Substance Use and Misuse*, 2012;47:491-501.

## Références : Machines distributrices de seringues et d'aiguilles

Duplessy C, Reynaud EG. Long-term survey of a syringe-dispensing machine needle exchange program: answering public concerns. *Harm Reduction Journal*, 2014;11:16.

Islam MM, Conigrave KM. Assessing the role of syringe dispensing machines and mobile van outlets in reaching hard-to-reach and high-risk groups of injecting drug users (IDUs): a review. *Harm Reduction Journal*, 2007a;4:14.

Islam MM, Conigrave KM. Syringe vending machines as a form of needle syringe programme: Advantages and disadvantages. *Journal of Substance Use*, 2007b;12(3): 203-212.

Islam MM, Conigrave KM, Stern T. Staff perceptions of syringe dispensing machines in Australia: A pilot study. *Substance Use and Misuse*, 2009;44:490-501.

Islam MM, Stern T, Conigrave KM, Wodak A. Client satisfaction and risk behaviours of the users of syringe dispensing machines: A pilot study. *Drug and Alcohol Review*, 2008;2:13-19.

Islam MM, Wodak A, Conigrave KM. The effectiveness and safety of syringe vending machines as a component of needle syringe programmes in community settings. *International Journal of Drug Policy*, 2008;19:436-441.

Jones L, Pickering L, Sumnall H, McVeigh J, Bellis MA. Optimal provision of needle and syringe programmes for injecting drug users: A systematic review. *International Journal of Drug Policy*, 2010;21:335-342.

Klein A. Points de friction : obstacles à l'accès aux programmes de seringues au Canada; 2007. Toronto: Réseau juridique canadien VIH/sida.

Lilley G, Mak DB, Fredericks T. Needle and syringe distribution trends in Western Australia, 1990 to 2009. *Drug and Alcohol Review*, 2013;32:320-327.

McDonald D. The evaluation of a trial of syringe vending machines in Canberra, Australia. *International Journal of Drug Policy*, 2009;20:336-339.

Moatti JP, Vlahov D, Feroni I, Perrin V, Obadia Y. Multiple access to sterile syringes for injection drug users: vending machines, needle exchange programs and legal pharmacy sales in Marseille, France. *European Addiction Research*, 2001;7(1):40-45.

Obadia Y, Feroni I, Perrin V, Vlahov D, Moatti JP. Syringe vending machines for injection drug users: an experiment in Marseille, France. *American Journal of Public Health*, 1999;89(12):1852-1854.

Organisation mondiale de la Santé. Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Genève. 2004.

Palmateer N, Kimber J, Hickman M, Hutchinson S, Rhodes T, Goldberg D. Evidence for the effectiveness of sterile injecting equipment provision in preventing hepatitis C and human immunodeficiency virus transmission among injecting drug users: A review of reviews. *Addiction*, 2010;105(5):844-859.

Treloar C, Cao W. Barriers to use of needle and syringe programmes in a high drug use area of Sydney, New South Wales. *International Journal of Drug Policy*, 2005;16:308-315.

# 2 Distribution de matériel stérile pour l'injection de stéroïdes anabolisants, l'injection d'hormones, le perçage et/ou le tatouage



**POLITIQUES RECOMMANDÉES POUR DES PRATIQUES EXEMPLAIRES** qui encouragent l'utilisation de matériel stérile pour l'injection de stéroïdes anabolisants et/ou d'hormones ainsi que pour le perçage et le tatouage de la peau, afin de réduire la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite C (VHC), de l'hépatite B (VHB) et d'autres pathogènes, et l'incidence d'autres méfaits pour la santé :

## Distribution de matériel

- Offrir une variété de seringues qui conviennent à l'injection intramusculaire de stéroïdes anabolisants et/ou d'hormones selon les quantités demandées par les clients sans exiger le retour des seringues/aiguilles usagées
- Ne pas imposer de limite sur le nombre de seringues fournies au client par visite (l'échange un contre un n'est pas recommandé)
- Fournir à la fois du matériel d'injection plus sécuritaire préemballé sous forme de trousse (seringues, contenants de dilution et de chauffage, filtres, acide ascorbique au besoin, eau stérile pour l'injection, tampons d'alcool, garrots, condoms et lubrifiant) et du matériel d'injection plus sécuritaire à l'unité (y compris des contenants de récupération pour objets tranchants)
- Évaluer la nécessité de trousses préemballées pour des pratiques plus sécuritaires de perçage et/ou de tatouage.

## Éducation des clients, nouveaux et actuels

- Éduquer les clients sur l'utilisation adéquate des seringues/aiguilles (p. ex., usage unique) et sur les risques liés à l'utilisation de matériel non stérile pour l'injection, le perçage et/ou le tatouage
- Éduquer les clients sur les risques liés au partage de fioles multidoses ou d'ampoules de stéroïdes anabolisants ainsi que sur les risques potentiels associés au partage de matériel de tatouage (p. ex., encre et contenants)
- Encourager les clients à retourner et/ou à éliminer adéquatement les seringues/aiguilles usagées.

## Évaluer les besoins de la communauté et les services offerts

- Évaluer la prévalence des méfaits et la nécessité d'autres mesures d'éducation et d'autres types de matériel pertinent à l'injection de stéroïdes anabolisants et/ou d'hormones ainsi que de perçage et/ou tatouage de la peau
- Déterminer les meilleures façons d'inciter les personnes qui s'injectent des stéroïdes anabolisants et/ou des hormones, en particulier les personnes transgenres, ainsi que les personnes qui pratiquent le perçage et/ou le tatouage de la peau, à utiliser les services de réduction des méfaits, y compris par l'entremise de pairs-intervenants
- Évaluer et publier toute initiative réalisée.

Dans ce chapitre, nous incitons les programmes à envisager de distribuer des seringues de divers calibres, à des fins autres que l'injection intraveineuse de stupéfiants. Nous nous concentrons principalement sur l'injection de stéroïdes anabolisants (Section I) et sur l'injection d'hormones parmi les personnes transgenres (Section II) ainsi que sur les risques associés à chacune de ces pratiques. Nous abordons brièvement le perçage et le tatouage (Section III). Pour une discussion complète et des données probantes concernant

les risques liés à l'injection de drogue, de même que les pratiques exemplaires pour la distribution de seringues et l'élimination plus sécuritaire du matériel d'injection usagé, veuillez consulter les Recommandations de pratiques exemplaires : Partie 1, au chapitre 1 : Distribution de seringues; et au chapitre 9 : Élimination et manipulation de tout matériel qui a servi à consommer des drogues (Strike et al., 2013).

## Section I : Distribution de seringues pour l'injection de stéroïdes anabolisants

### *Description de l'utilisation de stéroïdes anabolisants*

Les stéroïdes anabolisants-androgéniques (communément appelés « stéroïdes anabolisants ») sont des dérivés synthétiques de la testostérone qui favorisent la croissance du muscle squelettique et l'apparition de caractéristiques physiques du sexe masculin; certains suppléments stéroïdaux favorisent également des niveaux plus élevés de testostérone dans le corps (Beel et al., 1998; NIDA, 2006). Les stéroïdes anabolisants peuvent être pris de diverses façons, notamment par injection intramusculaire, par voie orale et par application d'un gel ou d'une crème sur la peau (NIDA, 2006). Diverses raisons peuvent inciter des personnes à utiliser des stéroïdes anabolisants : pour augmenter le volume de leurs muscles, modifier leur apparence physique, augmenter leur force et/ou leur performance sportive, raisons médicales ou autres raisons associées à un travail (Aitken et al., 2002; Beel et al., 1998; Bolding et al., 2002; NIDA, 2006). Les stéroïdes anabolisants sont souvent pris selon un horaire particulier ou de façon cyclique (« cycling »; Grace et al., 2001; NIDA, 2006). Certaines personnes utilisent une combinaison de différents stéroïdes ou substances améliorant la performance (« stacking »); , et/ou augmentent le nombre de stéroïdes ou de doses, jusqu'à un sommet dans le cycle (« pyramiding »; Grace et al., 2001; NIDA, 2006). Il est courant que des stéroïdes anabolisants soient injectés dans les grands groupes de muscles, comme le fessier, les cuisses et les épaules (Aitken et al., 2002; Larance et al., 2008). Les aiguilles utilisées pour l'injection intramusculaire sont habituellement plus grosses que celles qui servent à l'injection (généralement intraveineuse) de stupéfiants. On connaît peu de choses de l'injection d'hormone de croissance humaine dans le cadre d'un régime pour améliorer les performances (Evans-Brown & McVeigh, 2009) et nous n'aborderons pas cette substance.

Des personnes qui s'injectent des stéroïdes anabolisants ont recours à des services de réduction des méfaits comme les programmes de seringues et d'aiguilles (PSA), au Canada, pour se procurer du matériel d'injection (Mandryk & McDougall, 2013; Sirko, 2014). Il y a cependant peu de littérature à ce sujet et nos connaissances sont limitées quant à la fréquence à laquelle les personnes s'injectant des stéroïdes anabolisants utilisent les PSA, au type de matériel qu'elles demandent et à d'autres questions qui sont importantes pour la prestation de services à cette population. Une analyse du contexte, auprès des 36 principaux PSA ontariens a révélé que la plupart des programmes désirent un corpus plus développé de données de recherche, de statistiques locales, de même que des lignes directrices sur la façon de

fournir des services d'utilisation plus sécuritaire de stéroïdes (Programme ontarien de distribution des ressources pour la réduction des méfaits (PODRRM), 2013).

### *Données sur les aiguilles et seringues utilisées pour l'injection de stéroïdes anabolisants comme vecteurs de transmission du VIH, du VHC et du VHB*

En comparaison au nombre de recherches portant sur les personnes qui s'injectent des stupéfiants, peu de choses sont connues des comportements d'injection à risque et des besoins des personnes qui s'injectent des stéroïdes anabolisants. L'injection de stéroïdes anabolisants peut comporter des risques de transmission d'infections hématogènes comme le VIH (voir, p. ex., un cas documenté dans Scott & Scott, 1989) et le VHC, si la seringue, l'aiguille, ou un autre type de matériel pour l'injection est contaminé. Veuillez consulter le chapitre 1 de la Partie 1 (Strike et al., 2013), pour un examen des études concernant l'injection de drogues et les données sur la présence de VIH, de VHC et de VHB dans des seringues et aiguilles, y compris à propos de l'espace mort d'une seringue. Des aiguilles de divers calibres, y compris les calibres plus appropriées pour une injection intramusculaire, sont généralement commandées comme items séparés ou détachables qui ont un espace mort plus grand que dans les seringues à aiguille fixe. En dépit du besoin de recherches plus poussées, il convient de signaler que la quantité de liquide résiduel dans une seringue/ aiguille a des implications pour le risque de transmission, en cas de réutilisation.

### *Incidence et prévalence du VIH, du VHC et du VHB parmi les personnes qui s'injectent des stéroïdes anabolisants au Canada*

Il n'existe pas à l'heure actuelle d'estimations canadiennes et internationales de l'incidence et de la prévalence du VIH, du VHC et du VHB parmi les personnes qui s'injectent des stéroïdes anabolisants.

Comme l'ont décrit Hope et al. (2013), l'Angleterre et le Pays de Galles surveillent le VIH et les hépatites virales parmi les personnes s'injectant des drogues, à l'aide d'un sondage annuel non relié et anonyme. En réponse à des préoccupations croissantes au sujet des personnes qui utilisent des substances améliorant les performances et l'image (SAPI) – les stéroïdes anabolisants étant les plus fréquemment injectés – un sondage ciblé a été réalisé dans le cadre de ce sondage annuel (Hope et al., 2013). Entre mai 2010 et mai 2011, 395 hommes s'injectant des SAPI et recrutés auprès de 19 PSA ont répondu à un questionnaire et donné un échantillon de salive. Dans l'ensemble, 12 % (n=47) des répondants ont reçu un résultat positif à

un ou plusieurs des dépistages effectués, soit l'anti-VIH (seulement 1,5 %), l'anti-VHC et l'anti-HBc (un marqueur de l'infection à VHB); 43 hommes n'avaient qu'un de ces marqueurs et quatre en avaient deux ou plus. Hope et al. (2013) ont signalé qu'en dépit de l'existence de méthodes standard pour le recrutement de personnes s'injectant des drogues, la fiabilité de ces approches pour les personnes s'injectant des SAPI n'est pas clairement démontrée, vu les connaissances limitées sur l'ampleur de ce phénomène et les caractéristiques de cette population. Seulement 4,8 % des participants à l'étude s'étaient déjà injecté des stupéfiants, comme l'héroïne et la cocaïne.

### ***Données sur les comportements d'injection à risque associés à l'injection de stéroïdes anabolisants***

Cette sous-section résume les données disponibles portant sur les comportements à risque associés à l'injection de stéroïdes anabolisants. Le partage de seringues semble bien documenté, mais le partage d'autres types de matériel (en particulier les fioles ou ampoules contenant les stéroïdes anabolisants) et la réutilisation personnelle de seringues pourraient nécessiter une attention particulière des fournisseurs de services et des chercheurs.

Dans leur examen de l'utilisation de stéroïdes anabolisants et des enjeux connexes, Beel et al. (1998) ont signalé que le partage de seringues entre personnes consommant des stéroïdes anabolisants est probablement sous-déclaré, ce qui complique la tâche de déterminer l'ampleur de cette pratique. Néanmoins, des données plus anciennes, tirées d'études étatsuniennes et canadiennes portant sur des élèves de l'école secondaire s'injectant des stéroïdes anabolisants, ont fait état de taux de partage de seringues variant entre 9,1 % et 29,1 % (Beel et al., 1998). Une étude britannique (Morrison, 1994) n'a fait état d'aucun partage de seringue parmi son échantillon de 21 hommes s'injectant des stéroïdes anabolisants, mais certains d'entre eux ont déclaré avoir vu d'autres personnes partager des seringues et des aiguilles. Crampin et al. (1998) ont examiné les données de l'initiative nationale (britannique et galloise) intitulée Unlinked Anonymous HIV Prevalence Monitoring Survey of people who inject drugs. En 1991, aucun des 719 participants s'injectant des drogues n'utilisait de stéroïdes anabolisants par injection. À la fin de la période de l'étude, soit en 1996, 149 participants s'étaient toutefois injecté des stéroïdes anabolisants. L'article n'indique pas clairement si les répondants qui ont déclaré s'injecter des stéroïdes anabolisants s'injectaient également d'autres drogues ou s'en étaient déjà injectés. Des échantillons de salive ont également été soumis à des tests de dépistage; aucune des personnes s'injectant des stéroïdes anabolisants n'avait

d'anticorps anti-VIH et trois avaient l'anti-VHB (prévalence de 2 %). Aucun de ces trois participants n'avait déclaré partager du matériel d'injection. Huit des 134 utilisateurs actifs de stéroïdes ont déclaré « avoir déjà reçu » des seringues ou aiguilles usagées, mais l'étude ne précise pas s'ils les avaient utilisées. Crampin et al. (1998) ont suggéré que les personnes qui s'injectent des stéroïdes anabolisants soient distinguées des autres personnes qui s'injectent des drogues, car elles constituent un groupe différent en ce qui concerne les pratiques d'injection et d'autres caractéristiques.

Une étude cas/témoins sur les comportements à risque pour le VIH et le VHC parmi des utilisateurs de stéroïdes anabolisants du nord-est de l'Angleterre a décelé des taux faibles de comportements à risque associés à l'injection parmi un échantillon d'adeptes masculins de l'entraînement avec des poids (Midgley et al., 2000). L'étude comptait 90 personnes qui ont participé à une entrevue semi-structurée et répondu à un questionnaire; 50 étaient utilisateurs de stéroïdes anabolisants et 40 servaient de témoins pour l'étude. Des utilisateurs de stéroïdes, 47 s'en injectaient au moment de l'étude, deux les prenaient oralement mais s'en étaient déjà injecté dans le passé, et un n'avait jamais eu recours à l'injection. Le nombre médian d'injections de stéroïdes anabolisants par semaine était de 2,93 (écart 0-18) et 15 % s'en injectaient au moins une fois par jour. Les comportements à risque associés à l'injection qui ont été déclarés le plus souvent par les répondants étaient le partage de fioles multidoses (23,4 %) et la division de la substance à l'aide de seringues (17 %). Une personne a déclaré partager du matériel d'injection (son partenaire d'entraînement a utilisé une seringue et une aiguille qu'il avait déjà utilisées) et deux ont déclaré avoir vu d'autres personnes partager du matériel pour s'injecter des stéroïdes anabolisants. Cette étude a également examiné les comportements sexuels à risque, et a conclu que les personnes qui consomment des stéroïdes anabolisants avaient des pratiques sexuelles plus risquées que les personnes faisant partie du groupe témoin.

Dans une autre étude britannique, Grace et al. (2001) ont recruté 106 clients de centres de conditionnement physique, dans trois sites non commerciaux offrant une grande variété d'équipement d'entraînement de poids lourds, dans le sud du Pays de Galles. Cinquante-trois pour cent (tous des hommes) ont déclaré avoir utilisé des stéroïdes anabolisants dans l'année précédente. De ce groupe, 69 % combinaient la prise de stéroïdes anabolisants par voie orale et par injection; 20 % ont déclaré l'injection comme seul mode d'administration; et 11 %, la prise orale uniquement. Vingt pour cent des participants s'étant injecté des stéroïdes anabolisants ont déclaré avoir partagé des seringues avec d'autres personnes, lorsqu'ils n'avaient pas une seringue

neuve à leur disposition. Dans une étude transversale qui a recruté 772 hommes gais et bisexuels, dans six centres de conditionnement physique du centre-ville de Londres, Bolding et al. (2002) ont observé que 15,2 % (n=117) avaient déjà pris des stéroïdes anabolisants et que 11,7 % (n=90) s'en étaient injectés au cours des 12 mois précédents. Des 85 qui s'étaient injectés des stéroïdes anabolisants et qui ont donné de l'information sur leurs pratiques d'injection, 94,1 % ont déclaré utiliser toujours des seringues stériles jetables, alors que 8,2 % ont déclaré avoir parfois réutilisé leur propre seringue. Aucun n'a déclaré avoir partagé de seringue ou d'aiguille, mais deux participants (2,4 %) avaient divisé le contenu d'une fiole multidoses avec au moins une autre personne. Bolding et al. (2002) ont également signalé que la prévalence de l'utilisation de stéroïdes anabolisants était considérablement plus élevée parmi les hommes gais et bisexuels séropositifs pour le VIH (31,7 %) que parmi ceux qui étaient séronégatifs pour le VIH (14,5 %) ou qui n'avaient jamais été dépistés (4,7 %); cette même tendance a été observée également parmi ceux qui s'injectaient les stéroïdes anabolisants (24,6 %, 10,9 %, et 4,1 %, respectivement).

Dans une étude sur la séroprévalence réalisée dans l'État de Victoria, en Australie, utilisant un échantillon de commodité de personnes s'injectant des stéroïdes anabolisants, Aitken et al. (2002) ont signalé que le VHC était beaucoup moins prévalent parmi les utilisateurs de stéroïdes anabolisants que ce qui est habituellement observé chez les personnes qui s'injectent d'autres drogues. Six des 63 échantillons de sang testés (9,5 %) contenaient des anticorps au VHC; 6 des 50 échantillons testés pour le VHB (12,0 %) étaient positifs pour l'anticorps principal au VHB; et aucun ne contenait d'anticorps au VIH. Des 58 participants qui ont rempli un questionnaire, seulement la moitié s'étaient injectés des stéroïdes anabolisants dans le mois précédant l'entrevue. Le nombre médian d'injections de stéroïdes au cours du mois précédent était de 10 (écart 2-50). Aucun participant n'a déclaré s'être injecté des stéroïdes à l'aide d'une seringue déjà utilisée par une autre personne, mais quatre (6,9 %) avaient déjà partagé une seringue pour s'injecter d'autres drogues; et un seul avait donné sa seringue à une autre personne dans les 12 mois précédant l'entrevue. La comparaison des comportements d'injection des personnes ayant reçu un résultat positif au dépistage de l'anticorps au VHC et des autres n'a pas révélé de différence dans les comportements d'injection de stéroïdes. Dans une analyse antérieure des données australiennes, auprès de 127 clients d'un projet d'éducation par les pairs au sujet des stéroïdes – un programme qui offrait également des services spécialisés de distribution de seringues ainsi que la collecte de seringues usagées –, 6 % avaient déjà utilisé la seringue d'une autre

personne pour s'injecter des stéroïdes ou d'autres drogues, 14 % avaient déjà réutilisé leur propre seringue et 15 % s'étaient injectés des stéroïdes ou des drogues venant d'un contenant partagé par plusieurs personnes (Delalande et al., 1998).

Larance et al. (2008) ont collecté des données dans la région de Sydney, Australie, entre janvier et août 2005 auprès de 60 hommes ayant utilisé des stéroïdes anabolisants, de l'hormone de croissance humaine ou des facteurs de croissance apparentés à l'insuline, pour des raisons non médicales, au cours des six mois précédents. Quatre-vingt-treize pour cent des participants avaient pris des SAPI à un moment donné dans leur vie et 68 % ont déclaré s'en être injectés au cours du mois précédent. Seulement 5 % ont déclaré avoir déjà partagé des seringues; un avait partagé des seringues au cours du mois précédent pour s'injecter d'autres drogues illicites. La réutilisation de seringues personnelles était plus répandue (13 %). Soixante-dix-sept pour cent ont déclaré avoir consommé des drogues illicites dans les six mois précédents (le plus souvent des stimulants et du cannabis) et 27 % ont déclaré s'être déjà injectés des drogues illicites.

En général, le taux de partage de seringues parmi les personnes qui s'injectent des stéroïdes anabolisants semble faible. Toutefois, le partage possible de fioles ou d'ampoules contenant les stéroïdes anabolisants constitue un risque de transmission potentiel. Dans l'étude susmentionnée de Hope et al. (2013), 8,9 % des participants ont déclaré avoir déjà partagé une seringue ou une fiole; 6,8 % (n=27) avaient partagé uniquement une fiole, alors que 1,5 % (n=6) avaient partagé une seringue et 0,51 % (n=2) avaient partagé ces deux types de matériel. Larance et al. (2008) ont observé que 29 % de leur échantillon s'était fait des injections de substance prélevée dans une fiole ou un contenant partagé. Dans les discussions sur les risques associés à l'injection avec des personnes qui s'injectent des stéroïdes anabolisants, les employés de programmes de réduction des méfaits devraient souligner que le partage de tout type de matériel pour l'injection comporte un risque de transmission de pathogènes.

L'injection de stéroïdes anabolisants peut causer des ecchymoses et des dommages autour du point d'injection, en particulier si l'aiguille a déjà été utilisée. Les plaies sont vulnérables à des infections bactériennes; le risque d'abcès est également une préoccupation en cas de réutilisation d'aiguilles. Des données montrent que certaines personnes qui s'injectent des stéroïdes anabolisants réutilisent parfois leurs propres seringues; or la pointe de l'aiguille devient de moins en moins affûtée avec chaque utilisation. Aitken et al. (2002) ont signalé qu'étant donné la nécessité d'appliquer

une certaine force pour se faire une injection dans des parties du corps comme le fessier et les épaules, et que ces parties du corps peuvent être difficiles à atteindre, ou imprécises, de telles injections peuvent causer des plaies sanglantes. Une douleur autour du point d'injection peut également se développer (Bolding et al., 2002). Larance et al. (2008) ont signalé que la combinaison d'une aiguille plus grosse et d'une plus grande force nécessaire pour s'injecter peut endommager la peau et les tissus voisins.

### ***Politiques de distribution de seringues pour l'injection de stéroïdes anabolisants***

Des études ont documenté que des personnes qui s'injectent des stéroïdes anabolisants recourent à des PSA (Beel et al., 1998; Crampin et al., 1998; Dunn et al., 2014; Hope et al., 2013; Iversen et al., 2013; Kimergård & McVeigh, 2014; Larance et al., 2008; Morrison, 1994), mais il existe peu de données sur la fréquence de ce recours. Des données d'enquêtes transversales de PSA australiens appuient des témoignages selon lesquels le nombre d'utilisateurs de PSA dans les États de la Nouvelle-Galles du Sud et du Queensland est en hausse (Iversen et al., 2013). Il y a aussi des indications à l'effet que les personnes qui s'injectent des stéroïdes anabolisants sont un groupe difficile à joindre, pour les programmes de réduction des méfaits (Aitken & Delalande, 2002; Larance et al., 2008). Dans une étude qualitative par entrevues auprès de 24 personnes qui utilisent des stéroïdes anabolisants et de neuf fournisseurs de services de l'Angleterre et du Pays de Galles, Kimergård et McVeigh (2014) ont signalé que les personnes qui s'injectent des stéroïdes anabolisants se considèrent comme étant différentes des autres personnes qui s'injectent des drogues. Les auteurs ont affirmé que les personnes qui s'injectent des stéroïdes anabolisants « tendaient à ignorer leurs comportements à risque, ou du moins à les présenter comme étant moins risqués qu'ils le sont en réalité » (p. 5), bien que certains participants aient déclaré des comportements à risque comme la réutilisation de seringues. Le fait de se distinguer des personnes qui consomment des drogues et le stigmate associé à l'injection de drogues pourraient être des obstacles à la fréquentation de PSA ou à l'utilisation de ces services par les personnes qui s'injectent des stéroïdes anabolisants.

Comme nous l'avons mentionné, certaines personnes qui s'injectent des stéroïdes anabolisants peuvent partager du matériel d'injection lorsqu'elles ne disposent pas de suffisamment de matériel (Grace et al., 2001), mais les taux de partage de seringues semblent plus faibles que parmi les personnes qui consomment des stupéfiants par injection intraveineuse. Dans l'étude de Midgley et al. (2000), certains participants ont expliqué lors des entrevues

que les comportements d'injection à risque n'étaient pas aussi répandus parmi les personnes s'injectant des stéroïdes anabolisants parce que du matériel stérile pour l'injection leur est facile d'accès. La majorité des participants à cette étude qui s'injectaient des stéroïdes anabolisants se procuraient leurs seringues auprès de PSA. Larance et al. (2008) ont également observé qu'une majorité (71 %) de participants à leur étude déclaraient se procurer des seringues auprès de PSA (en comparaison avec 14 % en pharmacie, 11 % auprès d'un médecin, 2 % auprès d'amis et 2 % d'autres sources). Plusieurs se procuraient du matériel d'injection auprès de PSA, mais seulement 7 % ont déclaré demander à des PSA de l'information au sujet des SAPI (Larance et al., 2008). Plus souvent, les participants utilisaient Internet ou consultaient des amis, des médecins ou des contacts au centre de conditionnement physique, pour s'informer.

La fourniture de seringues appropriées pour l'injection de stéroïdes anabolisants par les PSA, sans limite quant au nombre distribué (c.-à-d., en quantité permettant que les clients disposent toujours d'une seringue neuve pour chaque injection), est susceptible de favoriser l'utilisation des PSA par les personnes qui s'injectent des stéroïdes anabolisants, et par conséquent d'aider à prévenir la transmission de pathogènes hématogènes parmi celles qui sont à risque. Il existe peu de données empiriques concernant les meilleurs types de seringues pour l'injection de stéroïdes anabolisants; toutefois, le fabricant britannique Exchange Supplies ([www.exchangesupplies.org](http://www.exchangesupplies.org)) recommande des aiguilles de calibre variant entre 21 et 30. Certaines sources communautaires recommandent des aiguilles de calibre de 18 à 25, d'un pouce à un pouce et demi de longueur, pour aspirer et injecter des stéroïdes anabolisants. Il est important d'utiliser des seringues différentes, pour aspirer et pour injecter des stéroïdes anabolisants, puisque, répétons-le, toute réutilisation émousse la pointe de l'aiguille; pour l'injection, l'aiguille devrait toujours être neuve et son bout devrait être pointu. Des aiguilles de calibre 22 ou 23 sont généralement utilisées pour l'injection dans le fessier (Sirko, 2014).

Outre la distribution de seringues et aiguilles, les programmes de réduction des méfaits pourraient considérer la possibilité de distribuer d'autres types de matériel aux personnes qui s'injectent des stéroïdes anabolisants, y compris des fioles de petit volume d'eau stérile. Bien qu'il n'existe aucune littérature spécifique sur cette question, des fournisseurs de services ont indiqué qu'étant donné que certaines personnes reçoivent les stéroïdes sous forme de poudre qui doit être diluée dans de l'eau, la distribution d'eau stérile à ces clients pourrait contribuer à prévenir le partage de sources d'eau pour le mélange et la dissolution. Des tampons d'alcool devraient aussi être distribués pour nettoyer le point

d'injection et les clients devraient également avoir accès à des contenants pour déchets biomédicaux afin de jeter les objets tranchants de façon plus sécuritaire (Sirko, 2014).

Afin de joindre une clientèle qui s'injecte des stéroïdes anabolisants, des initiatives de proximité pourraient être déployées dans des lieux susceptibles d'être fréquentés par cette population, comme les centres de conditionnement physique et de sports. Des pairs significatifs et qui connaissent les enjeux, comme des culturistes ou des entraîneurs, pourraient établir les premiers contacts (Aitken & Delalande, 2002). Ces pairs sont souvent déjà en relations avec les personnes qui s'injectent des stéroïdes et qui ne recourent pas à des PSA. Ils ont habituellement une bonne crédibilité et inspirent confiance. Dans l'étude de Kimergård et McVeigh (2014), tous les participants qui utilisent des stéroïdes anabolisants ont déclaré qu'ils avaient un accès facile à des seringues par le biais de services de réduction des méfaits, mais que la distribution par le travail de proximité dans les centres de conditionnement physique et la distribution secondaire (c.-à-d., entre personnes s'injectant des stéroïdes anabolisants) étaient également des pratiques acceptées. Bien que ces pratiques puissent élargir la portée des services de réduction des méfaits, les fournisseurs de services pourraient s'inquiéter de la perte d'occasions de joindre des groupes vulnérables comme les jeunes qui commencent à utiliser des stéroïdes anabolisants (Kimergård & McVeigh, 2014). Des services spécialisés, comme des cliniques de stéroïdes, peuvent offrir des occasions supplémentaires de distribuer du matériel stérile pour l'injection, en parallèle aux PSA conventionnels. Des personnes qui utilisent des stéroïdes anabolisants pourraient être attirées par des cliniques spécialisées, en particulier si leurs employés ne portent pas de jugements et connaissent très bien le sujet des stéroïdes anabolisants (Kimergård & McVeigh, 2014).

Puisque certaines personnes achètent leurs stéroïdes anabolisants et substances connexes par le biais d'Internet – et y trouvent de l'information (p. ex., dans des forums de culturistes), il pourrait être opportun de développer des services en ligne d'interventions par les pairs. Larance et al. (2008) ont avancé que les personnes qui s'injectent des SAPI ont besoin d'information sur les infections hématogènes et d'autres types, la vaccination contre des hépatites, les techniques d'injection, les procédures d'hygiène (p. ex., le lavage des mains) et la gamme des effets physiques néfastes associés à l'utilisation de SAPI. Ces auteurs ont également suggéré que les conseils sur la réduction des méfaits devraient inclure la considération de facteurs comme le dosage, la fréquence d'utilisation, la diète et l'entraînement, l'utilisation de drogues illicites, les pratiques

sexuelles plus sécuritaires ainsi que la surveillance de la santé mentale et physique. Compte tenu des données existantes au sujet des comportements à risque, les personnes qui s'injectent des stéroïdes anabolisants semblent avoir besoin d'éducation ciblée au sujet de l'injection, des risques de la réutilisation de seringues personnelles ainsi que des risques de transmission de virus hématogènes lors du partage de tout type de matériel d'injection (y compris l'utilisation de fioles ou ampoules multidoses contenant des stéroïdes ou d'autres substances). Plusieurs employés de programmes de réduction des méfaits ont également besoin de formation et d'éducation spécifiques au sujet de l'utilisation de stéroïdes anabolisants et de substances connexes, avant de travailler avec des clients qui s'en injectent. Dunn et al. (2014) ont interviewé 13 travailleurs de PSA dans les États australiens de la Nouvelle-Galles du Sud et du Queensland, à propos de leurs contacts avec des personnes utilisant des stéroïdes anabolisants. Ces intervenants ont exprimé des inquiétudes quant à leur propre niveau de connaissances sur les stéroïdes anabolisants et le matériel nécessaire aux clients; et des inquiétudes également quant à un manque de connaissances parmi les clients. Dunn et al. (2014) ont avancé qu'il pourrait y avoir, dans les stratégies en matière de réduction des méfaits, un besoin de formation des intervenants et de meilleure implication des personnes qui font usage de stéroïdes anabolisants.

Kimergård et McVeigh (2014) ont constaté, dans leur étude, que des fournisseurs de services peuvent avoir des contradictions de points de vue sur les « limites de la réduction des méfaits » pour les personnes qui s'injectent des stéroïdes anabolisants. Alors que les fournisseurs de services faisant partie de leur échantillon s'entendaient sur le caractère essentiel de la distribution de seringues, ils étaient en désaccord sur la quantité d'information que les intervenants devraient donner aux clients au sujet des stéroïdes anabolisants et de leur utilisation, en partie en raison des effets inconnus de la prise de doses élevées de stéroïdes anabolisants sur une longue période.

#### ***Autres méfaits pour la santé associés aux stéroïdes anabolisants***

L'utilisation de stéroïdes anabolisants a été associée à plusieurs effets secondaires importants pour la santé, y compris le risque accru de maladie coronarienne, de caillots et de dommages au foie (Beel et al., 1998; Morrison, 1994; NIDA, 2006). De fait, des examens médicaux périodiques sont importants pour cette population. Cependant, la majeure partie de nos connaissances sur les effets à long terme de l'utilisation de stéroïdes est tirée de rapports de cas, plutôt que d'études épidémiologiques à grande échelle

(NIDA, 2006). L'utilisation de stéroïdes peut avoir des effets réversibles et irréversibles, en raison de modifications à la production d'hormones, y compris la production du sperme et l'atrophie des testicules chez l'homme (NIDA, 2006). Les effets psychologiques associés à l'utilisation de stéroïdes incluent l'agressivité et des symptômes de dépendance, ainsi que de sevrage lorsque l'utilisation cesse (Beel et al., 1998; NIDA, 2006). Dans l'étude de Bolding et al. (2002), les personnes utilisant des stéroïdes anabolisants étaient plus susceptibles que les non-utilisatrices de déclarer avoir eu des pensées suicidaires ou de s'être senties déprimées.

De plus, les personnes qui utilisent des stéroïdes anabolisants peuvent obtenir ces stéroïdes et autres substances du marché noir, par le biais d'Internet ou de sources de la rue (Aitken et al., 2002). Or l'injection de ces substances peut comporter d'autres risques (inconnus) et effets secondaires, et causer d'autres méfaits. Vu l'absence de contrôle de la qualité lors de l'achat de stéroïdes anabolisants par Internet ou dans la rue, on devrait rappeler aux personnes concernées de s'assurer que l'emballage n'a pas été ouvert, d'examiner l'étiquette et la date de péremption, et de vérifier si des débris flottent dans les fioles (Mandryk & McDougall, 2013; Sirko, 2014).

#### ***Ressource additionnelle concernant les stéroïdes anabolisants***

Santé publique Ottawa, document d'information sur les stéroïdes anabolisants; 2013. [http://orders.catie.ca/product\\_info.php?language=fr&products\\_id=26026](http://orders.catie.ca/product_info.php?language=fr&products_id=26026)

## **Section II : Distribution de seringues pour l'injection d'hormones**

### ***Description de l'utilisation d'hormones parmi les personnes transgenres***

Le terme « transgenres » désigne un groupe très diversifié de personnes « qui croisent ou transcendent les catégories de genre définies culturellement » (Bockting et al., 1998). Les personnes transgenres et de genres divers s'identifient habituellement à un genre qui est différent de celui qui leur a été attribué à leur naissance. Il existe de nombreuses expressions et différentes identités sont incluses dans le mot général « transgenres », entre autres les hommes trans, femmes trans, d'homme à femme, de femme à homme, les transsexuel-les, les personnes genderqueer, les personnes de genre neutre et les personnes bispirituelles. Les personnes transgenres peuvent se présenter de diverses manières. Elles peuvent choisir de prendre ou non des thérapies hormonales, de recourir ou non à des chirurgies féminisantes ou virilisantes, ou ne choisir que certaines des options ou interventions médicales qui existent pour une démarche de transition.

Afin de modifier l'apparence physique, des hormones sont prises (par voie orale, d'injection ou transdermique) par certaines personnes transgenres qui souhaitent supprimer des caractéristiques sexuelles secondaires non désirées et/ou susciter et maintenir des caractéristiques sexuelles secondaires désirées (De Santis, 2009; Khobzi Rotondi et al., 2013). Les hormones pour « féminiser » le corps incluent l'œstrogène et la progestérone; la testostérone, pour sa part, est une hormone « virilisante ». Des substances anti-androgènes peuvent également être prises pour bloquer les effets de la testostérone. D'après l'Organisation mondiale de la Santé (2011), « L'injection d'hormones est la pratique la plus couramment utilisée chez les personnes transgenres pour acquérir les caractéristiques physiques de l'autre sexe » (p. 68). Les interventions hormonales devraient être supervisées médicalement; toutefois, certaines personnes transgenres obtiennent des hormones de sources non médicales (OMS, 2011). Les personnes qui s'injectent des hormones se font habituellement des injections intramusculaires (p. ex., dans les cuisses ou le fessier). Certaines personnes peuvent croire que les injections intramusculaires ont de meilleurs effets que la prise orale (Bockting et al., 1998; Edwards et al., 2007). Cependant, la décision quant à l'injection d'hormones peut aussi être fonction des coûts (c.-à-d., les préparations de testostérone injectable sont généralement moins coûteuses) et de la disponibilité. D'autres substances, comme le silicone, peuvent également être injectées afin de modifier certains aspects du corps (c.-à-d., pour renforcer certaines courbes;

Bockting et al., 1998; De Santis, 2009); de telles pratiques sont possiblement peu communes au Canada à l'heure actuelle, mais il est important de les signaler puisqu'elles peuvent comporter des risques additionnels (p. ex., inflammation, infection).

***Données sur les seringues utilisées pour l'injection d'hormones comme vecteurs de transmission du VIH, du VHC et du VHB***

L'injection d'hormones au moyen de seringues usagées peut exposer des personnes à un risque de transmettre ou de contracter le VIH, le VHC, le VHB et d'autres pathogènes. Il existe des données, quoique limitées, qui mettent en relief ce risque associé à l'injection, parmi les personnes transgenres. L'OMS (2011) a recommandé que « Les personnes transgenres qui s'injectent des substances pour acquérir les caractéristiques physiques de l'autre sexe doivent utiliser du matériel d'injection stérile et respecter des pratiques d'injection sans risque pour réduire le risque d'infection par des agents pathogènes véhiculés par le sang comme le VIH, le virus de l'hépatite B et le virus de l'hépatite C » (p. 14). De plus, l'OMS (2011) signale que même s'il « n'existe pas de données permettant de conclure » à une association entre injection d'hormones ou de silicone et infection à VIH, le partage des seringues est possible « dans la mesure où les personnes s'administrent fréquemment elles mêmes ces substances » (p. 69). Veuillez consulter le chapitre 1 de la Partie 1 (Strike et al., 2013), pour un examen des études concernant l'injection de drogues et les données sur la présence de VIH, de VHC et de VHB dans des seringues et aiguilles, y compris à propos de l'espace mort d'une seringue. Des aiguilles de divers calibres, y compris les calibres plus appropriés pour une injection intramusculaire, sont généralement commandées comme items séparés ou détachables qui ont un espace mort plus grand que dans les seringues à aiguille fixe. En dépit du besoin de recherches plus poussées, il convient de signaler que la quantité de liquide résiduel dans une seringue/aiguille a des implications pour le risque de transmission, en cas de réutilisation.

***Incidence et prévalence du VIH, du VHC et du VHB parmi les personnes transgenres et les personnes qui s'injectent des hormones***

Il n'existe pas d'estimations canadiennes de l'incidence et de la prévalence du VIH, du VHC et du VHB parmi les personnes transgenres (Anderson, 2014). Chen et al. (2011) ont signalé que l'information sur le statut transgenres n'est pas consignée, dans le cadre des activités de surveillance nationale du VIH/sida aux États-Unis et que, lorsque des données sur le statut transgenres sont collectées, leur précision dépend de la façon dont la personne se présente

à son médecin. Néanmoins, des études ont démontré que les personnes transgenres sont plus à risque pour la transmission du VIH lors de comportements sexuels, que lors de comportements non sexuels ou associés à l'injection (p. ex., Baral et al., 2013; Bauer et al., 2012; Clements-Nolle et al., 2001; Edwards et al., 2007; Nemoto et al., 1999; OMS, 2011). Baral et al. (2013), par exemple, ont réalisé une méta-analyse comparant l'infection à VIH dans des populations de femmes trans et d'adultes en âge de procréer, dans 15 pays. La prévalence groupée du VIH parmi 11 066 femmes trans, à l'échelle mondiale, était de 19,1 %. Le rapport de cotes pour l'infection à VIH parmi les femmes trans, en comparaison à celle d'autres adultes, était de près de 49 et ne différait pas entre les pays à revenu faible ou moyen et les pays à revenu élevé. D'après l'OMS (2011) « Les rares études épidémiologiques réalisées chez des personnes transgenres ont montré une prévalence et une incidence anormalement élevées de l'infection à VIH, comprises respectivement entre 8 % et 68 %, et entre 3,4 et 7,8 pour 100 personnes années » (p. 9). À l'heure actuelle, la contribution relative de l'injection d'hormones à l'incidence du VIH parmi les personnes transgenres, en comparaison à celle de l'injection de drogues et des comportements sexuels à risques, n'est pas connue et des recherches additionnelles sont nécessaires.

***Données sur les comportements d'injection à risque associés à l'injection d'hormones***

Les données sont limitées au sujet de l'injection d'hormones et des risques associés, parmi les personnes transgenres en contexte canadien. À l'aide des données d'une enquête du projet Trans PULSE (une vaste étude ontarienne sur les personnes transgenres, réalisée en 2009-2010), Bauer et al. (2011) ont signalé que 36,4 % des hommes trans et 6,0 % des femmes trans s'injectaient des hormones; que 0,8 % s'étaient injecté des drogues au cours de l'année précédente; et que trois participants s'étaient déjà injecté du silicone. Deux répondants ont déclaré avoir réutilisé la seringue d'une autre personne. Toujours à partir des données de Trans PULSE, Khobzi Rotondi et al. (2013) ont examiné l'auto-injection d'hormones (DIY). Parmi les 402 participants (sur 433) qui ont fourni de l'information concernant la prise d'hormones, 43 % ont déclaré en utiliser. De ceux-ci, quatre ont déclaré s'auto-injecter des hormones et trois ont déclaré obtenir des seringues ou aiguilles auprès de PSA ou de cabinets de médecins. Selon des témoignages anecdotiques, des personnes transgenres au Canada partagent parfois des fioles contenant des hormones (p. ex., bouteilles de testostérone); si une aiguille contaminée est utilisée pour prélever du liquide d'une fiole partagée, il y a ensuite un risque de transmission de pathogène hématogène (Young, communication personnelle, 2013).

Bockting et al. (1998; 1999) ont développé un programme d'éducation à la prévention du VIH à l'intention des personnes transgenres, à Minneapolis et à St. Paul, Minnesota. La première phase de ce projet consistait à collecter des données auprès de 19 individus transgenres qui ont participé à des groupes de discussion. Le partage de seringues pour l'injection d'hormones a été un des facteurs de risque dont ont parlé les participants. Les personnes trans, femmes ou hommes, peuvent se procurer des hormones dans la rue ou de sources clandestines, et se les administrer sans supervision médicale. Bockting et al. (1998) ont souligné qu'il arrive que des personnes qui achètent des hormones et du silicone de sources clandestines ne se considèrent pas comme étant des personnes qui consomment des drogues, et ne perçoivent donc pas le partage de seringue ou d'aiguille comme étant risqué.

Garofalo et al. (2006) ont sondé un échantillon de commodité de 51 jeunes femmes trans (âgées de 16 à 25 ans) de minorités ethniques, à Chicago. Alors que 61 % ont déclaré utiliser des « hormones féminisantes » comme l'œstrogène – et que 44 % ont déclaré s'injecter des hormones – seulement 29 % recevaient des hormones d'un professionnel de la médecine. Seulement 8 % (n=4) de l'échantillon ont déclaré utiliser des seringues partagées, pour l'injection d'hormones ou de silicone. L'injection de drogues illicites (p. ex, d'héroïne) était peu répandue, dans cet échantillon, mais 29 % ont déclaré s'être déjà injecté du silicone.

Edwards et al. (2007) ont examiné les données d'une enquête annuelle d'évaluation des risques, réalisée en 2004 par le Bureau des politiques et programmes sur le sida du Département des services de santé du comté de Los Angeles. Parmi 2 126 répondants à l'enquête, 96 (4,5 %) se sont identifiés comme transgenres d'homme à femme et 11 (0,5 %) comme personnes transsexuelles d'homme à femme. Les facteurs associés au fait de s'identifier comme transgenres incluaient, entre autres : l'utilisation d'une seringue pour s'injecter des stéroïdes ou des hormones au cours des six mois précédents, l'utilisation d'une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre au cours des six mois précédents, avoir déjà reçu de l'argent en échange de services sexuels, être en situation de logement précaire et avoir déjà été dépisté pour le VIH ou reçu du counselling. Toutefois, la consommation d'héroïne au cours des six mois précédents était inversement associée au fait de s'identifier comme transgenres. Lorsque comparés aux participants non transgenres, ceux qui s'identifiaient comme transgenres étaient considérablement plus susceptibles de s'être fait des injections au moyen d'une seringue usagée; cependant, ils utilisaient des hormones plus souvent et n'étaient pas plus susceptibles que d'autres clients de s'injecter des drogues

illicites. Parmi les participants transgenres, 52 % ont déclaré être séropositifs pour le VIH, en comparaison avec 22 % parmi les non-transgenres. Edwards et al. (2007) ont noté que le questionnaire de l'étude permettait de différencier entre l'injection d'hormones et d'autres substances, et que la recherche devrait maintenir cette distinction.

On connaît beaucoup moins de choses au sujet des hommes trans et de leurs comportements à risque qu'au sujet des femmes trans; d'où la nécessité de recherches additionnelles (De Santis, 2009). Chen et al. (2011) ont examiné les données collectées auprès de 59 hommes trans, à San Francisco, pour décrire leurs facteurs de risque pour le VIH. Dans cette population, les comportements sexuels à risque semblent être plus préoccupants que les risques non sexuels (p. ex., 63 % de cet échantillon a déclaré avoir eu des rapports sexuels réceptifs vaginaux ou anaux sans condom au cours de l'année précédente). Huit pour cent des hommes trans ont déclaré s'être injecté des drogues au cours des douze mois précédents et 5 % avoir partagé des seringues pendant la même période. L'étude ne faisait pas état de l'utilisation d'hormones.

#### ***Politiques de distribution de seringues pour l'injection d'hormones***

La distribution, par les PSA, d'une variété de seringues et d'aiguilles appropriées pour l'injection d'hormones, de pair avec d'autres types de matériel de réduction des méfaits, du matériel de prévention lié à la sexualité ainsi que de l'éducation sur la consommation plus sécuritaire de drogues, favorisera l'utilisation des programmes pour les personnes transgenres. Dans leur étude sur l'auto-injection d'hormones, Khobzi Rotondi et al. (2013) ont souligné la nécessité que les PSA et les médecins « soient flexibles dans la fourniture d'aiguilles adéquates pour des injections intramusculaires » (p. 1835). De plus, il existe un besoin pressant de matériel d'éducation sur la prévention du VIH qui soit positif et inclusif à l'égard des personnes trans, et de véhiculer des attitudes favorables parmi les professionnels médicaux et autres fournisseurs de services (voir Garofalo et al., 2006; Lyons et al., 2015; Namaste, 1999; Underwood, 2008). Le coût et le manque de disponibilité de seringues peuvent exposer les personnes transgenres à des risques pour le VIH et d'autres infections, si elles partagent et réutilisent des seringues pour s'injecter des hormones (Namaste, 1999). Nous savons, à partir d'études sur les PSA, que des politiques limitant le nombre de seringues distribuées limitent également l'efficacité des stratégies de prévention de la transmission du VIH et du VHC (veuillez consulter les études examinées dans le chapitre 1 de la Partie I, Strike et al., 2013). La fourniture, par les PSA, de seringues

appropriées pour l'injection d'hormones, sans limite quant au nombre distribué (c.-à-d., en quantité permettant que les clients disposent toujours d'une seringue neuve pour chaque injection), est susceptible de contribuer à prévenir la transmission du VIH et du VHC ainsi que d'autres méfaits associés à l'injection, parmi les personnes transgenres qui s'injectent des hormones. Il manque de données sur les meilleurs types de seringues pour l'injection d'hormones, mais des sources communautaires recommandent que des aiguilles de calibres différents soient utilisées pour aspirer les hormones et pour les injecter, en raison de la texture visqueuse de la plupart d'entre elles. Un calibre d'aiguille plus grand que 18 peut servir à aspirer les hormones dans la seringue, alors que des calibres de 22 ou 23 peuvent être utilisés pour l'injection intramusculaire. La longueur des aiguilles est également un facteur à considérer; selon leur constitution physique, certaines personnes pourraient avoir besoin, par exemple, d'aiguilles d'un pouce ou d'un pouce et demi de longueur afin d'atteindre le muscle.

Des études ont signalé des taux élevés d'isolement social et de stigmatisation parmi les personnes transgenres, pouvant être accompagnés de détresse psychologique, y compris des difficultés quant à l'identité de genre (p. ex., De Santis, 2009; Garofalo et al., 2006; Lyons et al., 2015; Underwood, 2008). Des données indiquent que de multiples facteurs de stress de la vie, chez les personnes transgenres, peuvent accroître le risque de consommation de substances, y compris de drogues par injection (De Santis, 2009). Cependant, la prévalence d'injection de stupéfiants, comme nous l'avons mentionné, semble peu élevée. Des recherches ont permis d'observer que des personnes transgenres sont également susceptibles d'avoir des comportements sexuels à risque, incluant le travail du sexe (Bauer et al., 2012; De Santis 2009). Certaines personnes transgenres peuvent recourir à des programmes de réduction des méfaits en raison de ces comportements à risque et des besoins connexes. Les programmes pourraient mieux réussir à attirer une clientèle diversifiée de personnes transgenres s'ils offraient du matériel éducatif adapté sur les comportements sexuels plus sécuritaires et sur l'utilisation plus sécuritaire de drogues, en plus de seringues appropriées pour l'injection d'hormones.

### ***Ressources additionnelles et répertoires de programmes concernant les personnes transgenres et leur santé***

Embrase-moi : Guide de sécurisexe pour les femmes trans; 2013. [http://orders.catie.ca/product\\_info.php?language=fr&products\\_id=26024](http://orders.catie.ca/product_info.php?language=fr&products_id=26024)

Site Web de l'Association canadienne des professionnels en santé des personnes transsexuelles (CPATH) : [www.cpath.ca/](http://www.cpath.ca/)

Grant JM, Mottet LA, Tanis J, Harrison J, Herman JL, Keisling M. Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey. National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force; 2011. [www.thetaskforce.org/downloads/reports/reports/ntds\\_full.pdf](http://www.thetaskforce.org/downloads/reports/reports/ntds_full.pdf)

Si t'en veux... le guide des hommes trans et des gars auxquels ils plaisent; 2010. [http://orders.catie.ca/product\\_info.php?cPath=14\\_178&products\\_id=25620](http://orders.catie.ca/product_info.php?cPath=14_178&products_id=25620)

Sherbourne Health Centre. Guidelines and Protocols for Hormone Therapy and Primary Health Care for Trans Clients; 2015. <http://sherbourne.on.ca/wp-content/uploads/2014/02/Guidelines-and-Protocols-for-Comprehensive-Primary-Care-for-Trans-Clients-2015.pdf>

Trans PULSE Resource Guide; 2011. <http://transpulseproject.ca/resources/resource-guide/>

### Section III : Distribution d'aiguilles pour le perçage et le tatouage

Comme pour d'autres types d'aiguilles, celles utilisées pour le perçage et le tatouage peuvent être des vecteurs de VIH, de VHC, de VHB et d'autres pathogènes, lorsqu'elles sont réutilisées ou partagées (p. ex., Armstrong et al., 2007; D'Souza & Foster, 2003; Holbrook et al., 2012; Jafari et al., 2010). Des données font état de risques de transmission du VIH, du VHC et du VHB, pour les personnes qui se font percer des parties du corps ou qui reçoivent des tatouages en prison (p. ex., Crofts et al., 1996; Dolan et al., 1999; Hellard & Aitken, 2004; Hunt & Saab, 2009; Kinner et al., 2012; Samuel et al., 2001; OMS, 2007). La magnitude précise du risque de transmission dans le contexte du perçage et du tatouage n'est pas claire, ni le nombre de programmes de réduction des méfaits au Canada qui fournissent des services et du matériel à la population concernée. La prévalence et les caractéristiques des personnes qui reçoivent des perçages et des tatouages en contexte informel sont inconnues également. Néanmoins, certains programmes locaux de réduction des méfaits rencontrent des clients qui désirent ces services, et ont développé des troussees spécifiques pour le perçage. Celles-ci contiennent du matériel comme des aiguilles de calibre 18.5, des gants, du coton ouate, des pansements, de la gaze, une solution pour les soins après-perçage et des contenants pour l'élimination plus sécuritaire de tout matériel usagé.

Dans le contexte de clients ayant recours à des programmes communautaires de réduction des méfaits, il manque d'études sur les comportements associés au perçage et sur les programmes faisant la promotion de pratiques plus sécuritaires pour le perçage et le tatouage. Cependant, nous recommandons que les programmes appliquent les mesures de précautions universelles (parfois appelées « pratiques courantes»; voir, p. ex., le site Web du Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, pour plus d'information : [www.cchst.ca/oshanswers/prevention/universa.html](http://www.cchst.ca/oshanswers/prevention/universa.html)), en recommandant par exemple que les clients nettoient toujours le point d'injection, ne réutilisent jamais du matériel d'injection, et ne partagent jamais de seringues ou d'autres types de matériel d'injection. De plus, l'encre à tatouage et ses contenants ne devraient jamais être réutilisés ou partagés, puisque l'encre peut également devenir contaminée par des bactéries et d'autres pathogènes, incluant ceux qui peuvent causer des infections cutanées (Centers for Disease Control and Prevention, 2012; LeBlanc et al., 2012). Nous incitons les programmes qui fournissent des services pour le perçage et le tatouage plus sécuritaires à documenter et évaluer de façon plus formelle leurs services et politiques, et à publier ces éléments. Aux lecteurs qui souhaitent des conseils additionnels pour les programmes, nous suggérons de consulter

des recommandations de santé publique publiées dans diverses régions du pays à l'intention des établissements de perçage et de tatouage.

#### **Ressources additionnelles concernant le perçage et le tatouage plus sécuritaires**

Alberta Health Standards and Guidelines for Body and Ear Piercing; 2002. [www.health.alberta.ca/documents/Standards-Body-Ear-Piercing.pdf](http://www.health.alberta.ca/documents/Standards-Body-Ear-Piercing.pdf)

Alberta Health Standards and Guidelines for Tattooing; 2002. [www.health.alberta.ca/documents/Standards-Tattooing.pdf](http://www.health.alberta.ca/documents/Standards-Tattooing.pdf)

Manitoba Health Personal Service Facility Guidelines; 2013. [www.gov.mb.ca/health/publichealth/environmentalhealth/protection/docs/psf\\_guideline.pdf](http://www.gov.mb.ca/health/publichealth/environmentalhealth/protection/docs/psf_guideline.pdf)

Lien à une page de l'agence de santé publique de Toronto, concernant le perçage : [www1.toronto.ca/wps/portal/](http://www1.toronto.ca/wps/portal/)

---

### **Sommaire des données sur la distribution de seringues pour l'injection de stéroïdes anabolisants et l'injection d'hormones; et d'aiguilles pour le perçage et/ou le tatouage**

Les données qui éclairent les trois principales sections de ce chapitre et les recommandations générales sont issues d'un nombre relativement limité d'études. Des études transversales et un ensemble d'autres types d'études ont livré des informations sur les comportements à risque parmi les personnes qui s'injectent des stéroïdes anabolisants. Des études transversales et quelques études qualitatives ont livré des informations sur les comportements à risque parmi les personnes transgenres.

## Références

- Aitken C, Delalande C, Stanton K. Pumping iron, risking infection? Exposure to hepatitis C, hepatitis B and HIV among anabolic-androgenic steroid injectors in Victoria, Australia. *Drug and Alcohol Dependence*, 2002;65:303-308.
- Aitken C, Delalande C. A public health initiative for steroid users in Victoria. *Australian Journal of Primary Health*, 2002;8(2):21-23.
- Anderson S. La prévention du VIH et les personnes trans : que peut nous apprendre le projet Trans PULSE?. Point de mire sur la prévention. Printemps 2014. Consulté en mai 2015 à <http://www.catie.ca/fr/pdm/printemps-2014/prevention-vih-les-personnes-trans-peut-nous-apprendre-projet-trans-pulse>.
- Armstrong ML, Koch JR, Saunders JC, Roberts AE, Owen DC. The hole picture: Risks, decision making, purpose, regulations, and the future of body piercing. *Clinics in Dermatology*, 2007 Jul-Aug;25(4):398-406.
- Baral SD, Poteat T, Strömdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 2013;13:214-222.
- Bauer G, Redman N, Hammond R, Travers R, Coleman T, for the Trans PULSE Project Team. HIV-related risk and HIV testing in trans people in Ontario, Canada: Trans PULSE Project. September 2011. Consulté en octobre 2013 à <http://transpulseproject.ca/research/hiv-related-risk-and-hiv-testing-in-trans-people-in-ontario-canada-trans-pulse-project/>
- Bauer GR, Travers R, Scanlon K, Coleman TA. High heterogeneity of HIV-related sexual risk among transgender people in Ontario, Canada: a province-wide respondent-driven sampling survey. *BMC Public Health*, 2012:292.
- Beel A, Maycock B, Mclean N. Current perspectives on anabolic steroids. *Drug and Alcohol Review*, 1998;17(1):87-103.
- Bockting WO, Robinson BE, Rosser BRS. Transgender HIV prevention: a qualitative needs assessment. *AIDS Care*, 1998;10(4):505-526.
- Bockting WO, Rosser BR, Scheltema K. Transgender HIV prevention: implementation and evaluation of a workshop. *Health Education Research*, 1999 Apr;14(2):177-183.
- Bolding G, Sherr L, Elford J. Use of anabolic steroids and associated health risks among gay men attending London gyms. *Addiction*, 2002;97:195-203.
- Centers for Disease Control and Prevention. Tattoo-associated nontuberculous Mycobacterial skin infections – multiple states, 2011-2012. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2012;61(33):653-656.
- Chen S, McFarland W, Thompson HM, Raymond H. Transmen in San Francisco: What do we know from HIV test site data? *AIDS and Behavior*, 2011 Apr;15(3):659-662.
- Clements-Nolle K, Marx R, Guzman R, Katz MH. HIV prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgender persons: implications for public health intervention. *American Journal of Public Health*, 2001 Jun;91(6):915-921.
- Crampin AC, Lamagni TL, Hope VD, Newham JA, Lewis KM, Parry JV, Gill ON. The risk of infection with HIV and hepatitis B in individuals who inject steroids in England and Wales. *Epidemiology and Infection*, 1998 Oct;121(2):381-386.
- Crofts N, Thompson S, Wale E, Hernberger F. Risk behaviours for blood-borne viruses in a Victorian prison. *Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 1996;29(1):20-28.
- D'Souza R, Foster GR. Transmission of hepatitis C: An overview. *International Journal of Medicine*, 2003;5(4):232-234.
- De Santis JP. HIV infection risk factors among male-to-female transgender persons: A review of the literature. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 2009;20(5):362-372.
- Delalande C, Aitken CK, Mercuri P, Stanton K. Risky practices among people who inject steroids. *Medical Journal of Australia*, 1998;169(1):62.
- Dolan K, Wodak A, Hall W. HIV risk behaviour and prevention in prison: A bleach programme for inmates in NSW. *Drug and Alcohol Review*, 1999;18(2):139-143.
- Dunn M, McKay FH, Iversen J. Steroid users and the unique challenge they pose to needle and syringe program workers. *Drug and Alcohol Review*, 2014 Jan;33(1):71-77.
- Edwards JW, Fisher DG, Reynolds GL. Male-to-female transgender and transsexual clients of HIV service programs in Los Angeles County, California. *American Journal of Public Health*, 2007 Jun;97(6):1030-1033.

- Evans-Brown M, McVeigh J. Injecting human growth hormone as a performance-enhancing drug -- perspectives from the United Kingdom. *Journal of Substance Use*, 2009;14(5):267-288.
- Garofalo R, Deleon J, Osmer E, Doll M, Harper GW. Overlooked, misunderstood and at-risk: exploring the lives and HIV risk of ethnic minority male-to-female transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 2006 Mar;38(3):230-6.
- Grace F, Baker J, Davies B. Anabolic androgenic steroid use in recreational gym users: a regional sample of the Mid-Glamorgan area. *Journal of Substance Use*, 2001;6(3):189-195.
- Hellard ME, Aitken CK. HIV in prison: What are the risks and what can be done? *Sexual Health*, 2004;1(2):107-113.
- Holbrook J, Minocha J, Laumann A. Body piercing: Complications and prevention of health risks. *American Journal of Clinical Dermatology*, 2012 Feb;13(1):1-17.
- Hope V, McVeigh J, Marongiu A, Evans-Brown M, Smith J, Kimergard A, Croxford S, Beynon CM, Parry JV, Bellis MA, Ncube F. Prevalence of, and risk factors for, human immunodeficiency virus, hepatitis B and hepatitis C infections among men who inject image- and performance-enhancing drugs in England & Wales. *HIV Medicine*, 2013 Apr;14:2.
- Hunt DR, Saab S. Viral hepatitis in incarcerated adults: A medical and public health concern. *American Journal of Gastroenterology*, 2009;104(4):1024-1031.
- Iversen J, Topp L, Wand H, Maher L. Are people who inject performance and image-enhancing drugs an increasing population of Needle and Syringe Program attendees? *Drug and Alcohol Review*, 2013;32(2):205-207.
- Jafari S, Copes R, Baharlou S, Etminan M, Buxton J. Tattooing and the risk of transmission of hepatitis C: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Infectious Diseases*, 2010 Nov;14(11):e928-40.
- Kayser B, Mauron A, Miah A. Current anti-doping policy: A critical appraisal. *BMC Medical Ethics*, 2007 Mar;8:2.
- Khobzi Rotondi NK, Bauer GR, Scanlon K, Kaay M, Travers R, Travers A. Nonprescribed hormone use and self-performed surgeries: "do-it-yourself" transitions in transgender communities in Ontario, Canada. *American Journal of Public Health*, 2013 Oct;103(10):1830-1836.
- Kimergård A, McVeigh J. Variability and dilemmas in harm reduction for anabolic steroid users in the UK: A multi-area interview study. *Harm Reduction Journal*, 2014;11:19
- Kinner SA, Jenkinson R, Gouillou M, Milloy MJ. High-risk drug-use practices among a large sample of Australian prisoners. *Drug and Alcohol Dependence*, 2012;126(1-2):156-160.
- Larance B, Degenhardt L, Copeland J, Dillon P. Injecting risk behaviour and related harm among men who use performance- and image-enhancing drugs. *Drug and Alcohol Review*, 2008 Nov;27(6):679-686.
- LeBlanc PM, Hollinger KA, Klontz KC. Tattoo ink-related infections – awareness, diagnosis, reporting, and prevention. *New England Journal of Medicine*, 2012;367(11):985-987.
- Lyons T, Shannon K, Pierre L, Small W, Krüsi A, Kerr T. A qualitative study of transgender individuals' experiences in residential addiction treatment settings: Stigma and inclusivity. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2015;10:17.
- Mandryk K, McDougall C. Safer steroid use: Making NEPs user friendly for people who inject steroids. February 2013. Consulté en avril 2014 à [www.ohrdp.ca/wp-content/uploads/pdf/2013Mandryk.pdf](http://www.ohrdp.ca/wp-content/uploads/pdf/2013Mandryk.pdf)
- Midgley SJ, Heather N, Best D, Henderson D, McCarthy S, Davies JB. Risk behaviours for HIV and hepatitis infection among anabolic-androgenic steroid users. *AIDS Care*, 2000;12:163-170.
- Morrison CL. Anabolic steroid users identified by needle and syringe exchange contact. *Drug and Alcohol Dependence*, 1994;36(2):153-155.
- Namaste VK. HIV/AIDS and female to male transsexuals and transvestites: Results from a needs assessment in Quebec. *International Journal of Transgenderism*, 1999;3(1-2).
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). Anabolic steroid abuse. NIDA Research Report Series. August 2006. Consulté en décembre 2013 à [www.drugabuse.gov/sites/default/files/rrsteroids\\_0.pdf](http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/rrsteroids_0.pdf)
- Nemoto T, Luke D, Mamo L, Ching A, Patria J. HIV risk behaviours among male-to-female transgenders in comparison with homosexual or bisexual males and heterosexual females. *AIDS Care*, 1999 Jun;11(3):297-312.

Organisation mondiale de la Santé. Health in prisons: A WHO guide to the essentials in prison health. 2007. Consulté en septembre 2014 à [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/99018/E90174.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf)

Organisation mondiale de la Santé. Prévention et traitement de l'infection à VIH et des infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les personnes transgenres : Recommandations pour une approche de santé publique. 2011. Consulté en octobre 2013 à [http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/msm\\_guidelines2011/fr/](http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/msm_guidelines2011/fr/)

Programme ontarien de distribution des ressources pour la réduction des méfaits. Environmental scan, 2013. Consulté en avril 2014 à [www.ohrdp.ca/wp-content/uploads/pdf/EnvironmentalScan2013-FINAL.pdf](http://www.ohrdp.ca/wp-content/uploads/pdf/EnvironmentalScan2013-FINAL.pdf)

Samuel MC, Doherty PM, Bulterys M, Jenison SA. Association between heroin use, needle sharing and tattoos received in prison with hepatitis B and C positivity among street-recruited injecting drug users in New Mexico, USA. *Epidemiology and Infection*, 2001 Dec;127(3):475-484.

Scott MJ, Scott MJ Jr. HIV infection associated with injections of anabolic steroids. *JAMA*, 1989 Jul;262(2):207-208.

Sirko AM. Steroid use 101. Janvier 2014. Consulté en avril 2014 à [www.ohrdp.ca/wp-content/uploads/pdf/2014Steroids-Sirko.pdf](http://www.ohrdp.ca/wp-content/uploads/pdf/2014Steroids-Sirko.pdf)

Strike C, Hopkins S, Watson TM, Gohil H, Leece P, Young S, Buxton J, Challacombe L, Demel G, Heywood D, Lampkin H, Leonard L, Lebounga Vouma J, Lockie L, Millson P, Morissette C, Nielsen D, Petersen D, Tzemis D, Zurba N. Recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes canadiens de réduction des méfaits auprès des personnes qui consomment des drogues et qui sont à risque pour le VIH, le VHC et d'autres méfaits pour la santé – Partie 1. 2013. Consulté en août 2013 à [www.catie.ca/fr/programmation/meilleures-pratiques-reduction-mefaits](http://www.catie.ca/fr/programmation/meilleures-pratiques-reduction-mefaits)

Underwood N. Trans Canada. 2008. Consulté en décembre 2013 à [www.catie.ca/fr/visionpositive/printemps-2008/transcanada](http://www.catie.ca/fr/visionpositive/printemps-2008/transcanada)

# 3 Distribution de papier métallique



**ACTIVITÉS RECOMMANDÉES** pour évaluer la nécessité de distribuer des feuilles de papier métallique pour l'inhalation plus sécuritaire d'héroïne et d'autres drogues :

- Estimer la prévalence de l'inhalation d'héroïne et les méfaits associés à l'inhalation, dans la communauté
- Cerner la meilleure façon d'amener les personnes qui inhalent de l'héroïne à utiliser les services de réduction des méfaits
- Évaluer le degré d'appui à la distribution de feuilles de papier métallique pour l'inhalation plus sécuritaire d'héroïne, parmi les personnes qui consomment des drogues
- Évaluer les besoins d'éducation et d'accès à d'autres types de matériel, dans cette population
- Obtenir une opinion juridique concernant la distribution de feuilles de papier métallique pour l'inhalation plus sécuritaire
- Évaluer et publier toute initiative réalisée.

## Fondement de la distribution de papier métallique

Au moment où nous rédigeons le présent document, les programmes canadiens de réduction des méfaits ne distribuaient pas de feuilles de papier métallique pour l'inhalation plus sécuritaire d'héroïne ou d'autres drogues. Ce bref chapitre décrit les données qui sont disponibles, quoique limitées, pour aider les programmes à déterminer si la distribution de feuilles de papier métallique à leurs clients peut réduire des méfaits dans leur communauté. Contrairement aux types de matériel conseillés pour la consommation de drogues dans les Recommandations de pratiques exemplaires : Partie 1 (Strike et al., 2013), la distribution de papier métallique n'est pas considérée comme une intervention de prévention directe pour le VIH, l'hépatite C (VHC), l'hépatite B (VHB) et d'autres infections transmissibles par le sang. Comme nous l'expliquons plus en détail ci-dessous, la distribution de papier métallique est plutôt proposée comme une intervention pour la transition dans le mode d'administration de la drogue – ce que Stillwell et al. (2005) définissent comme « une transition temporaire ou permanente dans la manière d'ingérer une drogue. Les interventions de transition développées à ce jour visent soit à prévenir l'injection de drogues, soit à détourner des individus de sa pratique » (p. 4). Malgré leur attrait a priori, il existe peu de données probantes concernant l'efficacité de ces interventions; de plus, l'inhalation de drogues comporte d'autres risques, comme nous le verrons ci-dessous.

Il est possible d'inhaler diverses drogues sur du papier métallique du commerce, mais la possibilité que celui-ci soit enduit d'huile à friture ou d'huile végétale soulève des préoccupations. Bien qu'aucune donnée n'indique qu'un tel enduit sur du papier métallique du commerce constitue un risque pour la santé, des personnes qui inhalent de

l'héroïne pourraient désirer un papier sans enduit (Pizzey & Hunt, 2008). Des paquets spécialement conçus de feuilles de papier métallique sont disponibles auprès d'Exchange Supplies ([www.exchangesupplies.org](http://www.exchangesupplies.org)). Ce fabricant du Royaume-Uni offre des paquets (de 20 ou 50 feuilles) de papier métallique 100 % aluminium emballé sous film rétractable; les feuilles mesurent 200 mm x 125 mm. De plus, Exchange Supplies a produit un guide graphique intitulé « Smoking Brown », qui décrit étape par étape comment préparer le papier métallique (c.-à-d. pour en faire des « tubes à aspirer » [tooter tubes] et des « carrés de chauffage » [chase foil]), de même qu'une vidéo montrant comment fabriquer des pipes en papier métallique ([www.youtube.com/watch?v=qRhrtCcbowE](http://www.youtube.com/watch?v=qRhrtCcbowE)).

## Description de la méthode d'inhalation de l'héroïne et d'autres drogues à l'aide de feuilles de papier métallique

Du papier d'aluminium est utilisé pour inhaler certaines drogues qui produisent des vapeurs lorsqu'on les chauffe, comme l'héroïne brune, le crack, la méthamphétamine et d'autres drogues illégales, de même que certains médicaments comme l'oxycodone. Des médicaments sous forme de comprimés comme des opiacés d'ordonnance peuvent être réduits en poudre, puis placés sur le papier métallique, au-dessus d'une flamme; les vapeurs sont ensuite dirigées et inhalées au moyen d'un tube ou d'un instrument cylindrique (p. ex., une paille). Le tube (ou la « pipe ») peut aussi être fabriqué avec des morceaux de papier métallique. L'inhalation d'héroïne de cette façon est couramment désignée par l'expression anglaise « chasing the dragon », une pratique qui a vu le jour à Hong Kong dans les années 1950 (bien que d'anciennes formes d'inhalation

d'héroïne aient été retracées en Asie dans les années 1920; Strang et al., 1997). Cette pratique s'est ensuite étendue à d'autres régions de l'Asie du Sud-Est, au sous-continent indien et à des régions de l'Europe, notamment aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et à l'Espagne, en plus d'effectuer une mince percée aux États-Unis (Strang et al., 1997). Aux Pays-Bas, des études épidémiologiques ont révélé qu'il s'agit de la principale méthode de consommation de l'héroïne (Hartgers et al., 1991; van Ameijden & Coutinho, 2001).

Les tendances dans les usages de drogues évoluent au fil du temps, selon l'endroit et en fonction de divers facteurs comme les drogues disponibles et les attitudes à l'égard de certaines drogues et des risques connexes. Strang et al. (1997) ont noté que la pratique du « chasing » a gagné en popularité dans diverses régions du monde lorsque l'héroïne est devenue plus répandue dans sa forme de base. L'héroïne de base convient au chauffage puisqu'elle « fond sans se décomposer » (Strang et al., 1997, p. 679) à une température plus basse que le chlorhydrate d'héroïne, qui est plus soluble dans l'eau et se prête mieux à l'injection. Certaines personnes choisissent de ne pas s'injecter d'héroïne ou préfèrent l'inhaler parce qu'elles n'aiment pas les aiguilles et/ou sont préoccupées par les risques liés à l'injection, comme la dépendance, la surdose, l'infection ou les dommages à la peau et aux veines (Stillwell et al., 2005). Des personnes qui consomment des drogues ont également des préoccupations spécifiques à l'inhalation d'héroïne, comme la possibilité d'un effet moins intense, la nocivité (p. ex., dommages aux poumons) et d'autres expériences désagréables (p. ex., nausée, odeur de l'héroïne inhalée; Pizzey & Hunt, 2008; Stillwell et al., 2005). Toutefois, l'absorption de l'héroïne par les poumons est rapide et des estimations de la biodisponibilité indiquent que cette méthode d'administration est relativement efficace (Klous et al., 2006; Rook et al., 2006a, 2006b).

### **Données concernant les risques liés à l'inhalation d'héroïne**

Les problèmes pulmonaires et respiratoires font partie des risques associés à l'inhalation de drogues; il existe toutefois des lacunes dans nos connaissances sur les risques liés à l'inhalation d'héroïne. Selon Pizzey and Hunt (2008) :

*L'inhalation d'héroïne n'est pas sans méfaits. Elle crée certainement une dépendance et est associée (à long terme) à des problèmes de santé respiratoire, mais la recherche n'a pas encore quantifié adéquatement ces risques ou ne les a pas distingués de facteurs confondants qui sont répandus chez les utilisateurs d'héroïne, comme l'inhalation de tabac et de cannabis.*

*Le risque de surdose est certes réduit lorsque l'héroïne est inhalée, mais il n'est pas éliminé.*

Boto de los Bueis et al. (2002) ont analysé des données auto-déclarées sur le comportement et la fonction pulmonaire de personnes (n=62) recrutées dans un centre de réadaptation en dépendance qui inhalaient de l'héroïne mélangée à de la cocaïne sur du papier métallique. Dans cet échantillon, 41,9 % des individus ont déclaré des sibilances (sifflements respiratoires) dans les 12 mois précédents; 44,4 % ont déclaré une hyperréactivité bronchique (HRB); et 22 %, de l'asthme. Ces taux d'HRB et d'asthme étaient considérablement supérieurs à ceux mesurés dans un groupe témoin de 122 personnes sélectionnées au hasard dans la population générale et qui n'inhalaient pas de mélange d'héroïne et de cocaïne. Dans une étude épidémiologique prospective, Mientjes et al. (1996) ont signalé que l'inhalation d'héroïne était un facteur de risque pour la pneumonie parmi un échantillon de personnes séronégatives au VIH consommant des drogues, mais qu'elle ne semblait pas être un facteur de risque parmi les personnes séropositives au VIH.

En ce qui concerne les autres méfaits liés à la santé, la leucoencéphalopathie est une maladie affectant la matière blanche du cerveau qui peut avoir des effets sur les fonctions motrices, sensorielles, visuelles, cognitives et émotionnelles. Même si le lien entre la leucoencéphalopathie toxique et l'inhalation d'héroïne est reconnu depuis longtemps, des recherches supplémentaires sur l'étiologie sont requises (Buxton et al., 2011). Sur 27 cas de leucoencéphalopathie associée à l'héroïne, décelés entre 2001 et 2006 à Victoria et Vancouver, 13 se sont avérés mortels (Buxton et al., 2011). Les auteurs ont obtenu des renseignements sur les antécédents de consommation de drogues pour 18 (67 %) de ces cas; la consommation d'autres drogues illégales (p. ex., cocaïne, marijuana) a été rapportée et, dans trois cas identifiés à Victoria, l'inhalation d'héroïne était la seule consommation de drogues illégales déclarée. Par ailleurs, dans une lettre aux éditeurs, Nyffeler et al. (2003) ont fait état d'une étude de cas indiquant que la myélopathie chronique progressive est une anomalie neurologique associée à la pratique de « chasing the dragon ».

### **Données concernant les risques liés à l'inhalation avec du papier métallique**

Peu de recherches ont documenté les risques potentiels pour la santé associés à l'utilisation de papier d'aluminium pour inhaler des drogues comme l'héroïne. Toutefois, l'aluminium est une neurotoxine (Exley et al., 1996) qui pourrait être volatilisée et inhalée, dans le contexte de l'inhalation de drogues (Exley et al., 2007) – ce qui pourrait

conduire à une accumulation d'aluminium dans le corps. Exley et al. (2007) ont examiné des échantillons d'urine d'utilisateurs d'héroïne actuels et antérieurs (c.-à-d. qui n'avaient pas utilisé d'héroïne depuis au moins trois mois) et les ont comparés aux échantillons de personnes qui ne consomment pas de drogues. Le registre des valeurs de la concentration en aluminium dans l'urine était étendu, mais les valeurs pour les utilisateurs d'héroïne actuels et antérieurs étaient significativement plus élevées ( $p < 0,001$ ) que celles du groupe témoin. Dans leur étude en laboratoire, Brenneisen et Hasler (2002) ont chauffé des échantillons d'héroïne de la rue sur des papiers métalliques à 250 et 400 degrés Celsius, puis analysé les vapeurs. Ils y ont détecté 72 produits de la décomposition thermique de l'héroïne de la rue, résidus de papiers métalliques, autres sous-produits et adultérants, mais seulement environ la moitié de ces produits étaient identifiables. Une fois de plus, des recherches supplémentaires sont requises pour identifier les sous-produits de l'inhalation et déterminer les risques spécifiques de santé associés à l'utilisation de papier métallique pour inhaler des drogues.

En dépit de l'absence de littérature à propos du partage de tubes ou de pipes en papier métallique pour diriger les vapeurs lors du « chasing », en théorie ce matériel peut être partagé, comme d'autres types de pipes. S'il y a partage, celui-ci pourrait comporter un risque de transmission de pathogènes. (Pour une discussion complète sur les risques associés au partage de matériel pour l'inhalation, veuillez consulter les Recommandations de pratiques exemplaires : Partie 1, chapitre 8 : Distribution de matériel plus sécuritaire pour fumer le crack-cocaïne.) Les fournisseurs de services devraient envisager d'aborder cet enjeu avec leurs clients qui pourraient inhaler des drogues sur du papier métallique ou qui le font, et ils devraient conseiller à chaque personne d'utiliser son propre matériel pour l'inhalation.

Des fournisseurs de services ont indiqué que certains clients utilisent du papier aluminium de façons différentes pour inhaler des drogues (p. ex., comme matériel à filtre dans une pipe ou un bong (ou « pipe à eau ») de fabrication artisanale; Augustine, communication personnelle, 2013). Même si nous n'avons pas repéré de littérature spécifique à cet enjeu, il existe une préoccupation liée aux préjudices pour la santé pouvant résulter de la combustion ou du bris de tels dispositifs. (Nous dirigeons de nouveau le lecteur vers les Recommandations de pratiques exemplaires : Partie 1, chapitre 8, pour plus d'information sur l'inhalation de drogues au moyen d'instruments de fabrication artisanale.)

## Distribution de feuilles de papier métallique

On note un besoin d'évaluations des résultats de la distribution de feuilles de papier métallique par des programmes de réduction des méfaits. Dans l'une des deux évaluations publiées que nous avons repérées, Pizzey et Hunt (2008) ont examiné une initiative de distribution de papier métallique impliquant quatre programmes de seringues et aiguilles (PSA) dans le sud-ouest de l'Angleterre. Les programmes offraient des paquets de 50 feuilles de papier métallique. Pendant l'étude (réalisée entre 2006 et 2007), 320 personnes utilisant des opiacés ont fréquenté les PSA, pour un total de 1 672 visites; 174 (54 %) des visiteurs de tous les sites ont choisi de prendre des paquets de papier métallique. Toutefois, ce nombre pourrait sous-estimer la demande potentielle de papier métallique puisque les clients qui se présentaient pour d'autres « priorités cliniques » ne s'en voyaient pas offrir. De plus, les employés ciblaient les personnes qui s'injectent dans la région fémorale et celles qui déclaraient des problèmes liés à l'injection. La première fois qu'on remettait du papier métallique à un client, on lui demandait de remplir un questionnaire, et des données de suivi étaient collectées à son retour au PSA. Les données ci-dessous ont été obtenues auprès de 48 clients qui avaient déjà inhalé de l'héroïne (et certains qui s'en étaient déjà injecté) : tous les clients sauf deux ( $n=46$ ) ont utilisé le papier métallique et 85 % ( $n=41$ ) ont pratiqué le « chasing » à une ou plusieurs occasions où ils se seraient autrement fait une injection. La fréquence d'utilisation du papier métallique variait considérablement et était souvent intermittente, mais la plupart de ceux qui ont utilisé le papier métallique ont déclaré qu'il avait conduit au remplacement au moins partiel de l'injection par l'inhalation. Les 48 individus de l'échantillon de suivi convenaient que la disponibilité de papier métallique est un ajout utile aux services des PSA.

Pizzey et Hunt (2008) ont également signalé que certaines personnes pourraient ne pas avoir accès à du papier métallique hors des PSA, en raison d'un manque d'argent, de désagréments et/ou de l'embarras lié à l'achat de papier métallique dans un commerce. Parmi les clients qui ne voulaient pas essayer le papier métallique initialement, certains en ont fait l'essai plus tard, par exemple en amorçant un traitement ou en voulant éviter l'injection. Certains clients ont donné du papier métallique à d'autres personnes qui s'injectent des drogues et à des personnes qui pratiquent le « chasing ». Pendant l'étude, 32 nouveaux clients ont visité les PSA pour se procurer du papier métallique. Ce résultat porte à croire qu'en offrant des feuilles de papier métallique, les programmes pourraient attirer de nouveaux clients, y

compris des utilisateurs d'héroïne qui ne se l'injectent pas, et les impliquer dans différents services sociaux et de santé. Enfin, Pizzey et Hunt (2008) ont constaté que la plupart des commentaires à propos des paquets de feuilles de papier métallique étaient positifs, notamment en ce qui concerne l'épaisseur et la taille des feuilles.

Dans une évaluation préliminaire plus récente, Stöver et Schäffer (2014) ont examiné le projet « SMOKE-IT! », une intervention et une enquête réalisées dans plusieurs salles de consommation de drogues (SCD) en Allemagne. Des personnes qui utilisent de l'héroïne ont été invitées à prendre des paquets de papier métallique et à répondre à des questionnaires à trois moments différents : immédiatement après le recrutement (177 questionnaires reçus, 12 personnes ayant refusé le papier métallique), après avoir utilisé le papier métallique ou être retourné au centre (141 entrevues répétées) puis au moins 30 jours après la réponse au deuxième questionnaire (89 entrevues répétées). L'injection intraveineuse d'héroïne était répandue dans l'échantillon (pratiquée en moyenne depuis 10,4 ans), mais la majorité des participants qui ont reçu un paquet « SMOKE-IT! » étaient également familiarisés avec l'inhalation comme méthode d'administration de l'héroïne. Près de la moitié (45,4 %) a déclaré inhaler de l'héroïne au moins une fois par jour, et 72,4 %, plusieurs fois par semaine. Le degré élevé de familiarisation avec l'inhalation d'héroïne a probablement contribué au constat de l'acceptation des paquets de papier métallique par les clients de SCD. Des papiers métalliques du commerce étaient déjà offerts par les SCD avant l'étude. On a demandé aux participants quel type de papier métallique ils préféraient, et 85,5 % ont choisi le papier « SMOKE-IT! » plutôt que celui à usage domestique. Plusieurs participants ont également déclaré qu'ils seraient prêts à payer pour se procurer du papier métallique « SMOKE-IT! » s'il était offert.

Stöver et Schäffer (2014) ont proposé divers moyens par lesquels les programmes peuvent promouvoir une intervention de type « SMOKE-IT! » – notamment des tutoriels vidéo, des cours de formation sur la fabrication de pipe/tube, l'offre de paquets « SMOKE-IT! », la distribution de documents d'information (p. ex., dépliants, cartes) et des affiches accrocheuses. Les auteurs ont conclu qu'offrir de nouveaux types de matériel pour la consommation de drogues est un moyen pour les programmes de renouveler les messages de prévention ou d'en générer de nouveaux et d'impliquer les clients.

Considérant leurs résultats encourageants, ces types d'évaluation devraient être répliqués à d'autres endroits. Au Canada, il reste à déterminer si des clients de PSA ont des besoins similaires, s'ils accepteraient le papier métallique

et l'utiliseraient. Cela met en relief la nécessité que les programmes évaluent toute initiative de distribution de papier métallique entreprise et en publient les résultats.

### **Données concernant les interventions de transition dans les modes d'administration**

À certains endroits comme au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, des campagnes de marketing social sont utilisées pour promouvoir l'inhalation d'héroïne plutôt que son injection (Hunt et al., 1999; voir également l'article de Kools à [www.exchangesupplies.org/article\\_moving\\_from\\_fix\\_to\\_foil\\_dutch\\_experience\\_by\\_John-Peter\\_Kools.php](http://www.exchangesupplies.org/article_moving_from_fix_to_foil_dutch_experience_by_John-Peter_Kools.php)). Bien qu'un examen complet de la littérature sur ces interventions dépasse la portée du présent chapitre, il est important de reconnaître que la recherche a examiné la réduction de l'injection de drogues en tant qu'objectif principal de cette politique (p. ex., Hunt et al., 1999). Une approche à cet objectif est d'inciter les personnes qui s'injectent des drogues à passer à des modes d'administration autres que l'injection. Toutefois, les données sont limitées quant à la durabilité de la transition vers la pratique de « chasing the dragon » (Hunt et al., 1999) et il semble que les changements aux modes d'administration observés au palier populationnel s'expliquent davantage par de nouveaux utilisateurs qui adoptent l'inhalation que par des personnes qui cessent de s'injecter pour inhaler (Griffiths et al., 1994). Aux Pays-Bas, où l'on rapporte que plusieurs PSA, SCD et centres de traitement de la dépendance offrent du papier métallique, on note des cas de clients qui sont passés de l'injection à d'autres modes de consommation de drogues (voir l'article en ligne de Kools). Dans une méta-revue de la littérature, MacArthur et al. (2014) n'ont recensé aucune analyse de la distribution de papier métallique en tant qu'outil en ce sens – et ils affirment que cela n'a rien d'étonnant puisque la distribution de papier métallique est une intervention relativement nouvelle et que des études primaires pourraient ne pas encore avoir été publiées. Dans leurs notes pratiques sur le papier métallique, Exchange Supplies ([www.exchangesupplies.org](http://www.exchangesupplies.org)) identifie des moments et des circonstances où des individus pourraient être ouverts à passer à l'inhalation, notamment ceux qui inhaleraient s'ils pouvaient se procurer du papier métallique; ceux qui ont récemment commencé à s'injecter; ceux qui s'injectent parce qu'un partenaire s'injecte; ceux qui ont de la difficulté à repérer leurs veines; ceux qui ont récemment commencé à s'injecter dans la région fémorale (aine) et/ou ont des problèmes avec l'injection fémorale; et ceux qui ont récemment suivi un programme de désintoxication ou été libérés de prison. La perception selon laquelle inhaler la drogue pourrait produire un effet moins intense est une

autre considération importante à aborder avec les personnes qui s'injectent de l'héroïne, pour les programmes qui visent à décourager l'injection et/ou à encourager la transition vers l'inhalation ou le « chasing ».

Dans l'étude susmentionnée de Stöver et Schäffer (2014), deux tiers (65,3 %) de l'échantillon ont déclaré utiliser les nouveaux papiers métalliques pour inhaler l'héroïne plutôt que de se l'injecter. Lorsqu'on a demandé aux participants pourquoi ils avaient choisi d'inhaler l'héroïne à l'aide du papier métallique, les motifs invoqués incluaient : le fait qu'on considérait l'inhalation comme étant « plus saine que l'injection » (58,9 %), la curiosité (49,1 %), le risque réduit d'infections comme les hépatites et le VIH (35,7 %) et le risque réduit de surdose (36,4 %). Par ailleurs, les participants de plus de 39 ans étaient susceptibles de mentionner vouloir donner un répit à leurs veines, comme raison pour inhaler l'héroïne. Ces résultats ne démontrent pas une transition complète de l'injection vers la pratique du « chasing », mais ils révèlent que les personnes qui consomment de l'héroïne sont au courant de certains des bienfaits de santé potentiels de choisir l'inhalation plutôt que l'injection et sont ouvertes à utiliser du papier métallique comme moyen pour réduire les risques liés à l'injection.

Vu le peu de données disponibles, nous sommes prudents devant la possibilité de recommander des pratiques exemplaires relativement à la distribution de papier métallique, en particulier lorsqu'il s'agit d'en faire un outil de transition dans les modes d'administration. Cette prudence découle en partie des risques potentiels pour la santé associés à l'inhalation de drogues comme l'héroïne et avec du papier métallique, comme nous l'avons expliqué. Promouvoir des transitions de l'injection vers l'inhalation pourrait réduire les risques associés à l'injection, mais entraîner de nouveaux risques associés à l'inhalation. Nous signalons ces enjeux puisque dans les communautés du Canada, l'inhalation de crack est une considération de plus en plus importante pour les programmes de réduction des méfaits, en plus d'être associée à une myriade de risques sociaux et de santé. (Pour une discussion complète, veuillez consulter les *Recommandations de pratiques exemplaires : Partie 1*, chapitre 8 : Distribution de matériel plus sécuritaire pour fumer le crack-cocaïne.) La recherche doit examiner si les personnes qui s'injectent de l'héroïne ou d'autres opiacés et qui passent à l'inhalation de crack sont exposées à de nouveaux risques pour leur santé et leur sécurité. Les autres préoccupations identifiées dans la littérature sur les interventions de transition incluent la question de savoir si la promotion de la pratique du « chasing » pourrait initier de nouveaux utilisateurs à l'héroïne (et, éventuellement, à l'injection) ou pourrait stigmatiser encore plus les personnes

qui s'injectent des drogues ou les dissuader d'accéder à des programmes de réduction des méfaits (Hunt et al., 1999). Pour ces raisons, la distribution de feuilles de papier métallique ne constituerait pas à elle seule une intervention complète; le cas échéant, la distribution de feuilles de papier métallique devrait s'accompagner d'un plan pour identifier et impliquer les utilisateurs d'héroïne qui ne se l'injectent pas – une population qui pourrait ne pas être en contact régulier avec des PSA – et fournir une éducation sur les risques de la pratique de « chasing the dragon » et de l'inhalation d'autres drogues.

Nous recommandons aux programmes de réduction des méfaits de maintenir des liens étroits avec leurs clients et les communautés locales afin d'être au courant des tendances émergentes de l'usage de drogues, de l'acceptation communautaire/culturelle des modifications aux pratiques, de même que de toute initiative ou campagne dirigée par des utilisateurs afin de répondre aux risques émergents.

### Autres enjeux spécifiques aux feuilles de papier métallique

On ne sait pas encore si le papier métallique serait considéré ou non comme un « accessoire facilitant la consommation de drogues », selon les lois canadiennes. Dans leur compte rendu de l'expérience du Royaume-Uni, Pizzey et Hunt (2008) signalent que, bien que la fourniture de papier métallique pour l'inhalation pourrait avoir été techniquement illégale en l'absence de certaines exemptions, par le passé, aucun service de réduction des méfaits n'a été accusé de fournir des items non exemptés pour réduire des méfaits associés à la drogue. À l'été 2014, on a annoncé que le ministre de l'Intérieur allait ajouter le 5 septembre 2014 le papier métallique à la liste d'items pouvant être fournis légalement pour réduire les méfaits associés à la drogue.

### Considérations spécifiques à des populations

Ce domaine en est un autre pour lequel des recherches supplémentaires sont requises et où les programmes de réduction des méfaits peuvent documenter les préférences de leurs clients. Dans leur étude évaluative, Pizzey et Hunt (2008) ont signalé que, même si les femmes représentaient une minorité des utilisateurs de services des PSA, elles étaient plus susceptibles (62,3 %) que les hommes (44,6 %) de prendre du papier métallique.

---

## **Sommaire des données sur la distribution de papier métallique**

Les données qui éclairent ce chapitre et ses recommandations sont limitées. Des études de laboratoire, y compris la simulation de conditions d'inhalation, ont apporté des connaissances sur la pharmacocinétique et la biodisponibilité de l'inhalation d'héroïne. On note le besoin d'un plus grand nombre d'études observationnelles spécifiques aux personnes qui inhalent des drogues comme l'héroïne et aux personnes qui utilisent des feuilles de papier métallique à cet effet. Il faut également des études évaluatives sur la distribution de feuilles de papier métallique par des programmes de réduction des méfaits, en particulier dans des contextes canadiens.

## Références

Boto de los Bueis A, Pereira Vega A, Sanchez Ramos JL, Maldonado Perez JA, Ayerbe Garcia R, Garcia Jimenez D, Pujol de La Llave E. Bronchial hyperreactivity in patients who inhale heroin mixed with cocaine vaporized on aluminum foil. *Chest*, 2002 Apr;121(4):1223-1230.

Brenneisen R, Hasler F. GC/MS determination of pyrolysis products from diacetylmorphine and adulterants of street heroin samples. *Journal of Forensic Sciences*, 2002 Jul;47(4):885-888.

Buxton JA, Sebastian R, Clearsky L, Angus N, Shah L, Lem M, Spacey SD. Chasing the dragon - characterizing cases of leukoencephalopathy associated with heroin inhalation in British Columbia. *Harm Reduction Journal*, 2011 Jan;8(1):3.

Exley C, Ahmed U, Polwart A, Bloor RN. Elevated urinary aluminium in current and past users of illicit heroin. *Addiction Biology*, 2007 Jun;12(2):197-199.

Exley C, Burgess E, Day JP, Jeffery EH, Melethil S, Yokel RA. Aluminum toxicokinetics. *Journal of Toxicology and Environmental Health*, 1996 Aug;48(6):569-584.

Griffiths P, Gossop M, Powis B, Strang J. Transitions in patterns of heroin administration: A study of heroin chasers and heroin injectors. *Addiction*, 1994;89(3):301-309

Hartgers C, Van den Hoek A, Krijnen P, Van Brussel GH, Coutinho RA. Changes over time in heroin and cocaine use among injecting drug users in Amsterdam, The Netherlands, 1985-1989. *British Journal of Addiction*, 1991 Sep;86(9):1091-1097.

Klous MG, Lee WC, Van den Brink W, Van Ree JM, Beijnen JH. Volatilisation of diacetylmorphine: In vitro simulation of 'chasing the dragon'. *Pharmazie*, 2006 May;61(5):438-445.

MacArthur GJ, van Velzen E, Palmateer N, Kimber J, Pharris A, Hope V, Taylor A, Roy K, Aspinall E, Goldberg D, Rhodes T, Hedrich D, Salminen M, Hickman M, Hutchinson SJ. Interventions to prevent HIV and Hepatitis C in people who inject drugs: A review of reviews to assess evidence of effectiveness. *International Journal of Drug Policy*, 2014;25(1):34-52.

Mientjes GHC, Spijkerman IJB, Van Ameijden EJC, Van Den Hoek JAR, Coutinho RA. Incidence and risk factors for pneumonia in HIV infected and non-infected drug users. *Journal of Infection*, 1996;32(3):181-186.

Nyffeler T, Stabba A, Sturzenegger M. Progressive myelopathy with selective involvement of the lateral and posterior columns after inhalation of heroin vapour. *Journal of Neurology*, 2003 Apr;250(4):496-498.

Parviz S, Fatmi Z, Altaf A, McCormick JB, Fischer-Hoch S, Rahbar M, Luby S. Background demographics and risk behaviors of injecting drug users in Karachi, Pakistan. *International Journal of Infectious Diseases*, 2006 Sep;10(5):364-371.

Pizzey R, Hunt N. Distributing foil from needle and syringe programmes (NSPs) to promote transitions from heroin injecting to chasing: An evaluation. *Harm Reduction Journal*, 2008 Jul 2008;5.

Rook EJ, Huitema ADR, Van Den Brink W, Van Ree JM, Beijnen JH. Population pharmacokinetics of heroin and its major metabolites. *Clinical Pharmacokinetics*, 2006a;45(4):401-417.

Rook EJ, Van Ree JM, Van Den Brink W, Hillebrand MJX, Huitema ADR, Hendriks VM, Beijnen JH. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of high doses of pharmaceutically prepared heroin, by intravenous or by inhalation route in opioid-dependent patients. *Basic and Clinical Pharmacology and Toxicology*, 2006b Jan;98(1):86-96.

Stillwell G, Hunt N, Preston A. A survey of drug route transitions among non-injecting and injecting heroin users in South Eastern Europe. *Population Services International*. Juillet 2005; Consulté en août 2013 à : [www.neilhunt.org/Reports/2005-survey-of-route-transitions-in-SE-Europe-hunt-et-al.pdf](http://www.neilhunt.org/Reports/2005-survey-of-route-transitions-in-SE-Europe-hunt-et-al.pdf)

Stöver HJ, Schäffer D. SMOKE IT! Promoting a change of opiate consumption pattern - from injecting to inhaling. *Harm Reduction Journal*, 2014;11:18.

Strang J, Griffiths P, Gossop M. Heroin smoking by 'chasing the dragon': origins and history. *Addiction*, 1997;92(6):673-683.

Strike C, Hopkins S, Watson TM, Gohil H, Leece P, Young S, Buxton J, Challacombe L, Demel G, Heywood D, Lampkin H, Leonard L, Lebounga Vouma J, Lockie L, Millson P, Morissette C, Nielsen D, Petersen D, Tzemis D, Zurba N. Recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes canadiens de réduction des méfaits auprès des personnes qui consomment des drogues et qui sont à risque pour le VIH, le VHC et d'autres méfaits pour la santé – Partie 1. 2013. Consulté en août 2013 à : <http://www.catie.ca/fr/programmation/meilleures-pratiques-reduction-mefaits>

van Ameijden EJC, Coutinho RA. Large decline in injecting drug use in Amsterdam, 1986–1998: Explanatory mechanisms and determinants of injecting transitions. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2001May;55(5):356-363.

# 4 Distribution de matériel pour l'inhalation plus sécuritaire de méthamphétamine en cristaux



**ACTIVITÉS RECOMMANDÉES** pour évaluer la nécessité de distribuer du matériel pour l'inhalation plus sécuritaire de méthamphétamine en cristaux :

- Estimer la prévalence de l'inhalation de méthamphétamine en cristaux et les méfaits associés à cette inhalation et à la sexualité, dans la communauté, en particulier parmi les jeunes et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HRSH)
- Cerner la meilleure façon d'amener les personnes qui inhalent de la méthamphétamine en cristaux à utiliser les services de réduction des méfaits et de les arrimer directement à des programmes promouvant les relations sexuelles plus sécuritaires
- Évaluer le degré d'appui à la distribution de matériel pour l'inhalation plus sécuritaire de méthamphétamine en cristaux parmi les personnes qui consomment des drogues
- Évaluer les besoins d'éducation et d'autres types de matériel dans cette population
- Obtenir une opinion juridique concernant la distribution de matériel pour l'inhalation plus sécuritaire de méthamphétamine en cristaux
- Évaluer et publier toute initiative réalisée.

## Fondement de la distribution de pipes à méthamphétamine cristallisée, comme mesure de réduction des méfaits

Au moment où nous rédigeons ce document, quelques programmes canadiens de réduction des méfaits faisaient une distribution informelle de matériel conçu expressément pour l'inhalation de méthamphétamine cristallisée. Certains programmes distribuent du matériel éducatif concernant les risques de l'utilisation par plusieurs personnes de matériel pour inhaler de la méthamphétamine cristallisée. Le présent chapitre décrit les données existantes, quoique limitées, afin d'inciter les programmes à déterminer le besoin et la faisabilité de distribuer du matériel pour la consommation plus sécuritaire de méthamphétamine cristallisée, dans leur communauté. On ne dispose actuellement d'aucune preuve biologique établissant un lien entre l'inhalation de méthamphétamine cristallisée et la transmission du VIH, du virus de l'hépatite C (VHC) et d'autres pathogènes. Cependant, l'utilisation par plus d'une personne de matériel d'inhalation de méthamphétamine cristallisée est un comportement similaire au partage de matériel d'inhalation de crack, qui est considéré comme un facteur qui accroît le risque de transmission de pathogènes hématogènes. Cette ressemblance indique la nécessité d'évaluer plus en détail le potentiel de risque de transmission parmi les personnes qui inhalent de la méthamphétamine cristallisée (voir le chapitre 8, sur la distribution de matériel pour fumer le crack, dans la Partie I de Strike et al., 2013, pour une discussion complète et des données).

Des programmes de distribution de matériel pour l'inhalation de crack ont été mis en œuvre dans certaines villes du Canada. Ces programmes misent sur la distribution de matériel d'inhalation comme moyen de susciter la participation des personnes qui inhalent du crack à des programmes de réduction des méfaits, et d'atténuer leur isolement social et leur manque d'accessibilité aux services. Un ligne de pensée similaire pourrait être envisagée pour attirer et impliquer de nouveaux clients – y compris des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HRSH) et des jeunes – qui consomment de la méthamphétamine cristallisée et pour lesquels des services d'éducation et autres services de réduction des méfaits seraient bénéfiques, y compris de l'éducation et du matériel pour des relations sexuelles plus sécuritaires.

Certains programmes de réduction des méfaits incitent leurs clients à réduire les risques associés en consommant des drogues d'une autre façon, comme l'inhalation. Dans la littérature scientifique, on appelle cette notion une « intervention de transition inverse (ITI) ou de modes de consommation ». La distribution de matériel plus sécuritaire pour l'inhalation de méthamphétamine cristallisée pourrait permettre d'atteindre ce but. Cependant, deux mises en garde importantes doivent être considérées. Premièrement, il n'existe actuellement aucune donnée probante pour appuyer une hypothèse selon laquelle la distribution de matériel pour l'inhalation plus sécuritaire de méthamphétamine cristallisée en découragerait l'injection. Deuxièmement, les risques

relatifs de l'inhalation de méthamphétamine cristallisée, en comparaison avec son injection, ne sont pas tout à fait compris. L'inhalation et l'injection de drogues sont associées à des risques différents pour la santé. Si nous positionnons un mode de consommation de drogues comme étant « plus sécuritaire » qu'un autre, nous risquons de donner un faux sentiment de sécurité aux personnes qui consomment des drogues. Alors que l'injection de drogues peut introduire des pathogènes directement dans le système sanguin, la personne qui inhale des drogues comme le crack rencontre des risques, méfaits sociaux et problèmes de santé différents de ceux des personnes qui s'injectent des drogues; ce peut-être le cas également de celles qui fument la méthamphétamine cristallisée (Malchy et al., 2008).

### Description de la méthode d'inhalation de méthamphétamine cristallisée au moyen d'une pipe

La méthamphétamine cristallisée est un stimulant synthétique du système nerveux central. On peut la consommer par inhalation (en la fumant), par injection, par administration intranasale (renifler) ou par voie orale, selon sa forme. Dans la rue, plusieurs mots désignent la méthamphétamine cristallisée : « meth », « crystal meth », « crystal », « ice », « speed » et « crank »; « ice » et « crystal (meth) » sont souvent utilisés lorsque la drogue est sous une forme qui peut être inhalée (Anglin et al., 2000; Buxton & Dove, 2008; National Institute on Drug Abuse, 2006). Les instruments utilisés pour inhaler la méthamphétamine cristallisée peuvent varier, mais généralement les personnes qui inhalent cette drogue la chauffent dans une petite pipe de verre et inhalent des vapeurs qui s'en dégagent alors. Dans un groupe de discussion à caractère qualitatif, avec 32 personnes inhalant la méthamphétamine cristallisée et recrutées auprès d'organismes communautaires, à Toronto, les participants ont indiqué utiliser de petites « pipes à ballon » achetées en boutique, pour inhaler la méthamphétamine cristallisée (Hunter et al., 2012).

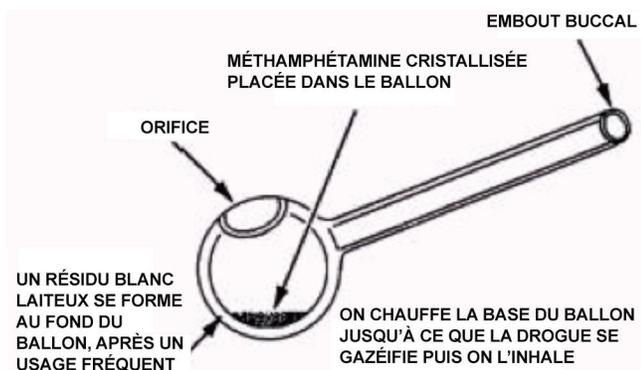


Illustration tirée de [www.tpub.com/maa/12740\\_files/image130.jpg](http://www.tpub.com/maa/12740_files/image130.jpg)

Certains ont déclaré utiliser des pipes ou tiges de verre qui servent généralement à inhaler du crack, mais ces tiges étaient considérées comme inadéquates pour l'inhalation de méthamphétamine cristallisée. D'après Hunter et al. (2012), les pipes à ballon sont préférées parce que la méthamphétamine cristallisée qu'on y fait chauffer se liquéfie puis se change en vapeur qu'on inhale; le liquide se retrouve au fond du ballon ou de la petite coupole, au bout de la pipe, ce qui en prévient l'inhalation et/ou l'aspiration dans la bouche et la déglutition. En l'absence de pipes à ballon, les utilisateurs peuvent fabriquer des pipes artisanales (p. ex., à partir d'ampoules électriques ou de cannettes de boissons gazeuses), ou convertir du matériel d'inhalation de crack en chauffant la tige et en formant un ballon à son extrémité (Hunter et al., 2012); ces pratiques comportent leurs propres risques de blessures ou de brûlures. Interrogés quant au type de matériel qui devrait être distribué si un nouveau programme était mis en œuvre, les participants ont recommandé des pipes à ballon fabriquées de verre durable ou de Pyrex, parce que ces matériaux sont moins susceptibles de se casser. De plus, les participants ont mentionné que le ballon devrait être suffisamment grand pour contenir la méthamphétamine liquéfiée et que l'orifice de ventilation devrait être assez grand pour permettre l'entrée d'oxygène pour la vaporisation, bien que la pipe ne devrait pas être trop grande pour être transportée et cachée facilement. Les opinions variaient, quant à la longueur de tige préférable. Ces informations sont venues d'un grand centre urbain; il est à noter que les personnes en milieu rural pourraient n'avoir qu'un accès limité à des pipes à ballon spécialisées, voire aucun.

Dans le chapitre sur la distribution de matériel pour l'inhalation plus sécuritaire de crack, nous avons recommandé notamment la distribution d'embouts. Ceux-ci sont considérés comme faisant partie intégrante du matériel, car ils contribuent à prévenir les coupures et brûlures qu'une pipe à crack peut causer à la bouche et aux lèvres (Strike, 2013). Les données pour déterminer si de fortes températures et les dommages que subissent les pipes à méthamphétamine cristallisée entraînent un ensemble similaire de lésions parmi les personnes qui inhalent cette drogue sont très limitées. Compte tenu de données (présentées dans la section ci-dessous) indiquant que des personnes qui inhalent la méthamphétamine cristallisée partagent des pipes, il est valable d'examiner le besoin et/ou le souhait d'embouts et de leur distribution.

Outre la pipe, d'autres méthodes d'inhalation de méthamphétamine cristallisée incluent l'utilisation d'une feuille de papier métallique et d'un tube (comme la méthode appelée « chasing the dragon »), de même que le chauffage d'une pipe à crack pour inhaler la

méthamphétamine vaporisée par le nez (« hot railing »; Hunter et al., 2012). Cependant, on ne sait généralement pas si ces méthodes sont utilisées couramment. Dans une étude auprès de 100 jeunes de la rue, à Toronto, Barnaby et al. (2010) ont signalé que, parmi ceux qui inhalaient la méthamphétamine cristallisée, 83 % utilisaient une pipe en verre, habituellement dotée d'un ballon à l'extrémité; 40 % utilisaient une pipe fabriquée à partir d'une ampoule électrique; 21 %, du papier métallique; 19 %, une pipe à crack; et 8 %, une pipe de métal.

### **Données sur l'inhalation de méthamphétamine cristallisée comme vecteur de transmission**

Les personnes qui consomment la méthamphétamine sont à risque accru pour le VIH en raison du lien entre cette drogue et des comportements sexuels à risque (Maxwell et al., 2006; consulter la section ci-dessous, sur l'inhalation de méthamphétamine et les comportements sexuels à risque, pour plus de détails). Reconnaisant que la méthamphétamine cristallisée et le crack sont des stimulants différents et dont les implications sont différentes pour les personnes qui les consomment, nous extrapolons à partir de la littérature sur le partage de matériel d'inhalation de crack, pour avancer que le partage de pipes pour inhaler la méthamphétamine pourrait également poser des risques de transmission de pathogènes (consulter, encore, le chapitre 8, sur la distribution de matériel pour fumer le crack, dans la Partie I de Strike et al., 2013, pour une discussion complète et des données). Bien qu'il soit possible que moins de risques soient en cause pour des lésions associées à l'inhalation de méthamphétamine, comme des coupures et des brûlures, que dans le cas du crack (p. ex., parce qu'on chauffe moins la méthamphétamine, et que les pipes de fabrication artisanale sont moins répandues), des recherches additionnelles sont nécessaires pour déterminer le niveau de risque.

### **Données sur la prévalence de l'inhalation de méthamphétamine cristallisée et sur les comportements à risque associés**

Lorsqu'inhalée, la méthamphétamine cristallisée est rapidement absorbée par les poumons; des études ont démontré une biodisponibilité variant de modérée à élevée (Cook et al., 1993; Harris et al., 2003). L'inhalation de méthamphétamine cristallisée semble être un mode d'administration répandu dans divers pays (Farrell et al., 2002; Laidler & Morgan, 1997; Matsumoto et al., 2002).

La littérature ne contient pas d'estimations canadiennes concernant l'inhalation de méthamphétamine cristallisée. Les estimations de la plus récente Enquête I-Track, réalisée

auprès de personnes qui consomment des drogues dans plusieurs villes du Canada, ont démontré d'importantes variations dans la déclaration de consommation non injectée de méthamphétamine cristallisée au cours des six mois précédents, allant de 5 % à 37 % des participants (données inédites, 2011). Une estimation de l'inhalation de méthamphétamine cristallisée ne peut être tirée de ces données puisqu'on n'a pas collecté d'information sur les modes d'administration (c.-à-d., inhalation, intranasale, ingestion orale).

Brands et al. (2012) ont enquêté auprès de 100 organismes de traitement de la dépendance, en Ontario, à propos des admissions concernant la méthamphétamine. Entre 2004 et 2005, 53 % des répondants ont déclaré avoir observé une augmentation du nombre de clients ayant des problèmes associés à l'usage de méthamphétamine. Seulement 9 % considéraient l'usage de méthamphétamine comme un problème significatif, en 2005, alors que 60 % ont déclaré qu'elle était un problème mineur ou n'était pas un problème. Par ailleurs, Brands et al. (2012) ont observé que les admissions concernant la méthamphétamine ont connu un pic en 2005 (avec 2,4 % des admissions), puis ont diminué à un plus faible pourcentage entre 2006 et 2008. Nous n'avons pas d'estimations canadiennes de la prévalence de l'inhalation de méthamphétamine. En général, la consommation de méthamphétamine semble faible, dans la population, mais des estimations nationales de la prévalence sont nécessaires. Des données de l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues de 2009 ont indiqué que seulement 0,1 % des Canadiens de 15 ans et plus avaient déclaré avoir consommé de la méthamphétamine au cours de l'année précédente (Santé Canada, 2009).

À l'inverse, des données étatsuniennes et internationales ont démontré des augmentations de la consommation et de l'inhalation de méthamphétamine. Par exemple, selon les données sur les salles d'urgence dans le cadre du Drug Abuse Warning Network (DAWN), les visites aux urgences en raison de la consommation d'amphétamine/méthamphétamine ont connu une augmentation considérable (54 %) entre 1995 et 2002 (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2003). Dans leurs études basées sur les données à l'admission en traitement, Maxwell et al. (2006) ont comparé les admissions en traitement de la toxicomanie le long de la frontière entre les États-Unis et le Mexique. Leurs données étatsuniennes ont indiqué que le pourcentage de personnes déclarant inhaler la méthamphétamine a augmenté de 22 % en 1996 à 56 % en 2003, alors que les proportions de personnes déclarant la renifler et se l'injecter ont diminué, au cours de la même période; au Mexique,

la prévalence de l'inhalation a également augmenté, passant de 45 % en 1997 à 71 % en 2003. Dans une étude portant sur des données californiennes sur les admissions non coercitives en traitement pour la consommation de méthamphétamine, Cunningham et al. (2008) ont rapporté qu'entre 1992 et 2004, les admissions concernant le reniflage, l'inhalation, l'ingestion et l'injection de méthamphétamine avaient initialement connu une augmentation marquée, puis un déclin lorsqu'une réglementation de l'éphédrine (un précurseur chimique communément utilisé dans la production de méthamphétamine) a été adoptée en 1995. Le reniflage, l'ingestion et l'injection sont demeurés à des taux faibles pendant toute la période de l'étude, mais l'inhalation a connu une résurgence lorsqu'une réglementation concernant l'éphédrine couplée à d'autres médicaments a été mise en œuvre, en 1996, puis a continué d'augmenter. Les auteurs ont conclu que les changements au mode d'administration de la méthamphétamine étaient associés à la réglementation antérieure et, potentiellement, à des impacts de la réglementation sur la production étatsunienne et mexicaine de méthamphétamine.

Dans une étude transversale sérielle réalisée en trois vagues (1996-1997, 1999-2000, puis 2003), Das-Douglas et al. (2008) ont examiné les tendances associées à la méthamphétamine parmi 2 348 participants sans abri et logés précairement, à San Francisco. En général, les auteurs ont constaté que la proportion de personnes déclarant toute consommation de méthamphétamine a presque triplé entre 1996 et 2003. L'injection était le mode d'administration le plus répandu; la proportion de participants ayant déclaré la pratiquer était de 3,9 % en 1996-1997 et de 9,3 % en 2003. Toutefois, l'inhalation a connu la plus forte augmentation : la proportion de participants ayant déclaré la pratiquer s'est multipliée par sept, passant de 1 % en 1996-1997 à 7,1 % en 2003. Das-Douglas et al. (2008) ont observé une augmentation de la consommation de méthamphétamine peu importe le mode d'administration parmi presque tous les sous-groupes, les plus fortes augmentations ayant été observées parmi les participants vivant avec le VIH, les adultes de moins de 35 ans, les participants ne s'injectant pas de drogues, les consommateurs de quantités importantes d'alcool et les personnes déclarant avoir eu trois partenaires sexuels ou plus au cours de l'année précédente.

Kinner et Degenhardt (2008) ont fait état de données nationales annuelles collectées auprès de 750 consommateurs réguliers d'ecstasy, en Australie. La consommation récente de méthamphétamine cristallisée a été déclarée par 81 % des personnes interviewées en 2006. Dans l'ensemble des régions de l'Australie incluses dans l'étude, la proportion de personnes déclarant inhaler la méthamphétamine a

augmenté fortement entre 2000 et 2006. Les données sur la fréquence du partage de pipes pour inhaler la méthamphétamine cristallisée et sur les processus sociaux s'associant à ce comportement sont limitées. Hunter et al. (2012) ont noté que, parmi les participants à leur étude à Toronto, le partage de pipes à méthamphétamine était « courant et répandu » lors des événements festifs où ils allaient et/ou dans les saunas qu'ils fréquentaient. Le partage était considéré comme « automatique », dans ces contextes. Les participants ne s'inquiétaient pas des potentiels méfaits pour la santé, associés au partage. Plus souvent, ils ont exprimé des craintes que, s'ils partageaient une pipe, la/les personnes puissent : endommager ou briser la pipe et la rendre inutilisable, fumer plus que leur part de la drogue et/ou brûler et gaspiller la drogue. Dans une autre étude qualitative, impliquant approximativement 60 jeunes adultes qui consommaient de la méthamphétamine et d'autres drogues et faisaient partie du milieu de la musique électronique à Perth, Australie, Green et Moore (2013) ont signalé que des altercations se produisaient parfois dans des « cercles de méthamphétamine » à propos de comportements indésirables en groupe, comme conserver la pipe trop longtemps et ne pas la passer assez rapidement à la prochaine personne. Ces études suggèrent non seulement que la méthamphétamine est fumée en situation de groupe, mais aussi que certains milieux ont des normes approuvant le partage de pipe, plutôt que l'utilisation de pipes individuelles par chaque personne du groupe.

Dans une étude auprès de 400 personnes admises en traitement pour la consommation de méthamphétamine, à Sydney, Australie, McKetin et al. (2008) ont observé que 42 % avaient déjà inhalé cette drogue, que 79 % s'en étaient injectés et que 25 % avaient utilisé ces deux modes d'administration au cours du mois précédant le début de leur traitement. (L'échantillon excluait les participants qui n'avaient pas consommé de méthamphétamine ou qui ne l'avaient consommée que par voie orale ou intranasale au cours du mois précédent le traitement.) McKetin et al. (2008) ont comparé les personnes qui s'injectaient la méthamphétamine et celles qui l'inhalaient; les deux groupes étaient très similaires quant aux caractéristiques sociodémographiques et de consommation de drogues. Les personnes qui la consommaient à la fois par injection et par inhalation y étaient moins dépendantes; toutefois, elles utilisaient la méthamphétamine plus souvent que les autres personnes qui avaient recours à l'injection. De plus, les personnes qui la consommaient à la fois par injection et par inhalation n'avaient pas une consommation de drogues par injection beaucoup moins importante que celle qui s'injectaient seulement, et ne partageaient pas beaucoup moins leurs seringues.

## Données sur le lien entre l'inhalation de méthamphétamine et les comportements sexuels à risque

L'euphorie procurée lors de la consommation de méthamphétamine est le résultat de la dopamine libérée dans le cerveau (Anglin et al., 2000). En plus de cette sensation, des personnes ont déclaré consommer de la méthamphétamine pour diverses raisons physiques, psychologiques et émotionnelles – y compris l'amélioration d'expériences sexuelles (Hunter et al., 2012). La consommation de méthamphétamine est également associée à des comportements sexuels à risque; une population spécifique qui a été l'objet d'études en lien avec cette observation solidement fondée sont les HRSH, une population diversifiée parmi laquelle cette drogue est relativement populaire (p. ex., Carey et al., 2009; Halkitis et al., 2007; Mansergh et al., 2006; Wong et al., 2005).

La méthamphétamine est parfois utilisée en conjonction avec du sildénafil (communément appelé « Viagra » – un médicament à prise orale qui est utilisé pour le traitement de la dysfonction érectile) et cette combinaison est associée à des comportements sexuels à risque plus élevé (Fisher et al., 2010, 2011; Prestage et al., 2009; Semple et al., 2009; Spindler et al., 2007). Dans une étude transversale auprès de 1 976 HRSH à San Francisco qui ont répondu à un questionnaire au téléphone, Spindler et al. (2007) ont observé que 7,1 % des répondants consommaient de la méthamphétamine sans prendre de Viagra et que 5,1 % consommaient de la méthamphétamine et du Viagra conjointement. De ceux-ci, 57 % ont déclaré être séropositifs pour le VIH et 24 % de ces participants ont déclaré avoir des pénétrations anales insertives sans condom en situation sérodiscordante. Fisher et al. (2011) ont examiné la consommation de méthamphétamine et de Viagra parmi des hommes recrutés auprès de programmes de prévention du VIH et de dépistage pour le VIH et les autres infections transmissibles sexuellement (ITS) à Long Beach, Californie. Les données ont été collectées entre mai 2001 et juillet 2007; des 1 794 cas complets dans l'étude, 11,1 % avaient utilisé de la méthamphétamine et du Viagra. La part des hommes utilisant les deux substances présentait une prévalence du VHB considérablement plus élevée, de même que de syphilis non traitée et de VIH, que les hommes consommant une seule de ces substances ou n'en consommant aucune. La consommation de Viagra a été associée à la pénétration anale insertive (la personne pénètre son partenaire) alors que la consommation de méthamphétamine a été associée à la pénétration anale réceptive (la personne est pénétrée par son partenaire). Fisher et al. (2011) ont signalé que l'hétérosexualité était un facteur de protection, bien que même les hommes hétérosexuels consommant du Viagra et de la méthamphétamine avaient des fréquences

élevées (mais pas considérablement) de pénétration anale insertive. Dans un bref examen, Fisher et al. (2010) a noté que la consommation de méthamphétamine a été associée également à des comportements sexuels à risque élevé chez des personnes hétérosexuelles. Ensemble, ces données indiquent un lien solide entre la consommation de méthamphétamine et des comportements sexuels associés à la transmission du VIH et d'ITS, mais les études dont elles proviennent ne portaient pas spécifiquement sur des personnes inhalant la méthamphétamine ou sur l'analyse de données au sujet de celles-ci.

Semple et al. (2009) ont toutefois noté que parmi un échantillon de 341 HRSH séropositifs pour le VIH qui consommaient de la méthamphétamine et étaient inscrits à une intervention en réduction des risques sexuels, à San Diego, les modes d'administration les plus fréquents pour la méthamphétamine étaient l'inhalation (80 %) et le reniflage (78 %). Semple et al. (2009) ont exploré le phénomène du marathon de sexe (c.-à-d., un épisode d'activités sexuelles prolongé durant plusieurs heures ou jours), parmi ces HRSH, et ont constaté que 84 % déclaraient s'adonner à de telles activités lorsqu'ils consommaient de la méthamphétamine. En comparaison avec les hommes qui ne faisaient pas de marathons de sexe, ceux qui en faisaient étaient plus susceptibles de consommer du Viagra et des quantités considérablement plus grandes de drogues illicites. Le sexe oral et anal sans condom était également répandu parmi ceux qui faisaient des marathons de sexe. Dans l'étude susmentionnée, McKetin et al. (2008) ont également comparé des personnes s'injectant de la méthamphétamine et des personnes la consommant exclusivement par inhalation; ils ont constaté que les fumeurs avaient plus de comportements sexuels à risque (c.-à-d., plus susceptibles d'avoir eu plus d'un partenaire sexuel et des rapports sexuels sans condom avec plus d'une personne au cours du mois précédant le traitement). Cette étude incluait des hommes et des femmes. En comparaison avec les personnes qui se l'injectaient, les personnes inhalant la méthamphétamine étaient considérablement plus jeunes et plus susceptibles d'être des femmes.

## Autres méfaits pour la santé

La consommation de méthamphétamine peut avoir des effets secondaires sévères et aigus, y compris une hausse de la température du corps, l'arythmie cardiaque, les crampes d'estomac, le risque d'accident vasculaire cérébral, l'anxiété, l'insomnie, le sentiment de paranoïa et le comportement agressif (Anglin et al., 2000; NIDA, 1998). Une consommation prolongée peut également conduire à l'irritabilité et à une psychose, appelée « tweaking » (Buxton & Dove, 2008). Les effets buccaux de la consommation de cette drogue

(p. ex., bouche sèche à cause de l'inhalation, grincement de dents et serrement de la mâchoire), couplés à une piètre hygiène buccale, peuvent accélérer la carie dentaire (Buxton & Dove, 2008). La consommation de méthamphétamine à long terme peut entraîner des changements au cerveau, et ainsi affecter les fonctions cognitive et motrice (NIDA, 2006). Comme nous en avons discuté ci-dessus, en raison des comportements à risque sexuel, les personnes qui consomment de la méthamphétamine sont à risque pour le VIH et un ensemble d'autres ITS.

Une consommation prolongée de méthamphétamine peut conduire au développement d'une tolérance qui nécessite que le consommateur augmente sa dose pour obtenir le même effet. Avec le temps, une dépendance ou une toxicomanie peut se développer (NIDA, 2006). Puisque l'inhalation achemine rapidement la drogue au cerveau, ce mode de consommation pourrait accroître le risque de dépendance plus que d'autres modes comme le reniflage ou l'ingestion (Cook et al., 1993; McKetin et al., 2006). Cependant, certaines études ont observé que les personnes inhalant la méthamphétamine étaient moins susceptibles de déclarer avoir une dépendance que celles se l'injectant (Matsumoto et al., 2002; McKetin et al., 2006). La cessation de la consommation de méthamphétamine peut causer la fatigue, la dépression, l'anxiété et d'intenses sensations de manque (NIDA, 2006). La dépendance à la méthamphétamine peut être difficile à traiter (Anglin et al., 2000). Diverses modalités de traitement sont utilisées et étudiées, y compris des pharmacothérapies (Vocci & Appel, 2007). Dans un essai clinique randomisé sur les traitements de la dépendance à la méthamphétamine, Hillhouse et al. (2007) ont constaté que les personnes inhalant la méthamphétamine étaient difficiles à impliquer et à retenir en traitement, bien que l'inhalation ne semble pas être un prédicteur de mauvais résultats post-traitement. McKetin et al. (2008) ont signalé que des différences entre les personnes inhalant cette drogue et celles qui se l'injectent mettent en relief la nécessité de réponses thérapeutiques à facettes multiples, y compris des services appropriés pour des personnes pouvant avoir une dépendance moindre, mais un risque accru de méfaits associés à la drogue. Brands et al. (2012) ont observé que la plupart (89 %) des organismes de traitement examinés en Ontario intégraient leurs clients en traitement pour la méthamphétamine dans leurs programmes réguliers; et que 73 % des organismes n'avaient pas considéré la possibilité de créer des programmes spécifiques ou adaptés pour la méthamphétamine.

### Distribution de pipes à méthamphétamine

Compte tenu de la rareté des données, il est difficile d'établir si la provision de pipes à ballon pour l'inhalation de méthamphétamine serait acceptée par les clients des programmes et servirait à réduire le partage de pipes. Dans leur étude qualitative, Hunter et al. (2012) ont demandé l'avis de participants au sujet du contenu d'éventuelles trousse pour l'inhalation plus sécuritaire de la méthamphétamine. Un large éventail d'items a été suggéré, y compris, outre les pipes à ballon : briquets, papier métallique, désinfectant pour les mains, condoms, lubrifiant, baume pour les lèvres et dépliants éducatifs. Dans une étude réalisée auprès de 100 jeunes de la rue, à Toronto, 74 % des répondants ont affirmé que l'accès à des trousse pour la consommation plus sécuritaire de méthamphétamine devrait être prioritaire (Barnaby et al., 2010). Cependant, les participants à l'étude de Hunter et al. (2012) – en particulier ceux qui s'identifiaient comme des hommes gais – n'étaient pas certains que la distribution de telles trousse réduirait le partage de pipes et modifierait leur comportement, en raison de l'aspect social du partage de pipes lors d'événements festifs, et également parce que le partage de pipes fait partie des expériences sexuelles et des transactions qui ont lieu dans les saunas. Par conséquent, des questions demeurent sans réponse au sujet de l'acceptation, et nécessitent des recherches et évaluations additionnelles.

Même si la distribution de pipes à ballon ou de trousse pour la consommation plus sécuritaire de méthamphétamine ne réduisait pas grandement le partage de pipes, de tels efforts pourraient réduire l'utilisation de pipes artisanales, qui sont susceptibles de se briser et/ou de causer des lésions ou des brûlures (Hunter et al., 2012). Mais encore ici des recherches sont nécessaires pour examiner cette possibilité. De plus, le fait de cibler des lieux où l'inhalation de méthamphétamine est susceptible d'avoir cours (p. ex., clubs de fin de soirée, saunas) et de fournir du matériel pour l'inhalation plus sécuritaire ainsi que de l'information pourrait permettre de joindre des populations qui sont actuellement mal desservies et qui pourraient tirer des bienfaits de programmes de réduction des méfaits. Hunter et al. (2012) ont conclu qu'il y a lieu de déployer un programme large de promotion de la santé et de prévention à l'intention des personnes qui inhalent de la méthamphétamine » (p. 7) afin d'aborder également des préoccupations spécifiques au sein de cette population (p. ex., utilisation de la drogue pour tenter de composer avec l'insécurité alimentaire ou gérer des troubles de santé mentale).

### Autres enjeux spécifiques à la distribution de matériel d'inhalation de méthamphétamine cristallisée

On ne sait toujours pas clairement si une pipe à méthamphétamine cristallisée serait considérée comme un « accessoire facilitant la consommation de drogues », selon la loi canadienne. Cependant, il est possiblement raisonnable de présumer que la distribution de pipes soulèverait une certaine controverse, comme ce fut le cas dans certaines régions du Canada pour la distribution de matériel pour l'inhalation de crack (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2008).

### Considérations spécifiques à des populations

Divers groupes inhalent la méthamphétamine cristallisée, mais les données sont limitées à propos de possibles différences spécifiques à certaines populations, quant aux tendances dans l'utilisation. Ce thème nécessite plus de recherches. Les programmes de réduction des méfaits devraient examiner comment leurs clients typiques (p. ex., les personnes qui s'injectent des drogues) pourraient être différents des personnes qui inhalent la méthamphétamine cristallisée, et devraient considérer des moyens pour joindre celles-ci par leurs services.

D'après les données concernant les comportements à risque, les HRSH constituent une population spécifique en ce qui a trait à l'inhalation de méthamphétamine cristallisée, et les programmes de réduction des méfaits devraient y porter attention. Cette attention pourrait impliquer le développement de messages à l'intention des clients, au sujet de la consommation de méthamphétamine seule et conjointement à d'autres substances (incluant le Viagra) et encourager l'utilisation de matériel et des pratiques sexuelles plus sécuritaires.

Les jeunes – y compris ceux qui s'identifient comme étant lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres ou queer (LGBTQ) – sont une autre population spécifique à considérer, en lien avec la consommation de méthamphétamine. En 2003, Lampinen et al. (2006) ont procédé à une enquête pilote auprès d'élèves d'écoles secondaires, de la 9e à la 12e année, à Vancouver et Victoria, Colombie-Britannique. De 590 élèves, 2,5 % se sont identifiés comme étant gais, lesbiennes ou bisexuels, et ces étudiants étaient à risque de consommation déclarée de méthamphétamine cristallisée, d'ecstasy et de kétamine. Martin et al. (2006) ont recruté un échantillon de convenance de jeunes de la rue et de jeunes LGBTQ (âgés de moins de 30 ans) à Vancouver et Victoria. Quatre-vingt-cinq (67 %) des 126 jeunes de la rue et 13 (24 %) des 54 jeunes LGBTQ qui ont répondu aux questionnaires ont déclaré avoir déjà consommé de la méthamphétamine. La plupart des ces participants avaient

déjà consommé de la méthamphétamine avant d'avoir 20 ans et la majorité en avaient consommé au cours du mois précédent. L'inhalation était le mode d'administration le plus courant dans les deux groupes, suivie du reniflage; les jeunes LGBTQ avaient une prévalence plus forte d'administration orale et rectale de cette drogue. Martin et al. (2006) ont souligné que « de façon anecdotique, [l'inhalation de méthamphétamine] est considérée comme une avenue de rechange sécuritaire à la consommation par injection (p. 323). Cependant, les jeunes qui commencent par inhaler la méthamphétamine peuvent opter à la longue pour se l'injecter ou s'injecter d'autres drogues. Wood et al. (2008) ont examiné la première consommation de méthamphétamine parmi des jeunes de la rue, à Vancouver, qui étaient inscrits à la cohorte prospective appelée At-Risk Youth Study (ARYS). Une majorité (70,9 %), soit 339 des 478 participants, avaient déjà consommé de la méthamphétamine. Parmi ces participants, le mode d'administration lors de la première consommation de méthamphétamine allait comme suit : 231 (68,1 %) l'avaient inhalée, 105 (31 %) l'avaient reniflée, 25 (7,4 %) se l'étaient injectée et 11 (3,2 %) l'avaient prise oralement. La consommation de méthamphétamine cristallisée a été associée de façon indépendante à l'injection de drogue et, lorsque les tendances de la consommation ont été examinées dans une perspective longitudinale, des augmentations considérables de l'injection ont été observées (y compris des transitions de l'inhalation à l'injection). De plus, il a été rapporté que la méthamphétamine était la drogue consommée dans approximativement 25 % des épisodes d'initiation à l'injection de drogues, et que presque tous ces participants avaient déjà de l'expérience dans la consommation de méthamphétamine non injectée.

---

### Sommaire des données sur la distribution de matériel pour l'inhalation plus sécuritaire de méthamphétamine cristallisée

Les données qui éclairent ce chapitre et ses recommandations sont limitées. Une part importante des données intégrées dans ce chapitre est issue d'études transversales, livrant principalement des informations sur les tendances de la consommation de méthamphétamine et sur les comportements à risque (et, notamment, des comportements sexuels à risque). Plusieurs articles de revue de la littérature ont apporté des éléments de contexte sur la consommation de méthamphétamine. D'autres types d'études ont été utilisées et incluant un essai clinique randomisé, des études de cohortes prospectives, des recherches qualitatives (p. ex., des groupes de discussions et des entrevues) et des études en laboratoire.

## Références

- Anglin MD, Burke C, Perrochet B, Stamper E, Dawud-Noursi S. History of the methamphetamine problem. *Journal of Psychoactive Drugs*, 2000 Apr-Jun;32(2):137-141.
- Barnaby L, Penn R, Erickson PG. Drugs, homelessness and health: Homeless youth speak out about harm reduction (The Shout Clinic Harm Reduction Report). 2010. Consulté en août 2013 à : [www.wellesleyinstitute.com/publication/drugs-homelessness-health-homeless-youth-speak-out-about-harm-reduction/](http://www.wellesleyinstitute.com/publication/drugs-homelessness-health-homeless-youth-speak-out-about-harm-reduction/)
- Brands B, Corea L, Strike C, Singh V-A S, Behrooz RC, Rush B. Demand for substance abuse treatment related to use of crystal methamphetamine in Ontario: An observational study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 2012 Oct;10(5):696-709.
- Buxton J, Dove NA. The burden and management of crystal meth use. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2008 Jun;178(12):1537-1539.
- Carey JW, Mejia R, Bingham T, Ciesielski C, Gelaude D, Herbst JH, Sinunu M, Sey E, Prachand N, Jenkins RA, Stall R. Drug use, high-risk sex behaviors, and increased risk for recent HIV infection among men who have sex with men in Chicago and Los Angeles. *AIDS and Behavior*, 2009 Dec;13(6):1084-1096.
- Cook CE, Jeffcoat AR, Hill JM, Pugh DE, Patetta PK, Sadler BM, White WR, Perez-Reyes M. Pharmacokinetics of methamphetamine self-administered to human subjects by smoking S-(+)-methamphetamine hydrochloride. *Drug Metabolism and Disposition*, 1993;21(4):717-723.
- Cunningham JK, Liu LM, Muramoto M. Methamphetamine suppression and route of administration: precursor regulation impacts on snorting, smoking, swallowing and injecting. *Addiction*, 2008 Jul;103(7):1174-1186.
- Das-Douglas M, Colfax G, Moss AR, Bangsberg DR, Hahn JA. Tripling of methamphetamine/amphetamine use among homeless and marginally housed persons, 1996-2003. *Journal of Urban Health*, 2008 Mar;85(2):239-249.
- Farrell M, Marsden J, Ali R, Ling W. Methamphetamine: drug use and psychoses becomes a major public health issue in the Asia Pacific region. *Addiction*, 2002 Jul;97(7):771-772.
- Fisher DG, Reynolds GL, Napper LE. Use of crystal methamphetamine, Viagra, and sexual behavior. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 2010 Feb;23(1):53-56.
- Fisher DG, Reynolds GL, Ware MR, Napper LE. Methamphetamine and Viagra use: relationship to sexual risk behaviors. *Archives of Sexual Behavior*, 2011 Apr;40(2):273-279.
- Green R, Moore D. Meth circles and pipe pirates: Crystal methamphetamine smoking and identity management among a social network of young adults. *Substance Use and Misuse*, 2013;48(9):713-723.
- Halkitis PN, Mukherjee PP, Palamar JJ. Multi-level modeling to explain methamphetamine use among gay and bisexual men. *Addiction*, 2007 Apr;102 Suppl. 1:76-83.
- Harris DS, Boxenbaum H, Everhart ET, Sequeira G, Mendelson JE, Jones RT. The bioavailability of intranasal and smoked methamphetamine. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 2003 Nov;74(5):475-486.
- Hillhouse MP, Marinelli-Casey P, Gonzales R, Ang A, Rawson RA, Methamphetamine Treatment Project Corporate Authors. Predicting in-treatment performance and post-treatment outcomes in methamphetamine users. *Addiction*, 2007 Apr;102 Suppl. 1:84-95.
- Hunter C, Strike C, Barnaby L, Busch A, Marshall C, Shepherd S, Hopkins S. Reducing widespread pipe sharing and risky sex among crystal methamphetamine smokers in Toronto: Do safer smoking kits have a potential role to play? *Harm Reduction Journal*, 2012;9.
- Kinner SA, Degenhardt L. Crystal methamphetamine smoking among regular ecstasy users in Australia: increases in use and associations with harm. *Drug and Alcohol Review*, 2008 May;27(3):292-300.
- Laidler KAJ, Morgan P. Kinship and community: The 'ice' crisis in Hawaii. In Klee H, ed. *Amphetamine misuse: International perspectives on current trends*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 1997:163-179.
- Lampinen TM, McGhee D, Martin I. Increased risk of "club" drug use among gay and bisexual high school students in British Columbia. *Journal of Adolescent Health*, 2006 Apr;38(4):458-461.
- Mansergh G, Shouse RL, Marks G, Guzman R, Rader M, Buchbinder S, Colfax GN. Methamphetamine and sildenafil (Viagra) use are linked to unprotected receptive and insertive anal sex, respectively, in a sample of men who have sex with men. *Sexually Transmitted Infections*, 2006 Apr;82(2):131-134.

- Martin I, Lampinen TM, McGhee D. Methamphetamine use among marginalized youth in British Columbia. *Revue canadienne de santé publique*, 2006 Jul-Aug;97(4):320-324.
- Matsumoto T, Kamijo A, Miyakawa T, Endo K, Yabana T, Kishimoto H, Okudaira K, Iseki E, Sakai T, Kosaka K. Methamphetamine in Japan: the consequences of methamphetamine abuse as a function of route of administration. *Addiction*, 2002;97(7):809-817.
- Maxwell JC, Cravioto P, Galván F, Ramírez MC, Wallisch LS, Spence RT. Drug use and risk of HIV/AIDS on the Mexico-USA border: a comparison of treatment admissions in both countries. *Drug and Alcohol Dependence*, 2006 Apr;82 Suppl. 1:585-93.
- McKetin R, Kelly E, McLaren J. The relationship between crystalline methamphetamine use and methamphetamine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 2006;85(3):198-204.
- McKetin R, Ross J, Kelly E, Baker A, Lee N, Lubman DI, Mattick R. Characteristics and harms associated with injecting versus smoking methamphetamine among methamphetamine treatment entrants. *Drug and Alcohol Review*, 2008 May;27(3):277-285.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). Methamphetamine: Abuse and addiction. NIDA Research Report Series. September 2006. Consulté en août 2013 à : [www.drugabuse.gov/sites/default/files/rrmetham.pdf](http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/rrmetham.pdf)
- Prestage G, Jin F, Kippax S, Zablotska I, Imrie J, Grulich A. Use of illicit drugs and erectile dysfunction medications and subsequent HIV infection among gay men in Sydney, Australia. *Journal of Sexual Medicine*, 2009 Aug;6(8):2311-2320.
- Réseau juridique canadien VIH/sida. La distribution de trousses pour un usage plus sécuritaire de crack, au Canada : questions et réponses; septembre 2008. Consulté en décembre 2012 à : <http://www.aidslaw.ca/site/distributing-safer-crack-use-kits-in-canada-questions-and-answers/?lang=fr>
- Santé Canada. Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues – 2009. 2009. Ottawa: Santé Canada.
- Semple SJ, Zians J, Strathdee SA, Patterson TL. Sexual marathons and methamphetamine use among HIV-positive men who have sex with men. *Archives of Sexual Behavior*, 2009 Aug;38(4):583-590.
- Spindler HH, Scheer S, Chen SY, Klausner JD, Katz MH, Valleroy LA, Schwarcz SK. Viagra, methamphetamine, and HIV risk: results from a probability sample of MSM, San Francisco. *Sexually Transmitted Diseases*, 2007 Aug;34(8):586-591.
- Strike C, Hopkins S, Watson TM, Gohil H, Leece P, Young S, Buxton J, Challacombe L, Demel G, Heywood D, Lampkin H, Leonard L, Lebounga Vouma J, Lockie L, Millson P, Morissette C, Nielsen D, Petersen D, Tzemis D, Zurba N. Recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes canadiens de réduction des méfaits auprès des personnes qui consomment des drogues et qui sont à risque pour le VIH, le VHC et d'autres méfaits pour la santé – Partie 1. 2013. Consulté en août 2013 à : [www.catie.ca/fr/programmation/meilleures-pratiques-reduction-mefaits](http://www.catie.ca/fr/programmation/meilleures-pratiques-reduction-mefaits)
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health: National findings. 2008. Rockville, Maryland: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies.
- Vocci FJ, Appel NM. Approaches to the development of medications for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction*, 2007 Apr;102 Suppl. 1:96-106.
- Wong W, Chaw JK, Kent CK, Klausner JD. Risk factors for early syphilis among gay and bisexual men seen in an STD clinic: San Francisco, 2002-2003. *Sexually Transmitted Diseases*, 2005 Jul;32(7):458-463.
- Wood E, Stoltz JA, Zhang R, Strathdee SA, Montaner JS, Kerr T. Circumstances of first crystal methamphetamine use and initiation of injection drug use among high-risk youth. *Drug and Alcohol Review*, 2008 May;27(3):270-276.

# 5 Complications liées à l'injection : prévention, évaluation et traitement



**POLITIQUES RECOMMANDÉES POUR DES PRATIQUES EXEMPLAIRES** afin de prévenir, évaluer et traiter les complications liées à l'injection (CLI) :

- Éduquer les clients au sujet des facteurs susceptibles de conduire à des CLI ainsi que des moyens de les prévenir et de les traiter
- Développer et mettre en œuvre des protocoles pour l'évaluation et le traitement de CLI, de même que pour la référence des clients vers d'autres ressources
- Former le personnel des programmes de seringues et d'aiguilles (PSA) et des sites satellites pour qu'il puisse identifier les CLI et fournir de l'éducation sur le sujet aux clients
- Évaluer la prévalence des CLI
- Évaluer et publier toute intervention concernant les CLI.

Les personnes qui s'injectent des drogues peuvent avoir de nombreux problèmes de santé associés à l'injection, notamment : des abcès (poches de pus dans/sous la peau), des ulcères (plaies ouvertes sur la peau), l'insuffisance veineuse, la thrombophlébite (formation de caillots dans des veines), l'endocardite (infection et/ou inflammation au cœur), l'enflure aux mains, l'ostéoarthrite (effritement du cartilage osseux et des os), la bactériémie (infection bactérienne dans le sang) et la scarification de la peau (Del Giudice, 2004). Pour une discussion concernant d'autres CLI, comme la « cotton fever », veuillez consulter les Recommandations de pratiques exemplaires – Partie I, au chapitre 3 : Distribution de filtres (Strike et al., 2013). Les PSA dont le personnel compte des médecins et infirmiers peuvent aider à prévenir ces CLI par l'éducation, et offrir un accès en temps opportun à des traitements. Les programmes de réduction des méfaits sont reconnus pour jouer un rôle important dans la prévention des CLI. Par exemple, une évaluation d'un PSA à Eureka, Californie, a conclu que le nombre accru de seringues échangées et le nombre total de visites au PSA avaient entraîné une diminution du nombre d'abcès liés à l'injection ayant dû être soignés ailleurs dans la communauté (Tomolillo et al., 2007).

## Prévalence des CLI

Les données sur la prévalence des CLI varient fortement, en partie en raison de différences dans leurs définitions et des périodes de temps étudiées. Une étude réalisée à Vancouver a conclu que la prévalence du développement d'un abcès, dans une cohorte de 1 585 personnes s'injectant des drogues, avait été de 21,5 % pendant une période de six mois (Lloyd-Smith et al., 2005). Dans une autre analyse des données d'une étude de cohorte de Vancouver, Lloyd-Smith

et al. (2008) ont observé que la proportion de personnes s'injectant des drogues et présentant des complications à la peau était demeurée sous la barre des 10 % entre le 1er janvier 2004 et le 31 décembre 2005. Un examen rétrospectif de 122 cas de nécrose des couches profondes de la peau ainsi que d'infections de tissus sous-cutanés, recensés dans un seul département des urgences à Oakland, Californie, a conclu que 80 % d'entre eux étaient associés à l'injection de drogues. Ce même examen a mis en relief le risque considérable d'infections nécrosantes (c.-à-d. qui causent la mort de tissus) pour les personnes qui s'injectent des drogues (Frazee et al., 2008).

## Développement de CLI

Les facteurs de risque pour le développement de CLI sont divisés selon les grandes catégories suivantes :

- Forme de la drogue (p. ex., des pilules peuvent contenir des agents structurants qui pourraient se loger sous la peau)
- Contamination de la drogue (p. ex., contamination par des bactéries pathogènes)
- Contamination du matériel d'injection et de la peau
- Point d'injection (p. ex., cou, aine ou mains)
- Méthode d'injection (p. ex., injection sous-cutanée ou intramusculaire)
- Injections ratées (p. ex., injection intraveineuse qui rate la veine et injecte la drogue dans les tissus qui l'entourent)
- Durée et fréquence de la pratique de l'injection; aide pour l'injection
- Facteurs sociaux, démographiques et de santé (p. ex., travail du sexe, logement instable, hépatite C)

Il est important de comprendre que plusieurs de ces facteurs peuvent se présenter en concomitance et accroître le risque de méfaits. L'éducation sur l'injection plus sécuritaire est par conséquent importante, à toutes les périodes auxquelles une personne s'injecte des drogues – de l'initiation jusqu'à l'utilisation à long terme. Pour des conseils généraux sur l'éducation dans les programmes de réduction des méfaits, consultez les Recommandations de pratiques exemplaires : Partie I, au chapitre 10 : Éducation sur une utilisation plus sécuritaire des drogues (Strike et al., 2013).

### Les CLI et la forme de la drogue

L'injection de médicaments d'ordonnance à des fins non médicales a connu une augmentation au Canada et dans d'autres pays (Fischer et al., 2009). Des médicaments d'ordonnance comme l'oxycodone et le bupropion (Wellbutrin) sont fabriqués pour l'administration orale et contiennent des ingrédients comme des poudres et des agents structurants qui ne sont pas destinés à être injectés. Ces ingrédients ne se dissolvent pas facilement dans l'eau, ni en présence d'acidifiants, et peuvent bloquer l'aiguille ou se loger dans la peau (Dwyer et al., 2009). Peu d'études ont examiné la prévalence de complications liées à l'injection de médicaments d'ordonnance destinés à une utilisation orale. Une grande étude auprès de 1 461 personnes s'injectant des drogues, des quatre coins de l'Australie, a conclu que l'injection de médicaments destinés à une prise orale était associée de façon indépendante à des problèmes liés à l'injection (Topp et al., 2008).

L'utilisation de filtres, lors de la préparation des drogues pour l'injection, peut réduire le volume de ces ingrédients entrant dans la circulation sanguine (Dwyer et al., 2009). Pour des conseils sur l'utilisation de filtres, consultez le chapitre 3 : Distribution de filtres, dans Strike et al., Partie I (2013).

L'injection de médicaments d'ordonnance par des moyens différents de ce à quoi ils sont destinés peut également être mortelle. En 2013, des décès dus à l'utilisation intraveineuse de bupropion ont conduit le coroner en chef de l'Ontario à diffuser une alerte officielle. Au moins six décès ont été attribués à l'inhalation ou à l'injection de ce médicament. Le coroner a signalé que l'injection de ce médicament d'ordonnance était associée à une nécrose des tissus (mort de cellules) au point d'injection, ce qui a pu être une cause de décès (Cass, 2013). À l'heure actuelle, seulement deux rapports de cas existent, dans la littérature médicale, à propos de l'injection de ce médicament (Beribeau & Araki, 2013; Opek et al., 2014); et les auteurs de ces deux rapports mettent en relief la nécessité de sensibilisation aux tendances émergentes.

D'autres études ont relié l'injection de « speedballs » (un mélange d'héroïne/opioides et de crack) au développement d'abcès, en comparaison à l'injection d'héroïne ou d'opioïdes seuls (Lloyd-Smith et al., 2008; Phillips & Stein, 2010).

### Les CLI et les drogues contaminées

Certaines pratiques dans le processus de fabrication peuvent contaminer des drogues illicites et entraîner des CLI. Au Royaume-Uni, un examen de cas d'abcès et d'infections des tissus mous parmi les personnes s'injectant des drogues, entre 2000 et 2004, a établi que des bactéries sporifères, comme le *Clostridium botulinum*, dans l'héroïne noire [*black tar*], étaient responsables du développement d'infections locales et systémiques (Brett et al., 2005). D'autres bactéries sporifères, comme le *Clostridium tetani*, peuvent contaminer des drogues lors de manipulations ou de procédés en présence de contaminants, ou en raison d'additifs contaminés (Hahné et al., 2006). Cette étude met en relief l'importance de la vaccination contre le tétanos, pour les personnes qui s'injectent des drogues, car elles peuvent être exposées également à ce pathogène par l'intermédiaire de drogues. Le botulisme par blessure demeure un risque lié à l'injection de drogues. Entre décembre 2014 et février 2015, 23 cas de botulisme par blessure ont été déclarés chez des personnes s'injectant des drogues : huit en Norvège et 15 en Écosse (Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, 2015).

### Les CLI et les contaminants sur la peau et/ou le matériel d'injection

La contamination sur la surface de la peau a également été cernée comme influençant le développement de CLI. Dans une étude cas-témoins auprès de 151 personnes s'injectant des drogues, on a constaté que le nettoyage de la peau à l'aide d'alcool réduisait la probabilité de CLI (RC 0,48, 95% IC : 0,32-0,74; Murphy et al., 2001). Des observations semblables ont été signalées dans une enquête auprès de 1 057 personnes s'injectant des drogues, à Baltimore, où les participants qui nettoyaient toujours leur peau (à l'aide d'alcool, de savon et d'eau, d'iode ou d'autres moyens) avaient une fréquence plus faible d'endocardite que les individus qui ne le faisaient jamais (0,6 % comparé à 1,6 %; Vlahov et al., 1992). Des microbes de la bouche peuvent également être introduits dans les solutions de drogues, si on croque des pilules afin de les réduire en poudre (Gordon & Lowy, 2005). Le léchage de l'aiguille avant l'injection peut également introduire des bactéries buccales sous la peau (Binswanger et al., 2000; Gordon & Lowy, 2005).

Une mauvaise hygiène des mains a également été associée à des CLI. Dans une enquête transversale auprès de 393 personnes s’injectant des drogues dans six emplacements en Australie, le manque d’assiduité dans le lavage des mains a été associé de façon indépendante à de sérieuses CLI, au cours de l’année ayant précédé l’étude (RCA 9,3, 95 % 2,1-41,8); une mauvaise hygiène des mains a également été associée à de multiples cas de CLI au cours de la même période (RCA 1,9, 95 % IC 1,2-1,9; Dwyer et al., 2009). Dans cette étude, on a également constaté que les facteurs de protection contre le développement de complications non sévères étaient l’auto-injection sans exception (RCA 0,30; IC 0,10-0,84) et l’utilisation soutenue d’eau stérile, au cours des quatre semaines précédentes (RCA 0,46, IC 0,22-0,97; Dwyer et al., 2009).

La réutilisation de matériel d’injection peut conduire à des CLI et créer des conditions favorables à la transmission de pathogènes hématogènes. Une étude réalisée à Vancouver, auprès de 1 065 personnes s’injectant des drogues, a démontré que l’emprunt d’une seringue usagée était associé à une plus forte probabilité de développer une infection des tissus mous ou de la peau (RCA 1,60, IC 1,03-2,48; Lloyd-Smith et al., 2008). Les participants qui ont déclaré avoir besoin d’aide pour faire leurs injections étaient également à risque plus élevé de développer une CLI (RCA 1,42, IC 1,03-1,94). Dans une étude auprès de 200 personnes s’injectant des drogues, à Sydney, Australie, le partage de matériel d’injection a également été associé de façon importante au développement de CLI (Darke et al., 2001). Peu de recherches ont examiné les effets de la réutilisation de seringues sur la structure physique de la pointe de l’aiguille et le rôle de celle-ci dans le développement de CLI. Un grand fabricant canadien de seringues et d’aiguilles souligne cependant que la réutilisation d’aiguilles peut comporter un risque de CLI en raison de l’affaiblissement et de l’émoussement de la pointe de l’aiguille alors que celle-ci est destinée à une seule utilisation (voir le site Web de BD à [www.bd.com/ca/diabetes/english/page.aspx?cat=14501&id=14766](http://www.bd.com/ca/diabetes/english/page.aspx?cat=14501&id=14766)). Par ailleurs, la pointe endommagée d’une aiguille peut casser et demeurer sous la peau, causant plus de dommages aux tissus.

L’amélioration de l’hygiène des mains, le nettoyage de la peau avec de l’alcool avant l’injection et l’évitement de toute réutilisation de matériel d’injection peuvent, par conséquent, réduire l’incidence de CLI.

### Les CLI et les méthodes d’injection

L’injection intramusculaire (« muscle popping ») et sous-cutanée (dans la couche adipeuse sous la peau, « skin

popping ») de drogues a été associée à des CLI (Murphy et al., 2001). L’examen d’une épidémie de fasciite nécrosante parmi les personnes s’injectant de l’héroïne noire, en Californie, a permis de constater que celle-ci était associée aux injections intramusculaires et sous-cutanées (Kimura et al., 2004). Ces méthodes d’injection peuvent également créer de petites poches de liquide qui font pression sur les tissus avoisinants, conduisant à une diminution de la circulation sanguine et, à terme, à la mort de cellules; les effets locaux de la drogue et les bactéries captives de ces tissus accroissent également le risque de formation d’abcès (Murphy et al., 2001).

Le « booting », « kicking », « flushing » ou « flagging » – une pratique consistant à aspirer du sang dans une seringue contenant de la drogue, avant de poursuivre l’injection – a été associée à des infections des tissus mous (Brunsdon, 2010; Greenfield et al., 1992). Les personnes qui s’injectent des drogues ont parfois recours à cette pratique pour s’assurer que l’aiguille est insérée dans une veine, ou « pour forcer la drogue à circuler plus rapidement dans le corps » et/ou pour faire en sorte que toute la solution de drogue contenue dans le baril de la seringue soit introduite dans la veine (Brunsdon, 2010). Cependant, lorsque l’utilisateur tire sur le piston de la seringue pour aspirer du sang, il se peut que la veine se contracte légèrement et que l’aiguille bouge et égratigne l’intérieur de la veine, ce qui peut conduire à une scarification et à un durcissement de la veine (Brunsdon, 2010). La littérature que nous avons examinée pour la rédaction de ce chapitre ne distingue pas « flagging » et « booting ». Il peut être important de signaler aux utilisateurs de services que le « flagging » concerne l’apparition d’une petite quantité de sang dans le baril de la seringue, près du raccord de l’aiguille; alors qu’un « booting » emplit de sang tout le baril de la seringue (Lampkin, communication personnelle, 2015).

Quelques études ont signalé les liens entre le « booting », l’injection sous-cutanée et les CLI. Une étude cas-témoins auprès de 151 personnes s’injectant des drogues à San Francisco, Californie (et de 267 personnes dans le groupe témoin) a observé que la formation d’abcès au cours de l’année précédente avait été associée à une fréquence plus élevée d’injection sous-cutanée (RC 6,13, IC 3,51-10,70), de « booting » lors de l’injection sous-cutanée (RC 1,56, 1,13-2,14) ou sans injection sous-cutanée (OR 2,33, 1,46-3,70; Murphy et al., 2001). Dans une autre étude auprès de personnes s’injectant des drogues dans la région de San Francisco, Binswanger et al. (2000) ont observé une probabilité accrue de CLI associée à l’injection sous-cutanée (RC 4,9, 2,2-11,4). Un examen des cas d’infection des tissus mous dus à des bactéries sporifères, entre 2000 et 2004 au Royaume-Uni, a également constaté que les injections

sous-cutanées et intramusculaires constituaient le risque le plus élevé de développer des complications aux tissus mous comme la fasciite nécrosante (Brett et al., 2005). L'utilisation de jus de citron afin de dissoudre des drogues comme le crack, pour en faire une solution injectable, a été associée à des cas de CLI (Waninger, 2008). Au Royaume-Uni, une étude qualitative auprès de 44 personnes s'injectant dans l'aîne a permis de constater que les cas déclarés de dommages aux veines étaient associés à une combinaison de « speedball » et de piqûres ratées, d'engourdissement de la peau par le contact avec le crack, de même que d'utilisation excessive d'acide citrique (Rhodes et al., 2007).

L'injection dans les tissus, plutôt que dans les veines, peut accroître le risque de développement de CLI. Les PSA pourraient avoir à développer plus de matériel éducatif abordant ces pratiques d'injection.

### Les CLI et la carrière d'injection

Des recherches ont mis en lumière des liens entre la durée d'injection de drogues (y compris la fréquence de l'injection) et le développement de CLI. Une étude australienne a observé une corrélation considérable entre la fréquence de l'injection dans le mois précédant l'étude et le nombre de problèmes en cours liés à l'injection ( $r = 0,20$ ,  $p < 0,005$ ; Darke et al., 2001). Une autre étude australienne, auprès de 393 personnes s'injectant des drogues, a observé que l'injection quotidienne ou plus fréquente (RCA 1,7, 95 % IC 1,7-2,2) était associée de façon indépendante à des CLI dans l'année précédente (Dwyer et al., 2009). Des données d'une enquête auprès de 1 961 personnes s'injectant des drogues, en Australie, ont permis de constater que l'injection quotidienne ou plus fréquente était associée de façon indépendante à des CLI (Topp et al., 2008). L'inexpérience dans l'injection de drogues a également été associée à des CLI. En 2008, une étude auprès de personnes s'injectant des drogues, à Vancouver, a observé que le besoin d'assistance pour l'injection (RCA 1,142, IC 1,03-1,94) était associé de façon indépendante à un risque accru d'infections de la peau liées à l'injection (Lloyd-Smith et al., 2008).

### Les CLI et les points d'injection

S'injecter dans des parties du corps comme l'aîne et le cou comporte des risques accrus, puisque les vaisseaux sanguins (veines et artères) dans ces régions sont plus gros et difficiles à repérer pour se faire l'injection; tout dommage aux veines dans ces parties du corps peut affecter la circulation sanguine systémique (Darke et al., 2001). Une étude réalisée en Australie a montré qu'avec le temps, il y a une progression quant aux points d'injection : du creux du bras,

vers l'avant-bras (deux ans après avoir commencé la pratique de l'injection) et le bras (3,5 années après avoir commencé la pratique de l'injection; Darke et al., 2001). L'injection dans la main a été observée quatre ans après le début de l'injection; puis dans le pied, le cou et la jambe, six ans après le début de l'injection; et dans l'aîne et les doigts et orteils, dix ans après le début de l'injection (Darke et al., 2001). Une autre étude australienne, auprès de 393 personnes s'injectant des drogues, a observé que l'injection à trois endroits du corps ou plus (RCA 1,5, 95% IC 1,1-2,0) et l'injection dans d'autres endroits que les bras (c.-à-d., l'aîne, etc.; RCA 1,7, 95 % 1,3-2,2) étaient associées de façon indépendante à des CLI dans l'année précédant l'étude (Dwyer et al., 2009). Un examen des complications artérielles liées à la consommation de drogues a conclu qu'une injection dans l'aîne pouvait conduire à l'injection dans la paroi de l'artère fémorale ou les tissus entourant l'artère (« injection ratée »); et que ceci conduisait ultérieurement à des abcès et potentiellement à une rupture d'artères pouvant être fatale (Coughlin & Mavor, 2006). L'injection dans l'aîne peut avoir des conséquences à long terme également. L'injection dans les veines fémorales accroît le risque de maladie chronique des veines, un trouble douloureux et potentiellement débilitant, aux membres inférieurs (Pieper et al., 2007).

L'injection dans les grands groupes de muscles, comme les cuisses, le fessier ou les deltoïdes, est également associée à des CLI. Une étude réalisée entre novembre 1999 et avril 2000, examinant le recours à des soins de santé par 242 personnes s'injectant des drogues à Seattle, État de Washington, a permis d'observer que 72,3 % des participants avaient des abcès nécessitant des visites à l'hôpital (Takahashi et al., 2003). La cellulite n'était présente que dans les bras ou les jambes; la plupart des abcès étaient aux bras, aux deltoïdes et au fessier (81,1 %); et 59 % des individus ayant des abcès aux deltoïdes ainsi que 45 % en ayant au fessier avaient eu besoin d'être hospitalisés. Les auteurs de cette étude ont signalé que les abcès aux deltoïdes étaient souvent dus à l'injection intramusculaire et avaient le potentiel de devenir des infections profondes. Le manque de vaisseaux sanguins près de la surface de la peau des fesses était probablement la raison des injections plus profondes dans le muscle, causant des abcès (Takahashi et al., 2003).

En outre, il existe des rapports médicaux concernant des individus qui maintenaient et utilisaient une plaie à injection (« shooter's patch »), c'est-à-dire un ulcère ouvert, sur la peau, ayant une bonne irrigation sanguine, afin de s'y faire leurs injections (Hasanovi et al., 2013; Iyer et al., 2012). Le fait de maintenir une telle plaie ouverte sur la peau est susceptible d'accroître le risque d'infections graves.

Le choix du point d'injection est un autre facteur potentiel d'apparition de CLI. L'éducation des clients sur les techniques d'injection plus sécuritaires et de la rotation des points d'injection peut contribuer à réduire les CLI.

### **Les CLI, comorbidités et facteurs sociodémographiques**

Quelques facteurs sociodémographiques ont été associés aux CLI. Une étude auprès de personnes s'injectant des drogues à Vancouver a observé que le genre féminin (RC 1,7, IC 1,2-2,4,  $p=0,002$ ), l'incarcération récente (RC 1,7, IC 1,3-2,2,  $p<0,001$ ), l'implication dans le travail du sexe (RC 1,4, IC 1,0-2,0,  $p=0,03$ ) et la séropositivité au VIH (RC 1,5, IC 1,2-2,0,  $p=0,003$ ) étaient associés au fait d'avoir un abcès (Lloyd-Smith et al., 2005). Une étude ultérieure a observé que l'instabilité du logement (RCA 1,49, IC 1,10-2,03) était également associée à un risque accru d'infections de la peau liées à l'injection (Lloyd-Smith et al., 2008).

Des troubles de santé concomitants pouvant avoir un impact sur le système immunitaire sont également en cause dans le développement de CLI. Une étude auprès de 1 961 personnes s'injectant des drogues, recrutées dans 45 PSA en Australie, a conclu que l'état sérologique positif pour les anticorps au VHC était lié de façon indépendante à des CLI (Topp et al., 2008). Puisqu'une détérioration du système immunitaire peut se produire naturellement avec le vieillissement, il a également été avancé que le fait d'être plus âgés peut également prédisposer des individus à des CLI (Dwyer et al., 2009).

### **Autogestion des CLI et services des PSA pour les soins de la peau et des veines**

Puisque les CLI sont répandues parmi les personnes s'injectant des drogues, l'autogestion des complications a été examinée dans la littérature de recherche. Dans une étude auprès de 101 participants, à Washington, D.C., 81,2 % ont déclaré avoir une plaie et 93,9 % ont déclaré avoir recours à l'autogestion des CLI (Roose et al., 2009). Les pratiques d'autosoins les plus fréquemment déclarées incluaient le nettoyage des plaies et l'application d'un onguent. Un certain nombre de participants avaient des comportements considérés comme comportant un risque plus élevé, comme l'acquisition d'antibiotiques sans ordonnance, la « manipulation de leurs plaies » (c.-à-d., pincer un abcès ou intervenir localement) et l'utilisation d'eau chaude pour nettoyer le centre d'un abcès ouvert. Des analyses statistiques ont également indiqué que les personnes s'injectant des amphétamines étaient plus susceptibles de tels comportements néfastes d'autogestion (RCA 4,38, IC 1,15-16,64; Roose et al., 2009). Compte tenu de

ces observations, il est important de conseiller les clients des programmes sur l'identification des CLI et la prise en charge appropriée des plaies. Étant donné que plusieurs personnes s'injectant des drogues affirment que la surveillance des points d'injection par un médecin ou une infirmière est acceptable et constitue une composante importante des soins continus (Small et al., 2008; Winstock et al., 2009), des services pour les soins de la peau et des veines peuvent être intégrés dans les services de PSA qui offrent des soins médicaux et/ou d'infirmierie.

Il existe toutefois peu d'études sur les services de soins de la peau et des veines à l'intention des personnes s'injectant des drogues; celles que nous avons examinées faisaient état d'approches diverses. Par exemple, Grau et al. (2002) ont fait état d'une clinique d'Oakland, Californie, affiliée à un PSA qui avait recours à des bénévoles (médecins, infirmiers, techniciens en urgence médicale et individus non formés). Dans l'ensemble, 57 % de tous les clients ont reçu des antibiotiques à prise orale, alors que 47 % ont reçu des traitements topiques des CLI. Des services de référence à un traitement continu et à un suivi faisaient également partie intégrante de ce programme. Un peu plus de la moitié des clients ont eu besoin de plus de deux références pour un suivi pour des plaies et des soins primaires (56 %). Le bouche à oreille et des cartons d'information insérés dans les trousseaux ont fait connaître le programme dans la communauté immédiate et les régions avoisinantes.

Un autre type de programme fournissait des soins pour les plaies par le biais de services mobiles et de proximité. En réponse à des taux élevés d'abcès et de plaies chroniques parmi les clients, en 2012 le PSA de Baltimore a convenu d'un partenariat avec le Johns Hopkins Wound Healing Centre afin d'établir une clinique mobile pour les plaies (Robinowitz et al., 2014). Cette clinique fournissait des soins pour les plaies aux clients du PSA; en 16 mois, 78 individus ont été traités (plus de 172 visites). L'implantation de la clinique pour les plaies dans un programme déjà établi a été considérée comme un moyen de surmonter des obstacles comme le coût, les problèmes de transport et la stigmatisation, de même qu'une façon de faire en sorte que les clients puissent recevoir des soins spécialisés pour les plaies. Entre mai 2012 et août 2013, la majorité des plaies traitées étaient chroniques (67,4 %) et 32,2 % étaient des plaies aiguës ou des abcès. Les traitements fournis incluaient l'évaluation des plaies, le nettoyage, l'incision et le drainage des abcès. L'évaluation du programme a révélé qu'il offrait un rapport coût-efficacité avantageux, réduisait les visites aux urgences et fournissait une prise en charge des plaies qui était nécessaire, en particulier pour les personnes ayant des plaies chroniques. Les auteurs de cette évaluation

ont signalé toutefois un certain nombre de défis dans le fonctionnement du service. Le manque d'espace limitait la prestation de services à un client à la fois; la rétention des clients et le suivi étaient difficiles parce que de nombreux patients n'étaient pas joignables par téléphone et plusieurs rencontraient des défis dans la tâche de prendre soin de leurs plaies, en raison d'un manque d'accès à de l'eau propre ainsi que de l'instabilité quant au logement.

En outre, les services pour le soin des plaies à l'intention des personnes s'injectant des drogues, ne doivent pas nécessairement être greffés à des PSA. Un grand nombre d'infections des tissus mous, associés à l'injection, dans la communauté, a conduit l'Hôpital général de San Francisco, Californie, à établir les Services intégrés pour les infections des tissus mous (Harris & Young, 2002). Des analyses statistiques ont révélé que ces services ont permis de réduire le nombre de visites aux urgences de 33,9 %, et le nombre d'hospitalisations pour des infections des tissus mous de 33,7 %. Autre fait d'importance, les auteurs de l'étude ont observé que peu de patients ne revenaient pas pour les suivis (14 %). Les PSA pourraient avoir intérêt à développer des protocoles de référence vers des programmes spécialisés de soins des plaies dotés de personnel médical.

Bien que ces trois programmes aient recours à des approches différentes, il en ressort trois composantes cruciales à un programme efficace pour les soins de la peau et des veines des personnes s'injectant des drogues :

- Inclusion dans l'équipe de personnel médical (médecins, infirmières) fournissant des soins spécialisés (y compris la prescription d'antibiotiques et des interventions chirurgicales)
- Références en temps opportun
- Promotion de ces services

---

## Sommaire des données sur les complications liées à l'injection – prévention, évaluation et traitement

Les données présentées dans ce chapitre sont issues d'une variété de sources. La majorité des données concernant les CLI sont tirées d'études transversales auprès de personnes s'injectant des drogues. Des rapports de cas ont également été utilisés pour mettre en relief des enjeux émergents relatifs aux soins de la peau et des veines, pour les personnes s'injectant des drogues. Des revues de la littérature ont été consultées afin de condenser le vaste corpus de littérature médicale sur les CLI rencontrées dans la pratique clinique. Peu d'études explorant les services de soins pour la peau et les veines ont été repérées dans le corpus de recherche, pour ce chapitre; le peu de littérature sur les interventions de soins pour la peau et les veines indique la nécessité de mieux rapporter cet aspect de la prestation de services et la recherche sur le sujet.

Lorsque la prestation de services et l'évaluation de soins pour la peau et les veines augmenteront, nous nous attendons à des données plus abondantes pour appuyer les PSA dans le développement et la mise en œuvre de services fondés sur des données probantes.

## Références

- Beribeau D, Araki KF. Intravenous bupropion: A previously undocumented method of abuse of a commonly prescribed antidepressant agent. *Journal of Addiction Medicine*, 2013;7(3):216-217.
- Binswanger IA, Kral AH, Bluthenthal RN, Rybold DJ, Edlin BR. High prevalence of abscesses and cellulitis among community-recruited injection drug users in San Francisco. *Clinical Infectious Diseases*, 2000; 30:579-581.
- Brett MM, Hood J, Brazier JS, Duerden BI, Hahné SJ. Soft tissue infections caused by spore-forming bacteria in injecting drug users in the United Kingdom. *Epidemiology and Infection*, 2005 Aug;133(4):575-582.
- Brunsdon N. Flushing causes damage; 2010. Consulté en décembre 2014 à : [www.injectingadvice.com/v4/index.php/articles/harm-reduction-practice/141-flushing-causes-damage](http://www.injectingadvice.com/v4/index.php/articles/harm-reduction-practice/141-flushing-causes-damage)
- Cass, D. Interim Chief Coroner's alert to Ontario physicians and pharmacists; 2013. Consulté en décembre 2014 à : [www.cfpc.ca/uploadedFiles/Publications/\\_PDFs/130507%20Alert%20to%20Ontario%20Physicians%20and%20Pharmacists%20re%20Bupropion.pdf](http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Publications/_PDFs/130507%20Alert%20to%20Ontario%20Physicians%20and%20Pharmacists%20re%20Bupropion.pdf)
- Coughlin PA, Mavor AID, Arterial consequences of recreational drug use. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 2006 Oct;32(4):389-396.
- Darke S, Ross J, Kaye S. Physical injecting sites among injecting drug users in Sydney, Australia. *Drug Alcohol Dependence*, 2001 Mar;62(1):77-82.
- Del Giudice P. Cutaneous complications of intravenous drug abuse. *British Journal of Dermatology* 2004;150:1-10.
- Dwyer R, Topp L, Maher L, Power R, Hellard M, Walsh N, Jauncey M, Conroy A, Lewis J, Aitken C. Prevalences and correlates of non-viral injecting-related injuries and diseases in a convenience sample of Australian injecting drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 2009 Feb;100(1-2):9-16.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Wound botulism in people who inject heroin, Norway and the United Kingdom – 14 February 2015. Stockholm: ECDC; 2015.
- Fischer B, Rehm J, Gittins J. Aperçu de la consommation à des fins non médicales des médicaments sur ordonnance et des questions de justice pénale au Canada. Ministère de la Justice, 2009. Consulté en mars 2015 à : [www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jp-cj/victim/rr13\\_16/rr13\\_16.pdf](http://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jp-cj/victim/rr13_16/rr13_16.pdf)
- Frazer BW, Fee C, Lynn J, Wang R, Bostrom A, Hargis C, Moore P. Community-acquired necrotizing soft tissue infections: A review of 122 cases presenting to a single emergency department over 12 years. *Journal of Emergency Medicine*, 2008 Feb;34(2):139-146.
- Gordon RJ, Lowy FD. Bacterial infections in drug users. *New England Journal of Medicine*, 2005 Nov;353(18):1945-1954.
- Grau LE, Arevalo S, Catchpool C, Heimer R. Expanding harm reduction services through a wound and abscess clinic. *American Journal of Public Health*, 2002;92(12):1915-1917.
- Greenfield L, Bigelow GE, Brooner RK. HIV risk behavior in drug users: Increased blood "booting" during cocaine injection. *AIDS Education and Prevention*, 1992;4(2):95-107.
- Hahné SJ, White JM, Crowcroft NS, Brett MM, George RC, Beeching NJ, Roy K, Goldberg D. Tetanus in injecting drug users, United Kingdom. *Emerging Infectious Diseases*, 2006 Apr;12(4):709-710.
- Hasanovi M, Pajevi I, Kuldija A, Deli A, Sutovi A. Chronic multiple skin ulcers in an i.v. drug user (shooter's patch) disappeared after treatment with buprenorphine/naloxone(suboxone). Abstracts of the 21th European Congress of Psychiatry 1540 – European Psychiatry, 2013;28(Suppl 1).
- Harris HW, Young DM. Care of injection drug users with soft tissue infections in San Francisco, California. *Archives of Surgery*, 2002 Nov;137(11):1217-1222.
- Iyer S, Pabari A, Khoo C. A well vascularised muscle flap--drug user's dream. *Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 2012;65:399
- Kimura AC, Higa JI, Levin RM, Simpson G, Vargas Y, Vugia DJ. Outbreak of necrotizing fasciitis due to *Clostridium sordellii* among black-tar heroin users. *Clinical Infectious Diseases*, 2004 May 1;38(9):e87-91.
- Lloyd-Smith E, Kerr T, Hogg RS, Li K, Montaner JS, Wood E. Prevalence and correlates of abscesses among a cohort of injection drug users. *Harm Reduction Journal*, 2005 Nov;10;2:24.
- Lloyd-Smith E, Wood E, Zhang R, Tyndall MW, Montaner JS, Kerr T. Risk factors for developing a cutaneous injection-related infection among injection drug users: A cohort study. *BMC Public Health*, 2008 Dec;8:405.

- Murphy EL, DeVita D, Liu H, Vittinghoff E, Leung P, Ciccarone DH, Edlin BR. Risk factors for skin and soft-tissue abscesses among injection drug users: a case-control study. *Clinical Infectious Disease*, 2001;33:35-40.
- Oppek K, Koller G, Zwergal A, Pogarell O. Intravenous administration and abuse of bupropion: A case report and a review of the literature. *Journal of Addiction Medicine*, 2014 Jul-Aug;8(4):290-293.
- Phillips KT, Stein MD. Risk practices associated with bacterial infections among injection drug users in Denver, Colorado. *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 2010 Mar;36(2):92-97.
- Pieper B, Kirsner RS, Templin TN, Birk TJ. Injection drug use: An understudied cause of venous disease. *Archive of Dermatology*, 2007 Oct;143(10):1305-1309.
- Rhodes T, Briggs D, Kimber J, Jones S, Holloway G. Crack-heroin speedball injection and its implications for vein care: Qualitative study. *Addiction*, 2007 Nov;102(11):1782-1790.
- Robinowitz N, Smith ME, Serio-Chapman C, Chaulk P, Johnson KE. Wounds on wheels: Implementing a specialized wound clinic within an established syringe exchange program in Baltimore, Maryland. *American Journal of Public Health*, 2014 Nov;104(11):2057-2059.
- Roose RJ, Hayashi AS, Cunningham CO. Self-management of injection-related wounds among injecting drug users. *Journal of Addiction Disease*, 2009;28(1):74-80.
- Small W, Wood E, Lloyd-Smith E, Tyndall M, Kerr T. Accessing care for injection-related infections through a medically supervised injecting facility: A qualitative study. *Drug and Alcohol Dependence*, 2008 Nov;98(1-2):159-162.
- Strike C, Hopkins S, Watson TM, Gohil H, Leece P, Young S, Buxton J, Challacombe L, Demel G, Heywood D, Lampkin H, Leonard L, Lebounga Vouma J, Lockie L, Millson P, Morissette C, Nielsen D, Petersen D, Tzemis D, Zurba N. *Recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes canadiens de réduction des méfaits auprès des personnes qui consomment des drogues et qui sont à risque pour le VIH, le VHC et d'autres méfaits pour la santé – Partie 1*. Toronto, ON : Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes de réduction des méfaits au Canada. 2013.
- Takahashi TA, Merrill JO, Boyko EJ, Bradley KA. Type and location of injection drug use-related soft tissue infections predict hospitalization. *Journal of Urban Health*, 2003;80:127-136.
- Tomolillo CM, Crothers LJ, Aberson CL. The damage done: A study of injection drug use, injection related abscesses and needle exchange regulation. *Substance Use and Misuse*, 2007;42(10):1603-1611.
- Topp L, Iversen J, Conroy A, Salmon AM, Maher L; Collaboration of Australian NSPs. Prevalence and predictors of injecting-related injury and disease among clients of Australia's needle and syringe programs. *Australia and New Zealand Journal of Public Health*, 2008 Feb;32(1):34-37.
- Vlahov D, Sullivan M, Astemborski J, Nelson KE. Bacterial infections and skin cleaning prior to injection among intravenous drug users. *Public Health Reports*, 1992;107:595-598.
- Waninger K. Use of lemon juice to increase crack cocaine solubility for intravenous use. *Journal of Emergency Medicine*, 2008;34(2):207-211.
- Winstock AR, Nittis M, Whitton G, Lea T. Opioid dependent patients' experiences of and attitudes towards having their injecting sites examined. *International Journal of Drug Policy*, 2009 Jan;20(1):85-89.

# 6 Services de dépistage du VIH, des hépatites C et B ainsi que de la tuberculose



**POLITIQUES RECOMMANDÉES POUR DES PRATIQUES EXEMPLAIRES** afin d'améliorer la connaissance, chez les clients, de leur statut d'infection à VIH, à l'hépatite C (VHC), à l'hépatite B (VHB) et à la tuberculose, et de prévenir la transmission ultérieure de ces maladies infectieuses en facilitant l'accès au dépistage et à du soutien :

- Éduquer les clients à propos des bienfaits d'un dépistage périodique, d'un diagnostic précoce et de traitements pour le VIH, le VHC, le VHB et la tuberculose
- Éduquer les clients à propos des types de dépistage offerts pour favoriser un choix éclairé
- Référer les clients à des fournisseurs de services de dépistage et de counselling dans la communauté
- Établir et maintenir des relations avec une variété de fournisseurs de services de dépistage et de counselling, en particulier ceux qui ont de l'expérience de travail auprès de personnes qui consomment des drogues
- Mettre en œuvre des services de counselling pré- et post-test ainsi que de dépistage volontaire du VIH, du VHC, du VHB et de la tuberculose, en conformité avec la réglementation et les lignes directrices municipales, provinciales et fédérales
- Évaluer et publier toute intervention de dépistage réalisée.

## Dépistage pour les personnes qui consomment des drogues

Des facteurs sociaux et sexuels et des comportements en lien avec la consommation de drogues (p. ex., le partage de matériel) se combinent pour accroître le risque d'infection et de transmission de pathogènes, chez les personnes qui consomment des drogues. Les pathogènes particulièrement préoccupants sont le VIH, le VHC, le VHB, la TB, la syphilis, la chlamydia et la gonorrhée. La transmission de la syphilis, de la chlamydia et de la gonorrhée est principalement sexuelle, tandis que le VIH, le VHC et le VHB peuvent se transmettre par les rapports sexuels et plusieurs autres voies (p. ex., injections intraveineuses, intramusculaires et sous-cutanées). Le risque de TB est principalement associé à des facteurs socioéconomiques comme le logement surpeuplé et l'alimentation inadéquate ainsi qu'à des affections existantes qui suppriment la réponse du système immunitaire (p. ex., l'infection à VIH). Des soins médicaux inconsistants ainsi que des hésitations concernant le dévoilement de la consommation de drogues peuvent retarder la reconnaissance d'infections et accroître le risque de maladie et de morbidité s'y rattachant. La recherche a déjà démontré qu'en comparaison avec celles qui ne s'injectent pas de drogues, les personnes qui s'en injectent ont un risque plus élevé de retarder l'amorçage d'un traitement après un diagnostic d'infection à VIH (Torian et al., 2008). Elles sont également souvent diagnostiquées à un stade plus avancé de la maladie (Grigoryan et al., 2009). Un diagnostic plus tardif accroît les chances de déficit immunitaire sévère et de décès; or un diagnostic concomitant de VIH/sida

(c.-à-d., diagnostic de sida dans le mois suivant le diagnostic initial de VIH) double le risque de décès dans les quatre mois suivant le diagnostic (Hanna et al., 2008).

La nécessité du dépistage des maladies infectieuses hématogènes est mise en relief par des données de la Phase 3 de l'Enquête I-Track, qui démontrent que 79 % des participants séropositifs au VIH étaient au courant de leur statut et que 85 % des participants séronégatifs au VIH avaient été dépistés pour le VIH au cours des deux années précédentes (ASPC, 2014). Puisque les programmes de seringues et d'aiguilles (PSA) sont souvent les seules sources de services préventifs pour les personnes qui consomment des drogues, ces programmes sont des sites importants pour offrir des services de soins primaires qui incluent le dépistage et la vaccination.

De fait, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) reconnaît l'importance du dépistage et recommande aux PSA d'offrir le dépistage des maladies infectieuses hématogènes et des infections transmissibles sexuellement (ITS) de pair avec le counselling, de même que des soins pour les plaies, en s'affiliant étroitement à d'autres programmes de santé (2007). Le Conseil de la santé de la Saskatchewan recommande de plus que tous les clients ayant recours à des PSA soient dépistés pour le VIH et le VHC, et propose que le statut de dépistage soit un indicateur clé de l'évaluation des PSA (Thompson, 2008). Ils recommandent également que les clients soient dépistés tous les 12 mois pour faire en sorte que chaque individu ayant recours à un PSA soit au courant de son état sérologique pour le VIH et le VHC.

(Pour des orientations sur le dépistage des ITS, veuillez consulter les Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement de l'Agence de la santé publique du Canada : [www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php).)

### Prévalence du VIH, du VHC, du VHB et de la TB

En 2008, 16,9 % des Canadiens vivant avec le VIH avaient contracté l'infection en s'injectant des drogues (ASPC, 2010). En 2011, une modélisation des nouvelles infections (toutes causes confondues) a estimé le nombre de nouveaux cas de VIH à 3 175 (étendue : 2 250-4 100); 13,7 % de ces infections étaient attribuées à l'injection de drogues (ASPC, 2012). Un nombre estimatif de 2 890 personnes qui s'injectent des drogues au Canada ne sont pas au courant de leur séropositivité au VIH (ASPC, 2012). La prévalence du VIH déclarée parmi les personnes qui inhalent du crack varie : elle est de 19 % à Vancouver, de 6 % à Toronto et de 10,6 % à Ottawa (Bayoumi et al., 2012; Leonard, 2010; Shannon et al., 2008). À Vancouver, la prévalence du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues et qui inhalent du crack est estimée à 31 % (Shannon et al., 2008).

L'hépatite virale demeure une préoccupation parmi les personnes qui consomment des drogues au Canada. Entre 2004 et 2008, 63 % des infections à VHC aiguës étaient attribuées à l'injection de drogues et 9 % au reniflage de drogues, au Canada (ASPC, 2009). Les résultats de l'enquête I-Track (2010-2012) indiquent que 68 % des 2 575 participants étaient séropositifs au VHC et que 9,5 % avaient la coinfection VIH/VHC (ASPC, 2014). On estime qu'entre 2006 et 2026, au Canada, 137 000 personnes qui s'injectent des drogues développeront des complications liées au VHC (Werb et al., 2011). Entre 2005 et 2010, 12,2 % des infections à VHB aiguës au Canada ont été attribuées à l'injection de drogues et 6,9 % étaient dues à la consommation de drogues par d'autres méthodes que l'injection (c.-à-d., reniflage; ASPC, 2011). Le nombre réel d'infections pourrait être plus élevé, car les comportements à risque n'ont pas été déclarés dans 34,5 % des cas (ASPC, 2011).

Il existe quelques études sur la TB parmi les personnes qui consomment des drogues au Canada. Dans une étude transversale réalisée à Toronto auprès de 155 personnes s'injectant des drogues, la prévalence d'un résultat positif au test cutané à la tuberculine était de 31 % (95 % IC 23,8-38,9 %; Rusen et al., 1999). Une part importante des données à l'appui du dépistage de la TB vient des États-Unis et concerne des personnes qui inhalent du crack. Un examen des enquêtes sur des éclosions de TB aux É.-U. a permis d'observer que la transmission de la TB est généralement catalysée par une

immunité affaiblie associée à la consommation de crack, à des périodes prolongées d'infection à TB active (plutôt que latente), à des retards dans la demande de soins médicaux, à un logement instable, à un logement surpeuplé et au partage de matériel pour la consommation de drogues dans des espaces mal ventilés comme des « maisons de crack » (Mitruka et al., 2011). Les individus qui inhalent du crack sont également plus susceptibles de recevoir un résultat positif à l'analyse des expectorations, pour dépister la TB, comparativement aux personnes qui ne consomment pas de drogues (Story et al., 2008).

La coinfection avec un ou plusieurs des pathogènes susmentionnés peut compliquer le traitement et accroître le risque de mortalité. Il est estimé qu'entre 1,6 % et 5,8 % des personnes vivant avec le VIH au Canada ont la TB active (Phypers, 2007). Dans un examen du statut VIH de patients de la TB aux États-Unis, entre 1993 et 2005, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont signalé que 35 % des personnes qui s'injectent des drogues ont la coinfection et que 27 % des personnes qui consomment des drogues par d'autres méthodes (c.-à-d., reniflage ou inhalation) ont également la coinfection (2007). Une étude canadienne parmi 275 personnes qui s'injectent des drogues dans la région d'Edmonton a révélé que la prévalence du VIH y était de 23,9 %; celle du VHC, de 66,1 %; et celle de la coinfection VIH/VHC, de 22,8 % (Plitt et al., 2010). Quatre-vingt-quatre pour cent des participants ont également déclaré avoir consommé du crack par d'autres méthodes que l'injection au cours des six mois précédant l'étude (Plitt et al., 2010).

### Taux de dépistage

Les programmes de dépistage du VIH et de counselling sont des composantes importantes de plusieurs programmes de réduction des méfaits au Canada et aux États-Unis. Une enquête réalisée en Ontario en 2008 auprès de 32 PSA a révélé que 96,9 % offraient le dépistage du VIH, du VHC et du VHB (données inédites, 2008). Aux États-Unis, la plupart des PSA offrent des services cliniques, y compris du counselling et/ou le dépistage du VIH (87 %), du VHC (65 %), d'autres ITS (55 %) et de la TB (31 %; Centers for Disease Control and Prevention, 2010).

Une enquête nationale réalisée en 2011 a révélé qu'approximativement 50 % des Canadiens avaient déjà été dépistés pour le VIH (Calzavara et al., 2012). Cette proportion est nettement inférieure aux taux de dépistage déclarés pour les personnes qui s'injectent des drogues au Canada. Plus de 90 % des participants à la Phase 1 d'I-Track à Toronto, Edmonton et Québec avaient déjà été dépistés pour le VIH (ASPC, 2006). À la fin de 2011, une proportion

estimation de 85,5 % des personnes s'injectant des drogues au Canada avaient été dépistées pour le VIH (Gouvernement du Canada, 2012).

Les taux de dépistage parmi les personnes qui s'injectent des drogues aux États-Unis sont similaires à ceux du Canada. Dans une vaste enquête sur le dépistage du VIH dans cinq centres urbains des États-Unis (Oakland, Californie; Chicago, Illinois; Hartford et New Haven, Connecticut; Springfield, Massachusetts), 93 % d'un échantillon de 1 543 personnes s'injectant des drogues ont déclaré avoir été dépistées pour le VIH (Heimer et al., 2007). La moyenne, la médiane et le mode du nombre de dépistages par individu dans cette enquête étaient respectivement de 4,9, de 3 et de 2; et les clients qui fréquentaient des PSA étaient considérablement plus susceptibles que les non-clients d'avoir été dépistés (RC 2,22, IC 1,26-3,89). Un examen du counselling et du dépistage pour le VHC au Texas entre 2000 et 2005 a révélé que 42,3 % de tous les tests de dépistage du VHC concernaient des personnes qui déclaraient s'injecter des drogues, et que l'injection de drogues était associée à 79,3 % de tous les résultats positifs aux anticorps anti-VHC (Heseltine & McFarlane, 2007). Les services de counselling et de dépistage (y compris le dépistage du VIH) étaient fournis dans plusieurs sites, y compris en contexte de travail de proximité; 26,2 % et 23,6 % des dépistages ont été effectués dans des sites de dépistage du VIH et lors d'activités de proximité, respectivement. Les établissements correctionnels, les centres de traitement de la dépendance et les sites de proximité représentaient 92 % de tous les résultats positifs, dans cette étude.

À l'heure actuelle, peu de données sont disponibles sur la fréquence du dépistage du VHC parmi les personnes qui utilisent des drogues et qui sont à risque d'infection. Cela serait particulièrement important pour les personnes qui s'injectent des drogues et qui ont complété leur traitement contre l'infection à VHC. Bien que le risque de réinfection soit faible (Grebely et al., 2010), les conséquences potentielles d'une dégradation ultérieure du foie et les coûts du traitement s'y rattachant sont considérables.

### Obstacles au dépistage

La majeure partie de la littérature disponible sur les obstacles au dépistage, au counselling et au fait de recevoir les résultats concerne le VIH chez des personnes qui ne consomment pas de drogues. Les facteurs identifiés ci-dessous doivent être considérés comme étant pertinents aux personnes qui utilisent des drogues. Le synopsis présenté pourrait s'appliquer également au VHC, au VHB et à la TB; toutefois, ce domaine des programmes de réduction des méfaits demeure sous-étudié.

Les obstacles au dépistage communément identifiés dans la littérature se classent généralement en trois catégories principales.

#### *Les facteurs individuels constituant des obstacles au dépistage incluent :*

- La peur du dépistage (Bucharski et al., 2006; Deblonde et al., 2010; De Wit & Adam, 2008; Kaai et al., 2012; Schwarcz et al., 2011; Spielberg et al., 2003; Wertheimer, 2011; Wurcel et al., 2005)
- La peur d'être stigmatisé après un résultat positif (Bucharski et al., 2006; Kaai et al., 2012)
- L'impression d'un manque d'anonymat dans le processus de dépistage (Bucharski et al., 2006; Spielberg et al., 2003; Wertheimer, 2011)
- Le faible niveau de connaissance de la maladie, des comportements à risque s'y rattachant, des procédures de dépistage et de l'interprétation du résultat du dépistage (Bucharski et al., 2006; Kaai et al., 2012; Lally et al., 2008; Schwarcz et al., 2011)
- La priorisation de la consommation de drogues et la perception que celle-ci interférerait avec le traitement (Lally et al., 2008)
- La perception de mauvais traitements de la part de fournisseurs de services de santé en raison de la consommation de drogues (Lally et al., 2008)
- Le manque de transport pour aller se faire dépister et recevoir les résultats (Lally et al., 2008)
- Le coût perçu du traitement (Lally et al., 2008; Spielberg et al., 2003)
- L'autoperception d'un faible risque (Deblonde et al., 2010; Kaai et al., 2012; Lally et al., 2008)
- Des symptômes dépressifs (Lally et al., 2008)
- La peur de la ponction veineuse (Spielberg et al., 2003)
- L'aversion au counselling pré-test (Spielberg et al., 2003)
- L'aversion aux examens médicaux (Brassard, 2004; Rusen et al., 1999)

#### *Les facteurs liés aux fournisseurs de services constituant des obstacles à la prestation du dépistage incluent :*

- La réticence à évaluer le besoin de dépistage (p. ex., comportements à risque élevé; Deblonde et al., 2010; Lally et al., 2008)
- Le manque de lien entre le fournisseur de services et le client (Kaai et al., 2012)

- Le temps requis pour fournir des services de counselling et de dépistage (Stopka et al., 2007)
- Un sentiment de détresse émotionnelle lié à l'acte d'annoncer un résultat positif (Stopka et al., 2007)

**Les facteurs organisationnels/institutionnels constituant des obstacles à la prestation de services de dépistage incluent :**

- Des ressources financières limitées pour fournir des services complets de dépistage (Deblonde, 2012).
- Le manque de services de dépistage anonyme (Deblonde, 2012; Kaai, 2012)
- La non-inclusion d'autres services de soins de santé avec le dépistage (Kaai et al., 2012)
- Des sites inappropriés ou inaccessibles (Kaai et al., 2012; Thornton et al., 2012)
- Le manque de services appropriés à la culture (Bucharski et al., 2006; Kaai et al., 2012)
- Les délais d'attente pour les résultats des dépistages (Spielberg et al., 2003)
- L'incapacité d'assurer la réception simultanée des résultats lorsque plusieurs dépistages sont effectués (Stopka et al., 2007)

**Interventions pour accroître le dépistage et la réception des résultats**

Les évaluations de diverses interventions pour accroître le dépistage sont limitées; toutefois, elles démontrent que le recours au dépistage est influencé par divers facteurs. Dans cinq régions sanitaires de la Californie, Stopka et al. (2007) ont examiné l'impact de combiner le dépistage et le counselling pour le VIH et le VHC, en comparaison avec le dépistage et le counselling pour le VIH seulement, sur les taux de dépistage parmi les personnes qui s'injectent des drogues (n=2950). Parmi ce groupe, les taux de counselling et de dépistage pour le VIH étaient considérablement plus élevés lorsque le dépistage et le counselling du VIH et du VHC étaient offerts simultanément, comparativement aux contextes où seuls le dépistage et le counselling relatifs au VIH étaient offerts (27,1 % vs 8,4 %, p<0,05). De la même façon, un moins grand nombre de clients retournaient chercher leur résultat lorsque seul le dépistage du VIH était offert (54,3 %), comparativement aux contextes où le dépistage était offert à la fois pour le VIH et le VHC (71,8 %; p<0,05; Stopka et al., 2007).

Le type de test de dépistage effectué peut également influencer le recours au dépistage et au fait de recevoir

le résultat. Une étude contrôlée randomisée réalisée dans un PSA et dans deux saunas a comparé le recours à quatre types de tests de dépistage : un test de dépistage standard (nécessitant une ponction veineuse) avec counselling; un test de dépistage rapide avec counselling; un test de dépistage oral avec counselling; et un test de dépistage standard avec une offre de documentation écrite ou de counselling pré-test (Spielberg et al., 2005). Des 17 010 clients qui se sont vu offrir le dépistage, 7 014 (41 %) étaient admissibles et 761 ont été dépistés (324 au PSA et 437 dans les saunas). Les résultats ont révélé qu'un plus grand nombre de clients du PSA avaient accepté le dépistage (rapport de cotes [RC] = 2.3; P < 0,001) et reçu leur résultat (RC = 2,6; P < 0,001) les jours où le test de dépistage oral était offert, comparativement au test traditionnel (Spielberg et al., 2005). Dans les saunas, les résultats démontrent également qu'un plus grand nombre de clients ont accepté le dépistage oral (RC = 1,6; P < 0,001) comparativement aux autres méthodes de dépistage, mais qu'en général, un plus grand nombre de clients ont reçu leur résultat les jours où le test rapide était offert (RC = 1,9; P = 0,01; Spielberg et al., 2005). Les résultats d'une vaste méta-analyse sur l'efficacité de diverses méthodes de counselling et de dépistage pour le VIH afin d'accroître la connaissance de l'état sérologique ont démontré que le dépistage rapide est le plus efficace (RR, 1,38; 1.16-2.22) et le plus susceptible de conduire à l'obtention du résultat, en particulier dans le contexte de faibles taux de retour pour recevoir ce résultat (Hutchinson, 2006).

Les autres facteurs qui influencent le recours au dépistage incluent la proximité géographique et les incitatifs financiers. À St Louis, Missouri (États-Unis), Striley et al. (2010) ont constaté que les personnes habitant dans une région de codes postaux où il existe un site de dépistage du VIH étaient 6,1 fois (95 % IC, 3,10-13,03) plus susceptibles d'avoir déjà été dépistées que celles habitant dans une région où il n'y a pas de site de dépistage. Des incitatifs financiers ont également été identifiés comme un moyen efficace pour encourager les individus à se faire dépister ou à revenir chercher leur résultat (Lorvick et al., 1999; McCoy et al., 2013). Dans une étude transversale sur le dépistage de la TB parmi des personnes s'injectant des drogues à Toronto, 92,8 % (155) des 167 individus sont retournés pour l'interprétation du test cutané (c.-à-d., test de dépistage Mantoux). Rusen et al. (1999) suggèrent que les taux élevés de retour pourraient être dus à des relations établies avec le PSA et aux incitatifs financiers offerts par les chercheurs.

Enfin, un examen systématique sur le dépistage du VIH en milieu communautaire a révélé que le recours des clients au dépistage est influencé par le type de test de dépistage (p. ex., test de dépistage rapide vs test de dépistage sanguin

conventionnel par ponction veineuse), la disponibilité du dépistage anonyme et le coût du dépistage (Thornton et al., 2012). Le choix de sites géographiques appropriés afin d'accroître la référence et l'accès à des soins médicaux en cas de résultat positif peuvent également réduire les obstacles au dépistage (Thornton et al., 2012).

La réception des résultats est également une considération importante pour tous les PSA. En 2003, les CDC ont lancé l'initiative Advancing HIV Prevention dans sept villes (Boston, Massachusetts; Chicago, Illinois; Detroit, Michigan; Kansas City, Missouri; Los Angeles, Californie; San Francisco, Californie; et Washington, D.C.). Entre 2004 et 2006, 23 900 individus ont été dépistés; 6 % étaient des personnes s'injectant des drogues. Des sites d'échange de seringues étaient parmi les lieux identifiés pour l'intervention de dépistage rapide. Quatre-vingt-six pour cent (286) des individus ayant reçu un résultat préliminaire positif au dépistage rapide ont passé un test de confirmation et 93 % (267) de ces résultats ont été confirmés. Soixante-quinze pour cent (200) de ces individus ont reçu leur résultat final. La principale raison fournie par les sites pour expliquer que des clients n'ont pas reçu le résultat du test de confirmation était l'impossibilité de les joindre. Quatre-vingt-six pour cent des personnes séropositives au VIH ont accepté des références vers des soins médicaux pour le VIH (Centers for Disease Control and Prevention, 2007). Le projet a démontré que le dépistage rapide du VIH ciblant des groupes spécifiques à risque élevé peut contribuer à diagnostiquer des individus qui ne sont pas au courant de leur état sérologique.

Le dépistage du VIH est plus probable lorsque les individus se perçoivent comme étant à risque et entendent un plus grand nombre de bienfaits; toutefois, la peur d'un résultat positif et de la discrimination et du rejet subséquents demeurent d'importants obstacles (De Wit & Adam, 2008). Pour accroître le diagnostic précoce, les fournisseurs de services devraient demander systématiquement aux clients les antécédents de comportements à risque et de dépistage. Ils devraient leur recommander plus souvent de se faire dépister, et inclure le dépistage dans les soins de santé réguliers (Schwarcz et al., 2011). Les principaux messages aux utilisateurs des services devraient signaler que :

- Des soins médicaux efficaces, sûrs et à bas prix (ou gratuits) sont disponibles en cas de résultat positif;
- Le diagnostic précoce du VIH améliore les résultats de santé;
- Le VIH peut se transmettre par des contacts sexuels non protégés, bien que la suppression de la charge virale puisse réduire considérablement le risque de transmission;

- Le dépistage à la suite de comportements à risque devrait être encouragé;
- L'information sur l'état sérologique pour le VIH ne sera jamais dévoilée; et
- Il est important d'encourager ses pairs à se faire dépister (Schwarcz et al., 2011).

Selon les Consensus Guidelines for Management of Chronic HBV publiées par l'Association canadienne pour l'étude du foie, tous les individus qui consomment des drogues par voie intraveineuse devraient être dépistés, vu les risques accrus de contracter le VHB (Coffin et al., 2012). Afin de réduire les difficultés pour les clients, Stopka et al. (2007) ont recommandé de simplifier le dépistage, la réception du résultat et la référence à un traitement. Par conséquent, il est important pour les PSA de faire appel à des services médicaux et de collaborer avec eux à assurer le traitement adéquat des personnes qui consomment des drogues.

Les taux de TB parmi les personnes qui s'injectent des drogues augmentent considérablement avec l'âge, le nombre d'années de consommation de drogues, l'infection à VIH et le temps passé dans des lieux où la TB se transmet facilement. Ces facteurs entraînent un risque cumulatif qui justifie des programmes de dépistage continu (OMS, 2008). Les consommateurs de drogues qui ne s'injectent pas ont également des taux élevés de TB latente; les CDC américains recommandent que le dépistage et le traitement de la TB ciblent toutes les personnes qui consomment des drogues (American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases Society of America, 2005).

### Impacts secondaires du dépistage dans les PSA

La fréquence plus élevée de visites dans des PSA a déjà été associée au recours accru à des services comme le dépistage, le counselling et la vaccination (Heinzerling et al., 2006). La recherche démontre que le dépistage pourrait avoir un impact sur les comportements à risque, en particulier les comportements sexuels. Deux vastes méta-analyses ont révélé une diminution significative des comportements sexuels à risque après un diagnostic de VIH (Marks et al., 2005; Weinhardt et al., 1999). Le counselling est un aspect essentiel des protocoles de dépistage; il est associé à la réduction des comportements à risque. Le HIV Testing Survey (HITS) est une enquête réalisée dans plusieurs États des États-Unis entre 1995 et 2003. Parmi les participants s'injectant des drogues (41 % du nombre total de 2 491 participants), ceux qui ont été dépistés pour le VIH étaient plus susceptibles d'utiliser des connaissances reçues lors du counselling ou d'interventions de renforcement des compétences, comparativement à ceux qui n'avaient pas été

dépistés (8 %;  $p < 0,01$ ; Kellerman et al., 2006). Les personnes s'injectant des drogues et ayant déjà été dépistées pour le VIH étaient également plus susceptibles d'avoir déjà participé à une discussion sous forme de jeu de rôles sur le sexe plus sécuritaire avec un partenaire ( $p < 0,01$ ) et à des séances de counselling en petit groupe ( $p < 0,01$ ; Kellerman et al., 2006). Les auteurs de l'étude ont noté que, puisque le counselling et le renforcement des compétences étaient le plus souvent associés au dépistage du VIH, la combinaison régulière de ces interventions était une stratégie plus efficace (Kellerman et al., 2006).

Les services de dépistage et de counselling du VHC peuvent également influencer les connaissances et les pratiques des utilisateurs de ces services et contribuer à prévenir la transmission de l'infection. Une vaste étude réalisée dans plusieurs sites aux États-Unis (Baltimore, Chicago, Los Angeles, New York et Seattle) auprès de personnes de 15 à 30 ans ( $n = 3\ 004$ ) s'injectant des drogues a révélé que la connaissance de l'état séronégatif au VHC était associée à des scores plus élevés aux connaissances sur le VIH/VHC, à l'autoefficacité dans l'injection plus sécuritaire de drogues et à l'obtention de seringues d'une « source sûre » (c.-à-d., PSA, pharmacies et hôpitaux; Hagan et al., 2006).

## Lignes directrices spécifiques et lectures recommandées :

### VIH

Agence de la santé publique du Canada. (2012). Virus de l'immunodéficience humaine : Guide pour le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections. Agence de la santé publique du Canada. <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/guide/hivstg-vihgdd-fra.php>

British Columbia Centre for Disease Control (2011). Communicable Disease Control Manual Chapter 5 – Sexually Transmitted Infections HIV Pre and Post Test Guidelines September 2011. Vancouver: British Columbia Centre for Disease Control. Consulté à : [www.bccdc.ca/NR/rdonlyres/C0486576-7398-4630-B71C-31A0D5EAEBDC/0/STI\\_HIV\\_PrePost\\_Guidelines\\_20110923.pdf](http://www.bccdc.ca/NR/rdonlyres/C0486576-7398-4630-B71C-31A0D5EAEBDC/0/STI_HIV_PrePost_Guidelines_20110923.pdf)

Réseau canadien autochtone du sida (2012). Guide pour les consultations préalables et postérieures au test pour le VIH : Discussions préalables et postérieures au test pour le VIH pour les professionnels de la santé et les représentants de la communauté autochtone. Vancouver : Réseau canadien autochtone du sida. Consulté à : <http://caan.ca/wp-content/uploads/2012/05/get-tested-guide-french.pdf>

Société canadienne du sida (2004). La transmission du VIH : guide d'évaluation du risque. Une ressource pour les éducateurs, les conseillers et les professionnels de la santé. 5<sup>e</sup> éd. Ottawa : Société canadienne du sida. Consulté à : [http://www.cdnaids.ca/home.nsf/ad7c054e653c96438525721a0050fd60/310d7b17cb8cd32e0525760300683663/\\$FILE/LA%20TRANSMISSION%20DU%20VIH%20guide%20d%E2%80%99%C3%A9valuation%20du%20risque.pdf](http://www.cdnaids.ca/home.nsf/ad7c054e653c96438525721a0050fd60/310d7b17cb8cd32e0525760300683663/$FILE/LA%20TRANSMISSION%20DU%20VIH%20guide%20d%E2%80%99%C3%A9valuation%20du%20risque.pdf)

### VHC

British Columbia Centre for Disease Control (2013). Hepatitis C virus pre - and post-test checklists. Vancouver: British Columbia Centre for Disease Control. Consulté à : [www.bccdc.ca/NR/rdonlyres/03938ED2-F7F0-4247-958E-4C837D51D4E7/0/Prepostdiscussionchecklistcolour.pdf](http://www.bccdc.ca/NR/rdonlyres/03938ED2-F7F0-4247-958E-4C837D51D4E7/0/Prepostdiscussionchecklistcolour.pdf)

<http://www.bccdc.ca/NR/rdonlyres/03938ED2-F7F0-4247-958E-4C837D51D4E7/0/Prepostdiscussionchecklistcolour.pdf>

Ellendon, N. (2012). Hepatitis C Counseling. Best Practice Manual. New York: The Hepatitis C Harm Reduction Project Harm Reduction Coalition. Consulté à : <http://harmreduction.org/hepatitis-c/hepatitis-tools/hepatitis-c-counseling-best-practices-manual/>

### VHB

Belani, H., Chorba, T., Fletcher, F., Hennessy, K., Kroeger, K., Lansky, A., Leichter, J., Lentine, D., Mital, S., Needle, R., O'Connor, K., Oeltmann, J., Pevzner, E., Purcell, D., Sabin, M., Semaan, S., Sharapov, U., Smith, B. & Vogt, T. (2012). Integrated Prevention Services for HIV Infection, Viral Hepatitis, Sexually Transmitted Diseases, and Tuberculosis for Persons Who Use Drugs Illicitly: Summary Guidance from CDC and the U.S. Department of Health and Human Services. *Mortality and Morbidity Weekly Report*, 61(rr05); 1-40.

Weinbaum, C., Williams, I., Mast, E., Wang, S., Finelli, L., Wasley, S., Neitzel, S. & Ward, J. (2008) Recommendations for Identification and Public Health Management of Persons with Chronic Hepatitis B Virus Infection. *Mortality and Morbidity Weekly Reports*, 57(RR08), 1-20.

**TB**

Alberta Health and Wellness (2010). Tuberculosis Prevention and Control Guidelines for Alberta June 2010. Edmonton: Government of Alberta. Consulté à : [www.health.alberta.ca/documents/tb-prevention-control.pdf](http://www.health.alberta.ca/documents/tb-prevention-control.pdf)

Agence de la santé publique du Canada (2007). Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, 6e édition. Ottawa : Lutte antituberculeuse, Agence de la santé publique du Canada et Association pulmonaire du Canada/ Société canadienne de thoracologie. Consulté à : [www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/tb-canada-7/index-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/tb-canada-7/index-fra.php)

Anon. Tuberculosis Control. A reference guide to the tuberculosis program in Saskatchewan. 2005. Regina: Saskatchewan Health Region. Consulté à : [www.saskatoonhealthregion.ca/your\\_health/documents/TuberculosisControl-ARefereceGuidetotheTBPrograminSaskatchewan.pdf](http://www.saskatoonhealthregion.ca/your_health/documents/TuberculosisControl-ARefereceGuidetotheTBPrograminSaskatchewan.pdf)

Conseil du Réseau de santé publique (2012). Orientations pour les programmes de prévention et de contrôle de la tuberculose au Canada. Consulté à : [www.phn-rsp.ca/pubs/gtbpcp-oppctbc/pdf/Orientations-de-prevention-de-la-tuberculose-fra.pdf](http://www.phn-rsp.ca/pubs/gtbpcp-oppctbc/pdf/Orientations-de-prevention-de-la-tuberculose-fra.pdf)

New York City Department of Health and Mental Hygiene (2008). Clinical Policies and Protocols, 4th Ed. New York City: Bureau of Tuberculosis Control, New York City Department of Health and Mental Hygiene. Consulté à : [www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/tb/tb-protocol.pdf](http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/tb/tb-protocol.pdf)

Nunavut Tuberculosis Program (no date). Nunavit TB Control and Elimination Manual. Iqaluit: Government of Nunavut. Consulté à : [www.hss.gov.nu.ca/PDF/Nunavut%20TB%20Manual.pdf](http://www.hss.gov.nu.ca/PDF/Nunavut%20TB%20Manual.pdf)

---

## Sommaire des données sur les services de dépistage du VIH, des hépatites C et B ainsi que de la tuberculose

Les données qui éclairent ce chapitre et ses recommandations sont issues d'une variété de sources. Des données épidémiologiques ont contribué à une compréhension du fardeau du VIH, du VHC, du VHB et de la TB parmi les personnes qui consomment des drogues. Deux méta-analyses et deux études transversales ont servi de sources principales de données appuyant le rôle du dépistage dans la modification des comportements à risque. Des données décrivant les obstacles au dépistage ont été fournies par des études transversales et qualitatives. Des études observationnelles et un essai contrôlé randomisé (ECR) ont apporté des données à l'appui des recommandations d'accroître le recours au dépistage et l'obtention des résultats. Enfin, des revues systématiques ont contribué à la compréhension générale des obstacles au dépistage.

Les ECR sont considérés comme fournissant les meilleures données pour l'évaluation des interventions de santé. Toutefois, il n'est pas toujours faisable, ou conforme à l'éthique, de procéder à ce type de recherche auprès de populations ayant recours à des PSA. Cette difficulté est reconnue par d'éminents experts et autorités de la santé publique.

Les données probantes concernant le dépistage dans les PSA sont limitées, mais croissantes. À mesure que s'élargiront la prestation et l'évaluation de cet important service, nous anticipons des données plus nombreuses appuyant l'expansion des services des PSA.

## Références

- Agence de la santé publique du Canada. Actualités en épidémiologie du VIH/sida – Le VIH/sida chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada. Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; 2010. Consulté en juin 2015 à : [www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/2010/10-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/2010/10-fra.php)
- Agence de la santé publique du Canada. Épidémiologie de l'infection aiguë par le virus de l'hépatite C au Canada. Résultats du Système de surveillance accrue des souches de l'hépatite (SSASH). Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; 2009. Consulté en juillet 2015 à : [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2011/aspc-phac/HP40-41-2010-fra.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/aspc-phac/HP40-41-2010-fra.pdf)
- Agence de la santé publique du Canada. I-Track : Surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada. Rapport sur la phase 1. Centre for Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada; 2006. Consulté en juillet 2015 à : [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2008/phac-aspc/HP40-4-1-2006F.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2008/phac-aspc/HP40-4-1-2006F.pdf)
- Agence de la santé publique du Canada. Rapport sommaire: Infection par le virus de l'hépatite B au Canada. Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; 2011. Consulté en juillet 2015 à : [www.phac-aspc.gc.ca/id-mi/pdf/hepB-fra.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/id-mi/pdf/hepB-fra.pdf)
- Agence de la santé publique du Canada. Résumé : Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2011. Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections; 2012. Consulté en juin 2015 à : [www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/estimat2011-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/estimat2011-fra.php)
- Agence de la santé publique du Canada. Résumé des résultats clés de la Phase 3 du système I-Track (2010 à 2012). Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; 2014. Consulté en juillet 2015 à : [www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/reports/i-track-phase-3/assets/pdf/i-track-phase-3-fra.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/reports/i-track-phase-3/assets/pdf/i-track-phase-3-fra.pdf)
- American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases Society of America: Controlling Tuberculosis in the United States. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2005 Nov;172(9):1169-1227.
- Bayoumi AM, Strike C, Jairam J, Watson T, Enns E, Kolla G, Lee A, Shepherd S, Hopkins S, Millson M, Leonard L, Zaric G, Luce J, Degani N, Fischer B, Glazier R, O'Campo P, Smith C, Penn R, Brandeau M. Rapport de l'étude d'évaluation de la consommation supervisée de drogues à Toronto et Ottawa. Toronto, Ontario: St. Michael's Hospital et Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto; 2012. Consulté en août 2014 à : [www.catie.ca/fr/ressources/report-toronto-and-ottawa-supervised-consumption-assessment-study-tosca-2012](http://www.catie.ca/fr/ressources/report-toronto-and-ottawa-supervised-consumption-assessment-study-tosca-2012)
- Brassard P, Bruneau J, Schwartzman K, Senecal M, Menzies D. Yield of tuberculin screening among injection drug users. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2004;8(8):988-993.
- Bucharski D, Reutter L, Ogilvie L. "You need to know where we're coming from": Canadian Aboriginal Women's Perspectives on Culturally Appropriate HIV Counseling and Testing. *Health Care for Women International*, 2006;27:723-747.
- Calzavara L, Allman D, Worthington C, Tyndall M, Adrien A. Le VIH et le sida au Canada : Une étude nationale : Sommaire. Toronto: Centre IRSC en recherche sociale pour la prévention du VIH, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto; 2012.
- Centers for Disease Control and Prevention. Rapid HIV testing in outreach and other community settings - United States, 2004-2006. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2007;56(47):1233-1237.
- Centers for Disease Control and Prevention. Reported HIV status of Tuberculosis patients - United States, 1993-2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2007;56(42):1103-1106.
- Centers for Disease Control and Prevention. Syringe exchange programs - United States, 2008. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2010;59(45):1488-1491.
- Coffin C, Fung S, Ma M, Canadian Association for the Study of the Liver. Management of chronic hepatitis B: Canadian Association for the Study of the Liver consensus guidelines. *Journal canadien de gastroentérologie et hépatologie*, 2012;26(12):917-938.
- De Wit J, Adam P. To test or not to test: Psychosocial barriers to HIV testing in high-income countries. *HIV Medicine*, 2008 Jul;9(s2):20-22.

- Deblonde J, De Koker P, Hamers FF, Fontaine J, Luchters S, Temmerman M. Barriers to HIV testing in Europe: A systematic review. *The European Journal of Public Health*, 2010 Feb;20(4):422-432.
- Factor SH, Sackoff JE, Raj-Singh S, Wu Y, Monserrate J, Munsiff S, Vlahov D. Street-outreach improves detection but not referral for drug users with latent tuberculosis, New York City. *Substance Use and Misuse*, 2011 Oct;46(14):1711-5.
- Gouvernement du Canada. Rapport de suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida – CANADA – Gouvernement du Canada Rapport au secrétaire général des Nations Unies sur la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (SEAGNU) Janvier 2010 - Décembre 2011. Genève : ONUSIDA; 2012. Consulté en juin 2015 à : [www.unaids.org/sites/default/files/en/dataanalysis/knownyourresponse/countryprogressreports/2012countries/Final%20Country%20Report-fr.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/en/dataanalysis/knownyourresponse/countryprogressreports/2012countries/Final%20Country%20Report-fr.pdf)
- Grebely J, Knight E, Ngai T, Genoway KA, Raffa JD, Storms M, Gallagher L, Kraiden M, Dore GJ, Duncan F, Conway B. Reinfection with hepatitis C virus following sustained virological response in injection drug users. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2010 Jul;25(7):1281-1284.
- Grigoryan A, Hall I, Durant T, Wei X. Late HIV diagnosis and determinants of progression to AIDS or death after HIV diagnosis among injection drug users, 33 US States, 1996–2004. *PLoSOne*. 2009;4(2).
- Hanna D, Pfeiffer M, Torian L, Sackoff J. Concurrent HIV/AIDS diagnosis increases the risk of short-term HIV-related death among persons newly diagnosed with AIDS, 2002–2005. *AIDS Patient Care & STDs*, 2008;22(1):17-28.
- Haydon E, Fischer B. Crack use as a public health problem in Canada: Call for an evaluation of “safer crack use kits”. *Revue canadienne de santé publique*, 2005;96(3):185-188.
- Heimer R, Grau LE, Curtin E, Khoshnood K, Singer M. Assessment of HIV testing of urban injection drug users: Implications for expansion of HIV testing and prevention efforts. *American Journal of Public Health*, 2007 Jan;97(1):110-116.
- Heinzerling KG, Kral AH, Flynn N., Anderson RL, Scott A, Gilbert ML, Asch SM, Bluthenthal RN. Unmet need for recommended preventive health services among clients of California syringe exchange programs: Implications for quality improvement. *Drug and Alcohol Dependence*, 2006 Feb;81(2):167-178.
- Heseltine G, McFarlane J. Texas statewide hepatitis C counseling and testing, 2000–2005. *Public Health Reports*, 2007;122(Suppl 2):6.
- Hutchinson AB, Branson BM, Kim A, Farnham PG. A meta-analysis of the effectiveness of alternative HIV counseling and testing methods to increase knowledge of HIV status. *AIDS*, 2006;20(12):1597-1604.
- Kaai S, Bullock S, Burchell AN, Major C. Factors that affect HIV testing and counseling services among heterosexuals in Canada and the United Kingdom: An integrated review. *Patient Education and Counseling*, 2012 Jul;88(1):4-15.
- Kellerman SE, Drake A, Lansky A, Klevens RM. Use of and exposure to HIV prevention programs and services by persons at high risk for HIV. *AIDS Patient Care & STDs*, 2006;20(6):391-398.
- Lally M, Monstream-Quas S, Tanaka S, Tedeschi S, Morrow K. A qualitative study among injection drug using women in Rhode Island: Attitudes toward testing, treatment, and vaccination for hepatitis and HIV. *AIDS Patient Care & STDs*, 2008;22(1):53-63.
- Laurence Thompson Strategic Consulting. A review of needle exchange programs in Saskatchewan. Saskatchewan Ministry of Health; 2008. Consulté en juin 2015 à : [www.health.gov.sk.ca/needle-exchange-review-report](http://www.health.gov.sk.ca/needle-exchange-review-report)
- Leonard L. Improving services for people who smoke crack. Ottawa's Safer Inhalation Program: Final Evaluation Report. HIV and Hepatitis C Prevention Research Team, Université d'Ottawa; 2010. Consulté en juin 2015 à : [www.med.uottawa.ca/epid/assets/documents/Improving%20Services%20for%20People%20in%20Ottawa%20who%20smoke%20crack.pdf](http://www.med.uottawa.ca/epid/assets/documents/Improving%20Services%20for%20People%20in%20Ottawa%20who%20smoke%20crack.pdf)
- Lorvick MJ, Thompson MS, Edlin BR, Kral MAH, Lifson AR. Incentives and accessibility: A pilot study to promote adherence to TB prophylaxis in a high-risk community. *Journal of Urban Health*, 1999;76(4):461-467.
- Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, Janssen RS. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: Implications for HIV prevention programs. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2005;39(4):446-453.
- Marsh KA, Reynolds GL, Rogala BE, Fisher DG, Napper LE. Who chooses a rapid test for HIV in Los Angeles County, California? *Evaluation & the Health Professions*, 2010 May 10;33(2):177-196.

- McCoy SI, Shiu K, Martz TE, Smith CD, Mattox L, Gluth DR, Murgai N, Martin M, Padian NS. Improving the efficiency of HIV testing with peer recruitment, financial incentives, and the involvement of persons living with HIV infection. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2013 Jun;63(2):e56-63.
- McElroy PD, Rothenberg RB, Varghese R, Woodruff R, Minns GO, Muth SQ, Lambert LA, Ridzon R. A network-informed approach to investigating a tuberculosis outbreak: Implications for enhancing contact investigations. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2003;7(Suppl 3):S486-S493.
- Mitruka K, Oeltmann JE, Ijaz K, Haddad MB. Tuberculosis outbreak investigations in the United States, 2002–2008. *Emerging Infectious Diseases*, 2011 Mar;17(3):425-431.
- Organisation mondiale de la Santé. Guide to starting and managing needle and syringe programs. Organisation mondiale de la Santé; 2007. Consulté en juin 2015 à : [www.unodc.org/documents/hiv-aids/NSP-GUIDE-WHO-UNODC.pdf](http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/NSP-GUIDE-WHO-UNODC.pdf)
- Organisation mondiale de la Santé. Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users. An integrated approach. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2008.
- Phypers M. Rapport spécial du Comité canadien de lutte antituberculeuse : Co-infection pour le bacille tuberculeux et le VIH au Canada. Relevé des maladies transmissibles au Canada, 2007;33(8). Consulté en juin 2015 à : [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/07vol33/rm3308a-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/07vol33/rm3308a-fra.php)
- Plitt S, Gratrix J, Conroy P, Parnell T, Lucki B, Pilling V, Anderson B, Choudri Y, Archibald CP, Singh AE. Seroprevalence and correlates of HIV and HCV among injecting drug users in Edmonton, Alberta. *Revue canadienne de santé publique*, 2010;10(1):50-55. <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/reports/i-track-phase-3/assets/pdf/i-track-phase-3-eng.pdf>
- Reynolds G, Fisher D, Napper L, Marsh K, Willey C, Brooks R. Results from a multiple morbidities testing program offering rapid HIV testing bundled with hepatitis and sexually transmitted infection testing. *Public Health Reports*, 2008;123(3):63-69.
- Rusen ID, Yuan L, Millson ME. Prevalence of mycobacterium tuberculosis infection among injection drug users in Toronto. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1999;160(6):799-802.
- Schwarcz S, Richards TA, Frank H, Wenzel C, Chin Hsu L, Chin C-SJ, Murphy J, Dilley J. Identifying barriers to HIV testing: personal and contextual factors associated with late HIV testing. *AIDS Care*, Jul;23(7):892-900.
- Shannon K, Rusch M, Morgan R, Oleson M, Kerr T, Tyndall M. HIV and HCV prevalence and gender-specific risk profiles of crack cocaine smokers and dual users of injection drugs. *Substance Use and Misuse*, 2008;43:521-534.
- Spielberg F, Branson B, Goldbaum G, Lockhart D, Kurth A, Celum C, Rossini A, Critchlow CW, Wood RW. Overcoming barriers to HIV testing: Preferences for new strategies among clients of a needle exchange, a sexually transmitted disease clinic, and sex venues for men who have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2003;32(3):318-327.
- Spielberg F, Branson BM, Goldbaum GM, Lockhart D, Kurth A, Rossini A, Wood RW. Choosing HIV counseling and testing strategies for outreach settings: A randomized trial. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2005;38(3):348-355.
- Stopka T, Marshall C, Bluthenthal R, Webb D, Truax S. HCV and HIV counseling and testing integration in California: An innovative approach to increase HIV counseling and testing rates. *Public Health Reports*, 2007;122(2):68-73.
- Story A, Bothamley G, Hayward A. Crack cocaine and infectious tuberculosis. *Emerging Infectious Diseases*, 2008;14(9):1466-1469.
- Striley CLW, Rux K, O'Leary C, Ben Abdallah A, Cottler LB. Disparities in HIV testing based on testing location. *Comprehensive Psychiatry*, 2011;52(6):e15.
- Thompson L. A review of needle exchange programs in Saskatchewan Final report. Saskatoon: Population Health Branch Saskatchewan Ministry of Health; 2008.
- Thornton A, Delpech V, Kall M, Nardone A. HIV testing in community settings in resource-rich countries: A systematic review of the evidence. *HIV Medicine*, 2012 Aug;13(7):416-426.
- Torian L, Wiewel E, Liu K, Sackoff J, Frieden T. Risk factors for delayed initiation of medical care after diagnosis of human immunodeficiency virus. *Archives of Internal Medicine*, 2008;168(11):1181-1187.

Weinhardt L, Carey M, Johnson B, Bickham N. Effects of HIV counseling and testing on sexual risk behavior: A meta-analytic review of published research, 1985-1997. *American Journal of Public Health*, 1999;89(9):1397-1405.

Werb D, Wood E, Kerr T, Hershfield N, Palmer RWH, Remis RS. Treatment costs of hepatitis C infection among injection drug users in Canada, 2006–2026. *International Journal of Drug Policy*, 2011 Jan;22(1):70-76.

Wertheimer S. Les femmes et le dépistage du VIH au Canada : Obstacles et recommandations selon les prestataires de services : Un sommaire des principaux résultats de recherche. Ottawa : Société canadienne du sida; 2011.

Wurcel A, Zaman T, Zhen S, Stone D. Acceptance of HIV antibody testing among inpatients and outpatients at a public health hospital: A study of rapid versus standard testing. *AIDS Patient Care & STDs*, 2005;19(8):499-505.

# 7 Services de vaccination contre les hépatites A et B, la pneumonie pneumococcique, l'influenza, le tétanos et la diphtérie



**POLITIQUES RECOMMANDÉES POUR DES PRATIQUES EXEMPLAIRES** afin d'améliorer les connaissances des clients sur les maladies évitables par la vaccination (p. ex., hépatites A et B, pneumonie pneumococcique, influenza, tétanos et diphtérie), d'augmenter les taux de vaccination, et de réduire les risques d'infection :

- Assurer l'accès (sur place ou au moyen de références offertes aux clients) à une variété de vaccins conformes aux recommandations municipales, provinciales et fédérales
- Éduquer les clients à propos des bienfaits de la vaccination
- Établir et maintenir des relations avec une variété de fournisseurs et d'organismes de soins de santé, en particulier ceux qui ont de l'expérience de travail auprès de personnes qui consomment des drogues
- Réaliser des campagnes de vaccination en marge des programmes de seringues et d'aiguilles (PSA), afin de joindre des personnes difficiles à joindre et qui consomment des drogues
- Évaluer et publier toute initiative de vaccination réalisée.

## Vaccination pour les personnes qui consomment des drogues

Les personnes qui consomment des drogues sont susceptibles de contracter un certain nombre d'infections qui peuvent être prévenues par la vaccination, comme l'hépatite A (VHA), l'hépatite B (VHB) et les pneumocoques invasives. Des affections préexistantes, la pauvreté, l'instabilité du logement et la marginalisation sociale ajoutent au risque d'infection et de mortalité, dans cette population. La reconnaissance de ces facteurs a conduit le Comité consultatif national de l'immunisation de Santé Canada et les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis à recommander que les personnes qui consomment des drogues soient vaccinées contre le VHA et le VHB (CDC, 2012; ASPC, 2012a, 2012b). Le Comité consultatif national de l'immunisation priorise les personnes qui consomment des drogues en tant que population à considérer pour le vaccin antipneumococcique (ASPC, 2008) et identifie cette population comme nécessitant un counselling général sur la vaccination contre diverses maladies (ASPC, 2013). Les vaccinations contre le VHA et le VHB peuvent également réduire le risque de dommages ultérieurs au foie chez les individus qui s'injectent des drogues et ont l'hépatite C (VHC).

La vaccination est souvent offerte en tant que composante des soins primaires; les fournisseurs de services de ce milieu sont en position idéale pour offrir des soins préventifs à toutes les étapes du cycle de vie. Toutefois, plusieurs clients de PSA n'ont pas de relations avec des fournisseurs de

soins primaires ou préfèrent ne pas interagir sur une base régulière avec ces derniers. Des personnes qui consomment des drogues pourraient ne pas se sentir à l'aise de divulguer leur consommation de drogues à des fournisseurs de soins primaires. Par conséquent, la prestation par les PSA de services autres que l'offre de matériel plus sécuritaire pour la consommation de drogues pourrait contribuer à améliorer la santé des clients.

Des services préventifs comme la vaccination exigent l'expertise de fournisseurs de soins de santé réglementés ainsi que des pratiques assurant la fourniture, le stockage et l'administration sécuritaires des vaccins. Dans le cas de PSA qui ne peuvent offrir de services cliniques sur place, on peut référer les clients à des services médicaux à bas seuil d'accessibilité et des unités locales de santé publique. La section qui suit se veut une synthèse de la littérature pertinente aux services de vaccination dans des PSA. Puisque plusieurs maladies peuvent être prévenues par la vaccination sans être associées directement à la consommation de drogues, comme l'infection à virus du papillome humain (ou VPH), prière de consulter les documents provinciaux et nationaux appropriés, pour des informations. Ces documents devraient également servir de fondement pour le développement de services de vaccination dans les PSA.

## VHA et VHB

Le VHA affecte le foie; ses symptômes incluent la nausée, des vomissements, la diarrhée, la fièvre et la douleur abdominale. L'infection est généralement autolimitative et

peut se résorber sans causer de problèmes de longue durée au foie. Le contact fécal-oral est le mode de transmission le plus fréquent du VHA, mais les personnes qui consomment des drogues ont également un risque accru de contracter l'infection en raison de piètres conditions de vie, de drogues contaminées par des matières fécales, d'eau contaminée par le VHA et/ou du partage de matériel de consommation de drogues par voie orale ou nasale (ASPC, 2012a). Villano et al. (1997) ont constaté que le logement surpeuplé et la mauvaise hygiène contribuent davantage au risque de transmission du VHA que les pratiques de consommation de drogues. Il y a possibilité de transmission lorsque des mains contaminées par le VHA touchent une aiguille et/ou sont en contact avec de l'eau utilisée pour mélanger des drogues ou rincer du matériel de consommation de drogues. Le Guide canadien d'immunisation recommande que les personnes ayant une maladie du foie préexistante (p. ex., VHB chronique, VHC et cirrhose) et les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes soient vaccinés contre le VHA (ASPC, 2012a). Un examen des éclosions de VHA entre 1994 et 2004 a recensé 10 éclosions parmi des personnes qui s'injectent des drogues, aux États-Unis, et un nombre total de 256 éclosions au cours de cette période (c.-à-d. dans la population générale; Craig et al., 2007).

Le VHB est un autre virus qui affecte le foie. Il se transmet par l'exposition à du sang, du sperme et des sécrétions vaginales. La maladie aiguë cause une inflammation du foie, la jaunisse, la nausée et des vomissements. L'infection chronique conduit éventuellement à une cirrhose et peut progresser vers le cancer du foie. Au Canada, la plupart des infections à VHB touchent des individus de plus de 24 ans qui ne sont pas vaccinés, et sont contractées dans le cadre de l'activité sexuelle et du partage de matériel pour l'injection de drogues (ASPC, 2012b). La vaccination contre le VHB est recommandée le plus tôt possible lorsqu'une personne consomme des drogues. Dans une étude parmi 716 personnes ayant récemment commencé à s'injecter des drogues (une année ou moins de pratique de l'injection) à Baltimore, on a constaté que 65,7 % avaient développé des traces sérologiques d'exposition au VHB durant la première année d'injection (Garfein et al., 1996).

La vaccination précoce contre le VHB est une stratégie rentable pour prévenir les coûts médicaux liés au VHB. Hu et al. (2008) ont étudié 1 964 personnes s'injectant des drogues et recrutées dans des PSA locaux à Chicago, Illinois et à Hartford et Bridgeport, Connecticut. Les auteurs ont constaté que si l'on compare les coûts des programmes aux coûts médicaux futurs associés au VHB et aux années de vie ajustées en fonction de la qualité, la vaccination contre le VHB chez les personnes s'injectant des drogues

est rentable. Ils ont conclu que le jumelage du dépistage et de la vaccination est nécessaire à des services de prévention efficaces dans les PSA (Hu et al., 2008).

Des études démontrent des taux élevés d'infection antérieure par le VHA et/ou le VHB et de faibles taux de vaccination parmi les personnes qui consomment des drogues. Des 4 035 participants à l'étude Surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada, seulement 64 (1,6 %) étaient positifs à la fois aux anticorps anti-VHB et anti-VHA (indiquant une vaccination antérieure; Huang et al., 2010). Les auteurs ont conclu que les jeunes de la rue étaient probablement susceptibles à l'infection en raison d'un logement instable et de la consommation de drogues (Huang et al., 2010). Une étude transversale parmi des personnes qui s'injectent des drogues dans cinq villes des États-Unis (n=3,181; Baltimore, Seattle, Los Angeles, New York et Chicago) a relevé une prévalence des anticorps anti-VHA et anti-VHB de 19 % et 23 %, respectivement (Campbell et al., 2007). Une autre étude étatsunienne réalisée en Alaska et examinant l'association entre les drogues injectées (cocaïne et dérivés, morphine et amphétamines) et le VHA a constaté que la prévalence générale de l'exposition antérieure au VHA n'était que de 33 % dans l'échantillon (161/493; Wells et al., 2006).

L'itinérance et la pauvreté sont associées à des éclosions de VHA dans un certain nombre de pays. Dans une étude auprès de 1 138 personnes itinérantes et en situation de logement précaire, à San Francisco, 52 % avaient déjà été exposées au VHA; cette proportion était 58 % plus élevée que la prévalence attendue en fonction des taux dans la population générale à ce moment (Hennessy et al., 2009). Dans cette étude, l'exposition antérieure au VHA a été associée de manière significative au nombre cumulatif d'années d'itinérance (RC 1,7, 95 % IC 1,2, 2,4) et au fait de s'être déjà injecté des drogues (RC 2,0, 95 % IC 1,2, 3,2; Hennessy et al., 2009). Une étude réalisée à Baltimore, a indiqué qu'un nombre significativement plus élevé de personnes qui s'étaient déjà injecté des drogues présentaient une infection à VHB antérieure comparativement à des utilisateurs de drogues qui ne s'en injectent pas (37 % vs 19 %, p. 0,001; Kuo et al., 2004).

Les jeunes qui consomment des drogues demeurent à risque élevé d'infection par le VHB, et ce en dépit des programmes de vaccination chez les enfants au Canada et aux États-Unis. Les données recueillies auprès de 4 035 jeunes dans le cadre de l'étude Surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada ont révélé que seulement 51,7 % des jeunes présentaient une immunité au VHB induite par le vaccin, pendant l'étude; la prévalence de l'immunité au VHB dans

la population adolescente générale au moment de l'étude était de 90 % (Huang et al., 2010). Une étude réalisée à San Francisco parmi 831 jeunes (de moins de 30 ans) qui s'injectent des drogues a révélé que 21 % présentaient une infection au VHB actuelle ou antérieure et que 22 % présentaient des traces de vaccination, mais que 56 % n'avaient aucune trace d'exposition au VHB, ce qui indique une susceptibilité à l'infection (Lum et al., 2008). Amesty et al. (2008) ont recruté 1 211 personnes qui consomment de l'héroïne, du crack et de la cocaïne dans Harlem et le Bronx, à New York, pour examiner la vaccination contre le VHB. Parmi les 399 participants âgés de moins de 25 ans, 30 % présentaient des traces de vaccination antérieure contre le VHB, 49 % étaient susceptibles au VHB et 20 % avaient des traces sérologiques d'infection antérieure (Amesty et al., 2008). Des participants de 25 ans ou plus, seulement 10,6 % avaient déjà été vaccinés, 59,2 % étaient susceptibles au VHB et 30,2 % présentaient des traces d'infection antérieure.

Enfin, les résultats d'une étude réalisée à Baltimore (Kuo et al., 2004) ont révélé que la prévalence de la vaccination contre le VHB basée sur un test sérologique était de 11 %, sans différence entre les deux groupes (personnes s'injectant des drogues et utilisateurs de drogues ne s'en injectant pas), et que 89 % de tous les participants à l'étude (287 sur 324) ne présentaient aucune trace de vaccination antérieure. Dans une autre étude, auprès de 402 femmes qui consomment des drogues mais ne s'en injectent pas, à New York, seulement 16,7 % avaient déjà été vaccinées contre le VHB, 31,1 % l'avaient déjà contracté et 52,2 % demeuraient susceptibles à l'infection (Koblin et al., 2007). Ces études démontrent la nécessité de promouvoir la vaccination contre le VHA et le VHB de façon continue et de recourir à celle-ci pour les personnes qui consomment des drogues.

### Pneumonie pneumococcique

La pneumonie pneumococcique (maladie pneumococcique invasive ou MPI) est une maladie des voies respiratoires supérieures causée par certaines souches de la bactérie *Streptococcus pneumoniae*. Elle se propage par le contact avec des personnes ayant la bactérie dans leur gorge (avec ou sans symptômes) et avec des gouttelettes (mucosités) venant du nez ou de la bouche d'une personne infectée. On recense un certain nombre d'éclosions de MPI liée à la consommation de drogues, dans des villes canadiennes; ces éclosions mettent en lumière des facteurs associés à la maladie grave parmi les personnes qui consomment des drogues.

Dans une éclosion survenue à Vancouver entre 2006 et 2007, une seule variante de la bactérie était responsable de 137 des 175 cas (78 %); la consommation de crack a

été identifiée comme étant le principal facteur de risque indépendant pour le développement d'une maladie grave (RC 12,4; 95 % IC 2,22-69,5; Romney et al., 2008). Le contrôle de l'éclosion a été attribué à une campagne de vaccination. Les auteurs du rapport ont recommandé la vaccination antipneumococcique pour les personnes qui consomment des drogues, y compris du crack (Romney et al., 2008). Dans un autre rapport sur 69 cas de maladie pneumococcique chez des personnes itinérantes (dont 42 ont déclaré s'injecter des drogues) à Toronto entre 2002 et 2006, l'incidence était de 273 infections par 100 000 personnes par an, comparativement à 9 cas par 100 000 personnes par an dans la population générale (Plevneshi et al., 2009). Des analyses de laboratoire ont également révélé que 48 % des souches de pneumocoque étaient incluses dans le vaccin conjugué 13-valent et que 83 % étaient ciblées par le vaccin polysaccharidique 23-valent (Plevneshi et al., 2009).

Entre 2005 et 2007, dans la région de Calgary, on a recensé 207 cas de MPI (162 cas de souche ST5 et 45 cas de souche ST8) et des analyses en laboratoire ont révélé peu de variation génétique dans les bactéries isolées (indiquant une origine commune; Vanderkooi et al., 2011). Les individus affectés par la souche ST5 (variante bactérienne) étaient plus susceptibles d'être d'âge moyen (RC 2,6), itinérants (RC 4,4), d'inhaler des drogues comme le crack (RC 4,8) et d'avoir l'asthme (RC 2,6; Vanderkooi et al., 2011). La MPI a été associée de manière significative à l'itinérance, bien que seulement 9 % (55/596) des individus de l'échantillon étaient itinérants. Cette étude incluait également des données sur des prélèvements nasopharyngés effectués dans un centre sans rendez-vous de Calgary (n=79); 14 personnes ont reçu un résultat positif pour la bactérie *Streptococcus pneumoniae* et six (43 %) d'entre elles inhalaient du crack (cinq ont également déclaré partager des pipes; Vanderkooi et al., 2011). Ces éclosions mettent en lumière la nécessité de promouvoir la vaccination antipneumococcique chez les personnes qui consomment des drogues.

### Influenza

L'influenza est une maladie virale; ses symptômes incluent la fièvre, le mal de gorge et la faiblesse musculaire. Les virus se propagent d'une personne à l'autre par les gouttelettes produites en éternuant ou en toussant. La vaccination annuelle est recommandée pour réduire le risque de maladie due à l'influenza. La formulation du vaccin varie annuellement en fonction des souches virales réelles en circulation dans la population générale, et projetées. Le vaccin contre l'influenza est recommandé pour tous les Canadiens adultes, en particulier ceux dont le système immunitaire est affaibli ou qui sont atteints de maladies chroniques (ASPC, 2013).

## Tétanos et diphtérie

Le tétanos est une maladie potentiellement mortelle et évitable par un vaccin; elle est causée par la bactérie *Clostridium tetani* lorsqu'elle entre dans le corps par une plaie. Des spores de la bactérie peuvent survivre sur le sol et ont déjà été signalées comme un contaminant de l'héroïne, ce qui peut conduire au tétanos chez des personnes qui s'injectent des drogues (Hahné et al., 2004; Vugia et al., 2004).

La diphtérie est une autre maladie évitable par un vaccin et qui a des implications pour les personnes qui consomment des drogues. La bactérie peut entraîner des ulcères chroniques lorsqu'introduite dans une plaie. Un examen des cas de diphtérie cutanée (sur la peau) dans le Downtown Eastside de Vancouver entre 1998 et 2007 a conclu que les cas étaient associés à l'injection de drogues et à la pauvreté; l'examen a mis en lumière le risque de maladie grave associée à l'infection (Lowe et al., 2011).

## Obstacles à la vaccination

Une grande partie de la littérature faisant état d'obstacles à la vaccination pour les personnes qui consomment des drogues concerne le VHB. En dépit du manque de recherches ou d'évaluations exhaustives concernant les services de vaccination pour les personnes qui consomment des drogues, la littérature existante peut être utile à la conception de services de vaccination pour cette population. Ces obstacles se classent en trois grandes catégories :

### *Les facteurs individuels faisant obstacle à la vaccination incluent :*

- Le manque de sensibilisation quant à la nécessité de la vaccination (ASPC, 2013)
- Le manque de connaissance des maladies évitables par la vaccination (Koblin et al., 2007; Lally et al., 2008)
- La priorisation de la consommation de drogues (Lally et al., 2008)
- L'appartenance à un groupe stigmatisé ou marginalisé comme les personnes qui consomment des drogues (Lally et al., 2008)
- La préoccupation selon laquelle la divulgation de la consommation de drogues suscitera des jugements de la part de fournisseurs de soins de santé (Lally et al., 2008)
- Des symptômes dépressifs (Lally et al., 2008)
- La peur des aiguilles et/ou seringues (Tompkins et al., 2007)
- La pauvreté et l'itinérance (Quaglio et al., 2006)

- Le fait de ne pas avoir de fournisseur de soins primaires régulier (Stancliff et al., 2000)

### *Les facteurs liés aux fournisseurs de services et qui font obstacle à la vaccination incluent :*

- Manque de fournisseurs de soins de santé formés pour vacciner les personnes qui consomment des drogues (Winstock et al., 2006)
- Fournisseurs de soins de santé qui ne recommandent pas les vaccins pour des adultes (ASPC, 2013)
- Manque de compréhension, parmi les fournisseurs de soins de santé, des bienfaits de la prévention de maladies par la vaccination (ASPC, 2013)

### *Les facteurs de niveau organisationnel/institutionnel faisant obstacle à la vaccination incluent :*

- Manque d'infrastructures de santé publique pour fournir des vaccins à des personnes qui consomment des drogues (Quaglio et al., 2006)
- Manque de campagnes d'éducation ciblées au sujet des vaccins (Quaglio et al., 2006)
- Manque de services de santé accessibles pour les personnes qui consomment des drogues (Winstock et al., 2006)
- Manque de programmes de vaccination financés par le secteur public et/ou de remboursement des fournisseurs de soins de santé pour les services de vaccination (PHAC, 2013)

## Améliorer la couverture et les taux de vaccination pour les personnes qui consomment des drogues

Des chercheurs ont examiné un certain nombre de stratégies pour augmenter le recours aux vaccins et l'observance au calendrier de vaccination – notamment : des incitatifs financiers, des conditions adéquates en ce qui concerne les horaires et emplacements; du travail de proximité; l'offre simultanée d'une variété de vaccins; l'éducation et la sensibilisation; et des modifications aux politiques.

Les incitatifs motivationnels efficaces auprès des clients de PSA sont le point de mire de nombreuses études, vu le besoin de suivi des clients et l'importance de compléter le calendrier vaccinal. Stitzer et al. (2010) ont examiné les effets d'un incitatif monétaire sur la rétention et l'observance chez 26 personnes qui consomment de la cocaïne à Baltimore (l'étude ne précise pas comment la cocaïne était consommée, c.-à-d. reniflée, injectée ou inhalée). Dans cette étude, les participants ont rencontré les chercheurs

pendant 24 semaines et ont reçu sept injections contenant soit le vaccin anti-VHB, soit un placebo; on leur versait une compensation monétaire de 10 \$ par visite. Les participants assignés au programme incitatif recevaient des sommes additionnelles progressives pour leur participation à des visites hebdomadaires de suivi et de vaccination, jusqu'à concurrence de 751 \$ (Stitzer et al., 2010). Les chercheurs ont constaté que la participation des groupes avait changé après la semaine 8 de l'étude; le taux de participation était meilleur dans le groupe avec incitatif que dans le groupe témoin ( $p = 0,035$ ); 77 % des individus du groupe avec incitatif (comparativement à 46 % de ceux du groupe témoin) ont reçu toutes leurs injections (Stitzer et al., 2010).

La combinaison d'incitatifs monétaires et d'un horaire pratique pour la vaccination pourrait également être une stratégie utile pour augmenter le recours à la vaccination parmi les personnes qui consomment des drogues. Campbell et al. (2007) ont recruté 3 181 participants de 18 à 30 ans dans des milieux communautaires, dans cinq villes des États-Unis (Baltimore, Seattle, Los Angeles, New York et Chicago). Dans cette étude quasi expérimentale, des vaccins étaient offerts avant d'annoncer les résultats des dépistages sérologiques, dans quatre sites; la disponibilité et les incitatifs variaient selon le site (Campbell et al., 2007). La participation était à son plus fort lorsque le vaccin était administré immédiatement au moment de la visite, et elle était très faible lorsque la vaccination était offerte après l'obtention des résultats des tests sanguins (Campbell et al., 2007). Une analyse des données a également révélé que les participants qui se sont vu offrir la vaccination immédiatement après l'entrevue étaient significativement plus susceptibles de recevoir au moins une dose de vaccin (RCA 48,6, 95 % IC 35,7, 66,0; Campbell et al., 2007). Les auteurs ont conclu que les incitatifs monétaires pourraient avoir joué un rôle dans l'augmentation de la participation lorsque la vaccination immédiate n'était pas disponible – les participants interviewés hors site, avec incitatif, étaient significativement plus susceptibles de recevoir au moins une dose de vaccin que les participants qui n'avaient pas pu recevoir le vaccin immédiatement après l'entrevue (RCA 11,2, IC 8,1, 15,6; Campbell et al., 2007).

Des emplacements accessibles et pratiques pourraient également augmenter le recours à la vaccination. Des Jarlais et al. (2001) ont conclu que des incitatifs financiers modestes et des emplacements pratiques peuvent aider à compléter une série de vaccins parmi des personnes qui s'injectent des drogues, comparativement au fait de les référer à des fournisseurs de soins de santé. D'autres études appuient le rôle de l'accessibilité et du jumelage des services. Par exemple, Altice et al. (2005) ont constaté que le jumelage

du dépistage et de la vaccination dans une clinique de santé mobile accompagnant une camionnette de PSA avait réussi à inciter des personnes qui s'injectent des drogues à demander des soins de santé.

En 1999, une campagne de vaccination exhaustive a été lancée parmi les résidents du Downtown Eastside de Vancouver (Weatherill et al., 2004). Durant l'automne, des infirmières de santé publique et des bénévoles ont offert le vaccin contre l'influenza et le vaccin antipneumococcique à tous les individus du secteur, dans divers contextes communautaires. La vaccination contre le VHA et le VHB a ensuite été offerte sur une période de deux mois au début de 2000; les quatre vaccins ont été offerts de nouveau à l'automne 2000. La campagne s'est poursuivie jusqu'en juin 2002 sur une base saisonnière. La campagne initiale de cinq semaines de vaccination contre l'influenza et le pneumocoque a généré 8 723 vaccinations et 79 % des participants ont reçu les deux vaccins. Dans les trois mois qui ont suivi la campagne initiale, on a noté une diminution des visites à l'urgence pour la pneumonie. La campagne de vaccination de cinq semaines contre le VHA et le VHB a généré 3 542 vaccinations; 58 % des individus ont reçu les deux vaccins. Les auteurs du rapport de cette campagne signalent que le recours au vaccin contre l'influenza diminuait lorsqu'offert en combinaison avec les trois autres vaccins; on l'a donc offert séparément les années suivantes (Weatherill et al., 2004). Cette étude démontre que la vaccination peut être offerte de manière efficace dans d'autres contextes que les PSA; les programmes devraient tenir compte du rôle que le travail de proximité peut jouer pour améliorer la santé des personnes qui consomment des drogues.

Une éducation et une sensibilisation accrues peuvent augmenter le recours à la vaccination. Koblin et al. (2007) ont recruté 402 femmes séronégatives au VIH qui ne s'injectent pas de drogues, dans une étude visant à évaluer le degré de connaissance, les infections et vaccinations antérieures pour le VHB, les facteurs motivants et les obstacles à l'acceptation de la vaccination, et le recours au vaccin contre le VHB. La connaissance du VHB (infection, transmission et prévention) était faible, avec un score moyen de 6,1 sur 12 à un questionnaire « vrai ou faux ». Des 210 femmes susceptibles au VHB, 69 % (145/210) ont commencé la série de vaccins contre le VHB immédiatement après avoir reçu le counselling éducatif (Koblin et al., 2007). Dans une autre étude où les clients d'un PSA ont été éduqués au sujet des vaccins puis se sont vu offrir immédiatement le vaccin contre l'influenza et le vaccin antipneumococcique, le recours à ces vaccins a été de 86 % et 70 %, respectivement ( $p=0,0001$ ; Stancliff et al., 2000). Cette étude a également noté que plusieurs clients de PSA ayant des problèmes médicaux chroniques et pour

lesquels la vaccination était recommandée n'avaient pas un accès régulier aux soins médicaux – une observation qui met en lumière le rôle que les PSA peuvent jouer dans l'arrimage des clients à des services médicaux continus.

L'offre simultanée de divers types de vaccins peut également augmenter le recours à la vaccination. Dans une étude étatsunienne d'envergure nationale auprès d'adultes de 18 ans et plus qui étaient à risque élevé d'infection par le VHB, plus de 50 % n'étaient pas vaccinés contre le VHB (pour diverses raisons) et plus de 50 % avaient également manqué une occasion de vaccination (n=15,432; Ladak et al., 2012). Les adultes à risque élevé de cette étude incluaient des personnes qui s'étaient déjà injecté des drogues, qui avaient déjà échangé des services sexuels contre de l'argent ou des drogues et qui avaient reçu un résultat positif au dépistage du VIH. Cette étude a conduit à deux autres constats importants : les individus vaccinés contre la pneumonie (vaccin antipneumococcique) et l'influenza avaient plus de chances d'être également vaccinés contre le VHB que ceux qui n'avaient pas reçu le vaccin antipneumococcique et le vaccin contre l'influenza (RC 2,27 et 1,67, respectivement); et les individus dépistés pour le VIH dans un site de counselling et de dépistage avaient également de plus fortes chances d'être vaccinés contre le VHB, comparativement à ceux qui n'avaient pas été dépistés (RC 1,78 et 1,73, respectivement; Ladak et al., 2012). La disponibilité simultanée d'un certain nombre de vaccins pourrait donc être plus utile pour lutter contre les maladies évitables par un vaccin.

Une étude auprès de 760 individus de quartiers défavorisés, y compris des personnes s'injectant des drogues, dans East Harlem et le Bronx, à New York, a observé que le fait de recevoir un « vaccin contre l'hépatite » était associée de manière significative au fait d'avoir déjà reçu un vaccin contre l'influenza (p=0,0001; Bryant et al., 2006). Une analyse de comportements autodéclarés, tirés de l'Enquête nationale par entrevues de 2009 sur la santé aux États-Unis – qui évalue le recours au vaccin contre le VHB (une dose ou plus), le fait de compléter la série de vaccins et des prédicteurs indépendants de la vaccination chez des adultes à risque élevé – a conclu qu'une probabilité plus forte de vaccination contre le VHB est associée aux éléments suivants : deux contacts ou plus avec des médecins au cours de la dernière année, le fait d'avoir déjà été dépisté pour le VIH, le fait d'avoir reçu le vaccin contre l'influenza dans la dernière année, et le fait d'avoir déjà reçu le vaccin contre le VHA (Lu et al., 2011). Les adultes à risque élevé de cette étude incluaient des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, des personnes qui s'injectent des drogues, des individus qui ont eu des infections transmissibles sexuellement (ITS) au cours des cinq années précédentes, qui

ont déjà échangé des services sexuels contre de l'argent ou des drogues, qui sont séropositives au VIH, et des personnes qui ont eu des rapports sexuels avec toute personne ayant ces facteurs de risque (Lu et al., 2011).

Les modifications aux politiques ont également un rôle important à jouer pour réduire la prévalence des maladies pouvant être évitées par un vaccin. Par exemple, les catégories de personnes ciblées par les politiques relatives à la vaccination contre le VHA en C.-B. ont été élargies en 1998 pour inclure les personnes qui s'injectent des drogues et les personnes ayant le VHC ou le VHB chronique. Une analyse de données de la BC Health Authority a révélé qu'entre 1998 et 2004, les taux de VHA ont diminué de façon constante parmi les personnes s'injectant des drogues, jusqu'au point où seul le VHA attribuable aux voyages était en cause dans tous les cas déclarés en 2004 (c.-à-d., aucun cas n'a été déclaré parmi des personnes s'injectant des drogues; Pollock et al., 2006).

Bien que des campagnes proactives et des modifications aux politiques soient nécessaires pour élargir la couverture de la vaccination à l'échelon populationnel, les fournisseurs de services pourraient avoir plusieurs occasions de promouvoir la vaccination dans leurs interactions individuelles avec des utilisateurs de services. L'ASPC (2013) a identifié quelques occasions clés pour améliorer les taux de vaccination, notamment :

- Lorsqu'une personne reçoit un diagnostic de maladie chronique
- Lorsqu'une personne manifeste des comportements associés à un risque plus élevé, comme la consommation de drogues illégales ou des ITS
- Lors de rencontres avec de nouveaux clients

Les stratégies présentées ici offrent diverses approches pour maximiser la prévention des maladies contre lesquelles des vaccins sont faciles d'accès, au Canada. La combinaison de ces stratégies pourrait contribuer à atteindre des niveaux optimaux de vaccination.

Pour des informations plus détaillées sur les vaccins et leurs échéanciers, veuillez consulter la liste (compilée par l'Agence de la santé publique du Canada) de sites Internet provinciaux et territoriaux consacrés à la vaccination, à : [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p03-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p03-fra.php)

### **Sommaire des données sur les services de vaccination contre les hépatites A et B, la pneumonie pneumococcique, l'influenza, le tétanos et la diphtérie**

Les données et recommandations présentées dans ce chapitre sont issues d'une variété de sources. Des données épidémiologiques ont éclairé en majeure partie notre compréhension des maladies évitables par un vaccin parmi les personnes qui consomment des drogues.

Des études transversales ont été les principales sources de données concernant le rôle de la vaccination. D'autres sources incluant des études quasi expérimentales et des revues systématiques ont contribué à la compréhension générale des obstacles à la vaccination.

Les données pertinentes à la vaccination dans les PSA sont limitées, mais en croissance. À mesure que s'élargiront la prestation et l'évaluation de cet important service, nous anticipons une plus grande quantité de données à l'appui de l'expansion des services des PSA pour inclure l'offre de vaccinations afin de prévenir des maladies graves et évitables par un vaccin.

## Références

- Altice FL, Bruce RD, Walton MR, Buitrago MI. Adherence to hepatitis B virus vaccination at syringe exchange sites. *Journal of Urban Health*, 2005 Mar;82(1):151-161.
- Agence de la santé publique du Canada. Guide canadien d'immunisation. Partie 4 – Vaccins actifs : Vaccin contre l'hépatite A; 2012a. Consulté en mars 2014 à : [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p04-hepa-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p04-hepa-fra.php)
- Agence de la santé publique du Canada. Guide canadien d'immunisation. Partie 4 – Vaccins actifs : Vaccin contre l'hépatite B; 2012b. Consulté en mars 2014 à : [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p04-hepb-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p04-hepb-fra.php)
- Agence de la santé publique du Canada. Guide canadien d'immunisation; 2013. Consulté en mars 2014 à : [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index-fra.php)
- Agence de la santé publique du Canada. Relevé des maladies transmissibles au Canada. Comité consultatif national de l'immunisation : Déclaration sur les usages recommandés du vaccin 23-valent contre le pneumocoque chez les sans-abri et les utilisateurs de drogues par injection; 2008. Consulté en mars 2014 à : [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/08vol34/acs-5/index-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/08vol34/acs-5/index-fra.php)
- Amesty S, Ompad DC, Galea S, Fuller CM, Wu Y, Koblin B, Vlahov D. Prevalence and correlates of previous hepatitis B vaccination and infection among young drug-users in New York City. *Journal of Community Health*, 2008 Jun;33(3):139-148.
- Campbell JV, Garfein RS, Thiede H, Hagan H, Ouellet LJ, Golub ET, Hudson SM, Ompad DC, Weinbaum C; DUIT Study Team. Convenience is the key to hepatitis A and B vaccination uptake among young adult injection drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 2007 Nov;91(Suppl 1):S64-72.
- Bryant WK, Ompad DC, Sisco S, Blaney S, Glidden K, Phillips E, Vlahov D, Galea S; Project VIVA Intervention Working Group. Determinants of influenza vaccination in hard-to-reach urban populations. *Preventive Medicine*, 2006 Jul;43(1):60-70.
- Centers for Disease Control and Prevention. Integrated Prevention Services for HIV Infection, Viral Hepatitis, Sexually Transmitted Diseases, and Tuberculosis for Persons Who Use Drugs Illicitly: Summary Guidance from CDC and the U.S. Department of Health and Human Services. *Mortality and Morbidity Weekly: Recommendations and Reports*. 2012 Nov;61(RR05);1-40.
- Craig AS, Watson B, Zink TK, Davis JP, Yu C, Schaffner W. Hepatitis A outbreak activity in the United States: Responding to a vaccine-preventable disease. *American Journal of Medical Sciences*, 2007 Sep;334(3):180-183.
- Des Jarlais DC, Fisher DG, Newman JC, Trubatch BN, Yancovitz M, Paone D, Perlman D. Providing hepatitis B vaccination to injection drug users: Referral to health clinics vs on-site vaccination at a syringe exchange program. *American Journal of Public Health*, 2001 Nov;91(11):1791-1792.
- Garfein RS, Vlahov D, Galai N, Doherty MC, Nelson KE. Viral infections in short-term injection drug users: The prevalence of the hepatitis C, hepatitis B, human immunodeficiency, and human T-lymphotropic viruses. *American Journal of Public Health*, 1996 May;86(5):655-661.
- Hahné S, Crowcroft N, White J, Ncube F, Hope V, De Souza-Thomas L, Brett M, Roy K, Goldberg D. Ongoing outbreak of tetanus in injecting drug users in the UK. *Eurosurveillance*, 2004;8(4): 2371.
- Hennessey KA, Bangsberg DR, Weinbaum C, Hahn JA. Hepatitis A seroprevalence and risk factors among homeless adults in San Francisco: should homelessness be included in the risk-based strategy for vaccination? *Public Health Reports*, 2009 Nov-Dec;124(6):813-817.
- Hu Y, Grau LE, Scott G, Seal KH, Marshall PA, Singer M, Heimer R. Economic evaluation of delivering hepatitis B vaccine to injection drug users. *American Journal of Preventative Medicine*, 2008 Jul;35(1):25-32.
- Huang L, Gilbert ML, Rossi MF, Haase D, Wright J, Sicard N, Beaudoin C, Taylor D, Gratrix J, Belzak L, Wong T, Jayaraman G. Trends in vaccine-induced immunity to hepatitis B among Canadian street-involved youth. *Journal of Urban Health*, 2010 Mar;87(2):337-348.
- Koblin BA, Xu G, Lucy D, Robertson V, Bonner S, Hoover DR, Fortin P, Latka M. Hepatitis B infection and vaccination among high-risk noninjection drug-using women: Baseline data from the UNITY study. *Sexually Transmitted Diseases*, 2007 Nov;34(11):917-922.
- Kuo I, Sherman SG, Thomas DL, Strathdee SA. Hepatitis B virus infection and vaccination among young injection and non-injection drug users: Missed opportunities to prevent infection. *Drug and Alcohol Dependence*, 2004 Jan;73(1): 69-78.

- Ladak F, Gjelsvik A, Feller E, Rosenthal SR, Montague BT. Hepatitis B in the United States: Ongoing missed opportunities for hepatitis B vaccination, evidence from the Behavioral Risk Factor Surveillance Survey, 2007. *Infection*, 2012 Aug;40(4):405-413.
- Lally MA, Montstream-Quas SA, Tanaka S, Tedeschi SK, Morrow KM. A qualitative study among injection drug using women in Rhode Island: Attitudes toward testing, treatment, and vaccination for hepatitis and HIV. *AIDS Patient Care and STDS*, 2008 Jan;22(1):53-64.
- Lowe CF, Bernard KA, Romney MG. Cutaneous diphtheria in the urban poor population of Vancouver, British Columbia, Canada: A 10-year review. *Journal of Clinical Microbiology*, 2011, Jul;49(7):2664-2666.
- Lu PJ, Byrd KK, Murphy TV, Weinbaum C. Hepatitis B vaccination coverage among high-risk adults 18-49 years, US, 2009. *Vaccine*, 2011 Sep 16;29(40):7049-7057.
- Lum PJ, Hahn JA, Shafer KP, Evans JL, Davidson PJ, Stein E, Moss AR. Hepatitis B virus infection and immunization status in a new generation of injection drug users in San Francisco. *Journal of Viral Hepatology*, 2008 Mar;15(3):229-236.
- Plevneshi A, Svoboda T, Armstrong I, Tyrrell GJ, Miranda A, Green K, Low D, McGeer A; Toronto Invasive Bacterial Diseases Network. Population-based surveillance for invasive pneumococcal disease in homeless adults in Toronto. *PLoS One*, 2009 Sep;4(9):e7255.
- Pollock SL, Sheikholeslami A, Edgar B, David ST, Buxton JA. L'évolution de l'épidémiologie de l'hépatite A en Colombie-Britannique : comment utiliser les données du suivi réalisé par les autorités sanitaires pour orienter les politiques et les pratiques; 2006. Consulté en décembre 2014 à : [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/06vol32/rm3220b-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/06vol32/rm3220b-fra.php)
- Quaglio G, Lugoboni F, Mezzelani P, Des Jarlais DC, Lechi A. Hepatitis vaccination among drug users. *Vaccine*, 2006 Apr;24(15):2702-2709.
- Romney MG, Hull MW, Gustafson R, Sandhu J, Champagne S, Wong T, Nematallah A, Forsting S, Daly P. Large community outbreak of *Streptococcus pneumoniae* serotype 5 invasive infection in an impoverished, urban population. *Clinical Infectious Diseases*, 2008 Sep;47(6):768-774.
- Standliff S, Salomon N, Perlman DC, Russell PC. Provision of influenza and pneumococcal vaccines to injection drug users at a syringe exchange. *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 2000 Apr;18(3):263-265.
- Stitzer ML, Polk T, Bowles S, Kosten T. Drug users' adherence to a 6-month vaccination protocol: Effects of motivational incentives. *Drug and Alcohol Dependence*, 2010 Feb;107(1):76-79.
- Tompkins C, Ghoneim S, Wright N, Sheard L, Jones L. Needle fear among women injecting drug users: A qualitative study. *Journal of Substance Use*, 2007;12(4):281-291.
- Vanderkooi OG, Church DL, MacDonald J, Zucol F, Kellner JD. Community-based outbreaks in vulnerable populations of invasive infections caused by *Streptococcus pneumoniae* serotypes 5 and 8 in Calgary, Canada. *PLoS ONE*, 2011;6(12):e28547.
- Villano SA, Nelson KE, Vlahov D, Purcell RH, Saah AJ, Thomas DL. Hepatitis A among homosexual men and injection drug users: More evidence for vaccination. *Clinical Infectious Diseases*, 1997 Sep;25(3):726-728.
- Vugia DC, Werner SB, Woodfill CJ. Wound botulism, tetanus, and necrotizing fasciitis among injection drug users in California: The clostridial connection. In: Scheld WM, Murray BE, Hughes JM, eds. *Emerging Infections*. Washington, DC: ASM Press, 2004:111-120.
- Weatherill SA, Buxton JA, Daly PC. Immunization programs in non-traditional settings. *Revue canadienne de santé publique*, 2004 Mar-Apr;95(2):133-137.
- Wells R, Fisher D, Fenaughty A, Cagle H, Jaffe A. Hepatitis A prevalence among injection drug users. *Clinical Laboratory Sciences*, 2006;19(1):12-17.
- Winstock AR, Anderson CM, Sheridan J. National survey of HIV and hepatitis testing and vaccination services provided by drug and alcohol agencies in Australia. *Medical Journal of Australia*, 2006 Jun;184(11):560-562.

## 8

## Référence aux traitements du VIH et/ou de l'hépatite C



**RECOMMANDATIONS DE PRATIQUES EXEMPLAIRES** pour accroître l'accès aux traitements médicaux contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et/ou l'hépatite C (VHC) :

- Éduquer les clients au sujet des options de traitements contre le VIH et/ou le VHC, de même que des sources d'information additionnelle sur les risques, bienfaits et effets secondaires
- Référer les clients qui reçoivent un résultat de dépistage positif, ou dont on connaît la séropositivité au VIH et/ou au VHC, à des fournisseurs de traitements du VIH et/ou du VHC, dans la communauté
- Établir et maintenir des relations avec des fournisseurs de traitements du VIH et/ou du VHC, en particulier ceux ayant de l'expérience de travail avec des personnes qui consomment des drogues, et établir des protocoles clairs de référence vers ces intervenants
- Inciter des pairs intervenants ayant de l'expérience en lien avec le VIH et/ou le VHC à participer à des programmes de soutien/accompagnement par des pairs, s'il en existe, ou aider à développer et à réaliser des activités de soutien/accompagnement par des pairs, pour les clients
- Évaluer et publier toute initiative réalisée en matière de référence aux traitements du VIH et/ou du VHC.

### L'offre de références à un traitement du VIH et/ou du VHC par des programmes de seringues et d'aiguilles (PSA)

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (2013), les PSA peuvent jouer un rôle important pour répondre aux besoins de prévention, de traitements et d'autres soins de santé chez les personnes qui consomment des drogues et qui vivent avec le VIH et/ou le VHC. En particulier, le personnel de PSA peut aider à identifier des fournisseurs de traitements du VIH et du VHC et à y référer des clients.

Les personnes qui consomment des drogues et ont recours aux services de PSA rencontrent de nombreux obstacles dans l'accès aux soins de santé et à d'autres services sociaux; elles signalent divers besoins en ce sens. Dans une étude étatsunienne examinant les besoins de 251 personnes consommant des drogues et ayant recours à des PSA, les services médicaux ont entre autres émergé en tant que besoin non comblé (Stein & Friedmann, 2002). Puisque plusieurs personnes qui consomment des drogues n'ont pas régulièrement recours à des services sociaux et de santé, les PSA sont souvent le seul point de contact avec cette population et constituent donc un important tremplin vers des fournisseurs de traitements du VIH et du VHC et d'autres services sociaux et de santé (Porter et al., 2002). Plusieurs PSA offrent des services de prévention, de dépistage et de counselling pour le VIH et/ou le VHC (Des Jarlais et al., 2009); toutefois, il existe peu de données indiquant comment les PSA gèrent la référence à des fournisseurs de traitements du VIH et du VHC.

Nous savons que les personnes vivant avec le VIH qui consomment des drogues ont souvent de la difficulté à accéder à des traitements pour le VIH et/ou le VHC et à d'autres types de services de santé (Harris & Rhodes, 2013; Krusi et al., 2010; Mravcik et al., 2013; Sohler et al., 2007; Wood et al., 2008). Par conséquent, dans ce chapitre, nous examinons la littérature portant sur les facteurs qui facilitent le recours au traitement du VIH et du VHC ainsi que les obstacles à celui-ci, afin d'aider les PSA et d'autres programmes de réduction des méfaits à référer les clients à des services et à réduire les obstacles au traitement du VIH et/ou du VHC.

Dans le présent document, les termes « référer » et « référence » désignent l'action de relier des clients à des fournisseurs et à des services de soins de santé. Les références fournies par des programmes communautaires peuvent prendre plusieurs formes, notamment la prestation informelle d'information aux clients sur les sites où obtenir des services, la référence informelle à un service spécialisé d'un fournisseur de soins de santé ou d'un travailleur social, ou encore une approche intégrée qui relie les clients à des services sur place. Le contexte des services sociaux et de santé varie considérablement, et des services comme le traitement du VIH peuvent nécessiter une référence formelle à des fournisseurs de soins spécialisés ou une référence informelle à des centres de santé communautaire où travaillent des spécialistes. Bien que la référence à un traitement du VIH ou du VHC soit souvent considérée comme un processus formel, des centres de santé communautaire pourraient être en mesure de fournir des services de traitement du VIH et du VHC sans exiger une référence formelle. Puisque

le mécanisme de référence varie considérablement selon le type de service et l'emplacement, la définition de « référence » que nous employons ici est globale.

Les personnes qui consomment des drogues et qui ont la coinfection VIH/VHC ont des problèmes de santé additionnels. Dans une vaste étude de cohorte prospective (n=3 111) examinant l'effet de la coinfection VIH/VHC sur la progression du VIH et la réponse immunologique à l'issue du traitement antirétroviral, en Suisse, Greub et al. (2000) ont constaté que les participants ayant la coinfection avaient un risque accru de développer une maladie définissant le sida ( $p = 0,001$ ), comparativement à ceux vivant seulement avec le VIH (Greub et al., 2000). Bien que des études suggèrent une probabilité accrue de rétention dans les soins pour le VHC et d'observance au traitement du VHC parmi les personnes ayant la coinfection à VIH (Braitstein et al., 2006; Schackman et al., 2007), ces clients portent le fardeau de deux maladies infectieuses fortement stigmatisées et sont susceptibles de rencontrer des défis particuliers. Un examen complet de l'accès aux traitements du VIH et du VHC et des obstacles à leur utilisation, parmi les personnes qui ont la coinfection et qui consomment des drogues, dépasse la portée du présent document, mais il est important de noter que les défis mentionnés ci-dessous peuvent être exacerbés chez les personnes qui ont à la fois le VIH et le VHC.

### Arrimage à des soins et traitements spécialisés pour le VIH

L'arrimage à des soins spécialisés pour le VIH et l'initiation du traitement antirétroviral (TAR) à un stade précoce, pour les personnes vivant avec le VIH qui s'injectent des drogues, sont recommandés afin d'améliorer les résultats de santé et de réduire la morbidité et la mortalité (OMS, 2013). Le TAR est une combinaison de trois médicaments antirétroviraux ou plus visant à supprimer le VIH (il est aussi appelé « TAR combiné » ou « TAR fortement actif »; OMS, 2013). Fait important, l'OMS souligne qu'il n'est pas nécessaire d'être inscrit à un traitement de la dépendance afin de commencer un TAR, et que la consommation de drogues ne devrait pas empêcher l'initiation d'un TAR (OMS, 2012). Plusieurs obstacles empêchent toutefois des personnes qui s'injectent des drogues d'avoir accès à des soins spécialisés pour le VIH et de commencer un traitement du VIH. Les personnes vivant avec le VIH qui consomment des drogues sont moins susceptibles de recevoir un traitement antirétroviral que d'autres personnes vivant avec le VIH (Himelhoch et al., 2007; Sohler et al., 2007), et même lorsqu'elles y ont accès, elles sont plus susceptibles de le commencer plus tard (Ding et al., 2005). Des données indiquent que l'accompagnement de pairs pour la navigation du système de santé améliore

l'accès aux soins pour le VIH (Broeckeaert & Challacombe, 2014).

Des données recueillies par le système canadien de surveillance du VIH, I-Track (Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2013), ont révélé que 21,7 % des personnes qui s'injectent des drogues et qui sont séropositives au VIH ne recevaient pas de traitement anti-VIH. De plus, on estime que 24 % des personnes qui s'injectent des drogues et qui vivent avec le VIH ne sont pas au courant de leur séropositivité (ASPC, 2011). Cela est alarmant, compte tenu de la disponibilité de traitements efficaces contre le VIH et de leur rôle important pour réduire la morbidité et la mortalité associées à l'infection à VIH et pour réduire le risque de transmission ultérieure du VIH.

### Initiation d'un TAR

L'initiation d'un TAR dépend largement de l'accès des clients à des services de dépistage et de traitement du VIH ainsi qu'à des évaluations cliniques, de même que de la volonté du fournisseur de prescrire le traitement. Comme nous l'avons déjà mentionné, plusieurs personnes qui consomment des drogues rencontrent de multiples obstacles dans l'accès aux services de santé. S'engager avec un fournisseur de traitement du VIH pour commencer un TAR pourrait être un défi additionnel. Nous décrivons ci-dessous certains obstacles signalés dans la littérature scientifique.

Dans une étude parmi 662 fournisseurs canadiens et étatsuniens de soins pour le VIH (médecins, praticiens en soins infirmiers, médecins ostéopathes, infirmières autorisées et auxiliaires médicaux), examinant leur formation et leurs attitudes à l'égard des personnes qui s'injectent des drogues, plus de la moitié ont déclaré qu'ils retarderaient l'initiation du traitement du VIH pour une personne qui s'injecte des drogues quotidiennement (Westergaard et al., 2012). La volonté de reporter le traitement était moins probable chez ceux ayant une plus grande expérience de la prestation de soins pour le VIH (RCA = 0,84, 95 % IC : 0,73 à 0,95) et dont la clientèle incluait plus de 10 % de clients qui s'injectent des drogues (10-25 % RCA = 0,83, 95 % IC : 0,52 à 1,32, et >25 % RCA = 0,41, 95 % IC : 0,16 à 1,03; Westergaard et al., 2012). Dans une étude transversale étatsunienne sur la formation, l'expérience et les attitudes de 411 médecins à l'égard de personnes vivant avec le VIH qui s'injectent des drogues, des préoccupations liées au risque accru de résistance aux médicaments et des attitudes négatives à l'égard de cette population ont été citées comme des motifs de réticence à l'initiation d'un TAR (Ding et al., 2005).

Le traitement du VIH est souvent greffé à l'inscription à un traitement de la dépendance aux drogues; celui-ci est associé

à une observance améliorée au TAR ainsi qu'à de meilleurs résultats cliniques pour le VIH (Palepu et al., 2006). Toutefois, exiger que des personnes vivant avec le VIH s'inscrivent à un traitement de la dépendance aux drogues afin de commencer un TAR crée des obstacles pour les clients qui ne peuvent pas ou ne veulent pas commencer un traitement de la dépendance. À l'issue d'un examen systématique des facteurs qui affectent l'initiation d'un TAR parmi des personnes qui consomment activement des drogues, on a observé une probabilité réduite de commencer un TAR, chez les participants qui n'étaient pas inscrits à des programmes de traitement de la dépendance aux drogues ou d'entretien à la méthadone (Malta et al., 2014). L'accès limité au TAR dû au refus ou à l'incapacité de commencer un traitement de la dépendance aux drogues est un obstacle pour les personnes vivant avec le VIH qui consomment des drogues; il pourrait constituer un obstacle encore plus important là où les options de traitement de la dépendance sont réduites.

### **Interventions pour améliorer l'initiation d'un TAR**

La référence des clients à des fournisseurs de traitement du VIH qui peuvent offrir des conseils appropriés, recommander des options de traitement du VIH et discuter des effets secondaires liés au traitement du VIH est un important service que peuvent fournir les PSA. La décision de prescrire le TAR et un régime de traitement particulier doit être prise sur une base individuelle et dans le contexte d'une relation patient-fournisseur, afin d'assurer un plan de traitement cliniquement approprié et pertinent.

Bien qu'offrir des informations préliminaires sur les bienfaits de l'initiation d'un TAR et les effets secondaires courants du traitement puisse encourager le client à commencer un traitement, les programmes doivent considérer qui donnent ces informations et conseils. Des intervenants qui n'ont pas de formation médicale formelle pourraient être en mesure de mieux servir les clients, en les dirigeant vers des fournisseurs de traitement du VIH à bas seuil d'accessibilité détenant des compétences, des connaissances et une expertise appropriées, comme des fournisseurs ayant de l'expérience de travail avec des personnes qui consomment des drogues.

### **Observance au TAR**

Des études examinant le TAR parmi des personnes qui s'injectent des drogues ont observé dans cette population des taux d'observance plus faibles que parmi d'autres (Carrieri et al., 2003; Palepu et al., 2006; Wood et al., 2004); plusieurs personnes s'injectant des drogues cessent le

traitement du VIH peu de temps après l'avoir commencé (Wood et al., 2004). Des études démontrent que, bien que le traitement du VIH puisse être aussi efficace chez des personnes qui s'injectent des drogues que chez celles qui ne s'en injectent pas, une piètre observance conduit à des taux plus faibles de suppression du VIH et réduit l'effet sur le taux de cellules CD4 (Wood et al., 2003; Palepu et al., 2003). Divers facteurs modifiables semblent jouer un rôle dans l'observance au TAR chez les personnes qui s'injectent des drogues, comme des perceptions liées aux effets secondaires du TAR, les croyances du client quant à sa capacité de suivre adéquatement le TAR, et le soutien social.

#### ***Peur des effets secondaires***

Dans une étude sur les facteurs liés à l'observance au TAR parmi des personnes qui s'injectent des drogues à Vancouver, les participants qui croyaient que les médicaments du TAR allaient causer des effets secondaires désagréables étaient plus susceptibles d'arrêter le traitement (RCA = 1,41, 95 % IC : 1,2 à 1,6; Kerr et al., 2005).

#### ***Autoefficacité pour prendre le TAR correctement***

Les croyances des clients quant à leur capacité de prendre les médicaments du TAR sont associées à des préoccupations concernant l'observance. Dans une étude de cohorte prospective examinant les facteurs psychosociaux liés à l'observance au TAR parmi 108 personnes s'injectant des drogues à Vancouver, Kerr et al. (2004) ont constaté que les participants qui exprimaient de fortes attentes d'autoefficacité (c.-à-d. qui croyaient être capables de prendre les médicaments aux bons moments et de gérer les effets secondaires du traitement) avaient une meilleure observance au TAR (RCA = 1,8, 95 % IC : 1,0 à 3,1). Dans une étude similaire parmi 160 personnes séropositives au VIH s'injectant des drogues à Vancouver, une plus forte efficacité autoréglémentée (confiance en sa propre capacité de prendre les médicaments tout en consommant des drogues ou en étant en sevrage) et des attentes d'efficacité plus élevées (confiance en sa propre capacité de se rappeler de prendre les médicaments tels que prescrits) étaient associées négativement et de manière indépendante à l'arrêt du TAR (RCA = 0,86, 95 % IC : 0,7 à 0,9; RCA = 0,70, 95 % IC : 0,5 à 0,9, respectivement; Kerr et al., 2005). Par conséquent, il semble que le degré de confiance d'un patient à l'égard de sa compréhension de la façon de prendre les médicaments et de son autoefficacité perçue joue un rôle important dans l'observance réelle au traitement.

### ***Soutien social, logement stable et relation patient-fournisseur***

Il est démontré que le soutien social perçu joue un rôle dans l'atteinte de la suppression virale et dans l'observance rehaussée aux médicaments. Dans une étude transversale parmi 466 personnes recevant un TAR et déclarant s'être injecté des drogues au cours de l'année précédente, dans quatre villes des États-Unis, l'atteinte d'une meilleure suppression virale était associée de manière indépendante à la déclaration d'un soutien social (les participants ont répondu à des questions sur une échelle à quatre points, concernant la présence d'une personne à qui ils peuvent parler de sujets personnels et se confier) (Rapport de cote ajusté [RCA] = 4,86, 95 % IC : 1,08 à 21,93) et d'un logement stable (défini comme étant le fait d'avoir un endroit où se loger au moins cinq nuits par semaine) (RCA = 3,62, 95 % IC : 1,02 à 12,89) (Knowlton et al., 2006).

Par ailleurs, une communication positive entre patient et fournisseur est en cause dans l'atteinte de meilleurs résultats de traitement du VIH. Par exemple, Knowlton et al. (2006) ont réalisé une étude transversale utilisant des données de l'étude INSPIRE, une intervention de prévention secondaire du VIH menée dans quatre villes des États-Unis et explorant des facteurs associés à l'atteinte d'une charge virale indétectable chez des personnes s'injectant des drogues et suivant un TAR. Les auteurs ont constaté que parmi les 466 participants, ceux qui déclaraient une meilleure communication patient-fournisseur avaient atteint une meilleure suppression virale (RCA = 1,57, 95 % IC : 1,01 à 2,45; Knowlton et al., 2006). La relation patient-fournisseur pourrait également jouer un rôle dans l'amélioration de la confiance et de l'efficacité du client dans la prise de son TAR. Dans une autre étude utilisant des données de l'échantillon de l'étude INSPIRE et examinant l'observance au TAR parmi 636 personnes qui s'injectent des drogues, celles qui ont dévoilé leur consommation de drogues à leur fournisseur de soins médicaux étaient moins susceptibles de faire des erreurs dans la prise de médicaments ( $p < 0,05$ ; Arnsten et al., 2007), ce qui porte à croire que la relation patient-fournisseur joue un rôle dans l'observance aux traitements.

### **Interventions pour l'observance au TAR**

La gestion des cas désigne l'évaluation, la planification et le plaidoyer pour des services qui répondent aux besoins de santé d'un client. Des PSA pourraient déjà réaliser des activités similaires à la gestion de cas avec leurs clients pour les aider à accéder à des fournisseurs de traitements du VIH, à un logement et à des services alimentaires. Étant donné le lien entre l'observance au TAR et les soutiens sociaux, les

PSA peuvent jouer un rôle en fournissant à leurs clients des informations sur les services sociaux disponibles.

Des services mobiles se sont avérés efficaces pour l'initiation d'un TAR, dans une étude pilote réalisée à New Haven, Connecticut, auprès de 13 personnes vivant avec le VIH et s'injectant des drogues mais ne recevant pas de traitement anti-VIH (Altice et al., 2003). Plus de la moitié des participants qui ont commencé un TAR avaient une charge virale indétectable 12 mois après leur enrôlement (Altice et al., 2003). Il est démontré que l'observance aux traitements antirétroviraux est meilleure avec la thérapie administrée directement (DAART), une stratégie qui consiste à ce que des fournisseurs de traitement du VIH ou des employés de programme administrent directement le TAR ou observent les patients prenant leurs antirétroviraux. Dans un essai contrôlé randomisé étatsunien de six mois, au cours duquel 141 participants de New Haven ont reçu soit une intervention DAART par le biais d'une camionnette de santé communautaire, soit un traitement autoadministré, le groupe recevant la DAART a démontré une suppression virale supérieure à celle du groupe témoin (Altice et al., 2007). Des questions persistent, à savoir quels patients pourraient bénéficier de la DAART et quand l'initier pour obtenir des résultats optimaux, mais les auteurs suggèrent que des programmes DAART pourraient apporter un soutien social et médical dont ont grandement besoin les personnes vivant avec le VIH qui utilisent des drogues. De la même façon, d'autres formes de rappels pour la prise des médicaments pourraient être utiles pour aider les personnes qui consomment des drogues à être observant à leur TAR.

Des PSA offrent peut-être déjà des services de proximité pour accéder à une clientèle difficile à joindre. Des rappels quotidiens de la prise des médicaments ne sont peut-être pas réalisables dans tous les contextes, mais des PSA pourraient envisager d'offrir la DAART si leurs ressources financières et humaines le permettent. Les PSA qui souhaitent offrir ce service à leurs clients devraient tenir compte de la façon d'intégrer la DAART dans les programmes existants et veiller à ce que tous les services respectent les valeurs de la dignité, de la vie privée et de l'autonomie de la personne. Des PSA pourraient également être en mesure d'aider les clients à ne pas oublier leurs rendez-vous médicaux. Pour répondre aux préoccupations des clients au sujet des effets secondaires, les employés de PSA peuvent mettre en lien les clients et les fournisseurs de traitement du VIH qui offrent des services à bas seuil d'accessibilité et qui possèdent des compétences, une formation et une expertise adéquates.

### Arrimage à des fournisseurs de traitements du VHC

Peu de personnes qui contractent le VHC développent des symptômes d'infection aiguë, mais une infection à VHC chronique qui est laissée sans traitement peut causer une cirrhose (cicatrisation du foie), une insuffisance hépatique et un carcinome hépatocellulaire (cancer du foie) (OMS, 2014). Les personnes qui s'injectent des drogues constituent la majorité des cas de VHC au Canada; en 2007, l'injection de drogues représentait 83 % des nouveaux cas de VHC (Remis, 2007). Toutefois, le dépistage du VHC et son traitement subséquent demeurent un défi pour les personnes qui consomment des drogues. Dans un échantillon national de personnes qui s'injectent des drogues, plus d'un quart de celles trouvées séropositives au VHC n'étaient pas au courant de leur infection avant d'être dépistées dans le cadre de l'étude (ASPC, 2013). De plus, seulement la moitié des personnes qui étaient au courant de leur infection consultaient un médecin pour recevoir des soins pour le VHC; et 10 % de celles-ci ont affirmé avoir déjà reçu un traitement anti-VHC (PHAC, 2013). Cela est préoccupant, car un traitement efficace contre le VHC peut jouer un rôle important pour réduire les effets néfastes de l'infection à VHC sur la santé ainsi que le risque de transmission ultérieure. Diverses raisons expliquent la difficulté d'accès au traitement du VHC, notamment le nombre limité de médecins traitants et le coût des médicaments. Même si une élimination spontanée du VHC est possible, la plupart des individus auront besoin d'un traitement (OMS, 2014). La réussite du traitement du VHC, démontrée par une réponse virologique soutenue (RVS), est en augmentation constante; les médicaments antiviraux actuels pour le génotype 1 permettent d'atteindre une réponse virologique dans plus de 90 % des cas (OMS, 2014).

Le traitement antiviral est indiqué pour les personnes ayant reçu un diagnostic de VHC, mais le recours à celui-ci demeure faible parmi les personnes qui s'injectent des drogues. Dans une étude examinant la connaissance du traitement du VHC dans une cohorte de personnes s'injectant des drogues à Baltimore, Mehta et al. (2008) ont constaté que parmi les 597 participants, 70 % étaient au courant de l'existence d'un traitement contre le VHC, mais seulement 22 % comprenaient que le traitement peut guérir le VHC. Par ailleurs, seulement 4 % avaient déjà commencé un traitement du VHC. Même si la majorité (56 %) n'avait jamais discuté du traitement du VHC avec un fournisseur de soins de la santé, plusieurs participants (71 %) ont exprimé un intérêt à le commencer (Mehta et al., 2008).

En dépit d'un faible taux d'utilisation, il est démontré que le traitement antiviral est aussi efficace pour atteindre

une réponse virologique soutenue chez des personnes qui s'injectent des drogues que chez d'autres personnes vivant avec le VHC (Bruggmann, 2008; Lindenburg et al., 2011). Dans une étude suisse examinant l'impact de continuer l'injection de drogues sur la réponse virologique soutenue, Bruggmann et al. (2008) ont comparé un groupe de personnes s'injectant des drogues et un groupe témoin ayant un taux d'observance semblable; ils n'ont relevé aucune différence statistique de suppression virale entre les deux groupes. La littérature prône de plus en plus un accès amélioré au traitement du VHC pour les personnes qui s'injectent des drogues, mais il existe un nombre important d'obstacles à son utilisation. Plusieurs de ces obstacles sont modifiables et les PSA peuvent jouer un rôle afin de les réduire ou de les éliminer.

### Préoccupations des clients quant à l'initiation du traitement du VHC

Des données indiquent que les personnes qui utilisent des drogues et qui vivent avec le VHC sont réticentes à commencer un traitement du VHC en raison de craintes d'effets secondaires et de procédures invasives, et d'un manque de connaissances sur le régime de traitement du VHC (Mehta et al., 2008; Harris, 2009; McNally et al., 2006; Schackman et al., 2007). Dans une étude qualitative examinant l'expérience du traitement du VHC chez des personnes vivant avec le VHC et s'injectant des drogues en Irlande, Swan et al. (2010) ont constaté que parmi les 36 participants, plusieurs étaient moins disposés à commencer un traitement du VHC s'ils étaient asymptomatiques et s'ils craignaient des procédures médicales invasives associées aux soins, comme une biopsie du foie. Des participants ont cité des expériences négatives de traitement du VHC dans leurs réseaux de pairs et un manque de connaissances sur les implications de l'initiation du traitement du VHC, comme étant des motifs contribuant à leur manque d'intérêt à l'égard de celui-ci (Swan et al., 2010). De la même façon, dans une étude qualitative auprès de 69 patients jamais traités pour le VHC et ayant une expérience actuelle ou antérieure d'injection de drogues, à New York, plusieurs de ceux qui se sont vu offrir le traitement du VHC l'ont refusé en raison de l'absence de symptômes liés au VHC, de la peur des effets secondaires et de préoccupations liées à des procédures invasives (Schackman et al., 2007). Par ailleurs, plusieurs participants à cette étude avaient des réticences liées à des informations inadéquates concernant les résultats et les effets secondaires possibles du traitement du VHC (Schackman et al., 2007).

## Interventions pour soutenir l'initiation du traitement du VHC

L'éducation et le soutien par les pairs sont décrits comme des mesures facilitant l'accès et le recours au traitement du VHC parmi les personnes vivant avec le VHC qui consomment des drogues. Dans une étude réalisée à Vancouver et examinant l'initiation et les résultats du traitement du VHC parmi 109 personnes vivant avec le VHC et consommant des drogues, la participation à quatre groupes hebdomadaires de soutien par des pairs permettait de prédire l'évaluation en matière de VHC (RC = 6,03, 95 % IC : 3,27 à 11,12); de plus, 54 % des individus évalués amorçaient le traitement du VHC (Grebely et al., 2010). Sylvestre et Zweben (2007) décrivent un modèle d'éducation par les pairs pour les clients qui consomment des drogues, dans leurs parcours vers le traitement du VHC. Le modèle fait appel à un fournisseur de services médicaux et à un groupe de pairs qui ont une expérience vécue du VHC et qui ont réussi leur traitement, à Oakland. Ce groupe éducatif pré-traitement du VHC a offert aux clients une occasion d'interagir avec des pairs, d'en savoir plus sur leurs expériences et de poser des questions au personnel médical, ce qui a conduit à une plus grande implication de clients parmi les plus difficiles à joindre et les plus sous-desservis (Sylvestre & Zweben, 2007).

Les PSA peuvent mettre en lien les clients et les fournisseurs de soins de santé qui pourront leur fournir de l'information sur le VHC, les options de traitement et les effets secondaires. Les programmes doivent considérer qui fournira ces informations et conseils. Des intervenants qui n'ont pas de formation médicale formelle pourraient être les mieux placés pour diriger les clients vers des fournisseurs de traitements du VHC à bas seuil d'accessibilité qui ont les compétences, les connaissances et l'expertise appropriées. Les clients qui envisagent le traitement du VHC et qui souhaitent recevoir des conseils médicaux peuvent être dirigés vers un fournisseur de traitements du VHC pour discuter des options de traitement et de leurs besoins. De plus, lorsque cela est possible, une intervention par les pairs pourrait fournir du soutien aux clients vivant avec le VHC qui envisagent le traitement.

## Obstacles liés aux fournisseurs et au palier organisationnel, dans le recours au traitement du VHC

Malgré l'existence de données démontrant que le traitement du VHC peut être aussi efficace chez des personnes qui s'injectent des drogues que chez celles qui ne s'en injectent pas (Van Thiel et al., 2003; Bruggmann et al., 2008), plusieurs fournisseurs ont encore des préoccupations

liées au fait de prescrire des médicaments antiviraux à des clients qui s'injectent des drogues ou qui en consomment par d'autres méthodes, en raison d'un certain nombre de défis et d'éléments complexes interreliés (Cooper, 2008). Les difficultés liées à l'observance au traitement du VHC et le risque de réinfection sont souvent cités comme des facteurs qui empêchent des fournisseurs d'offrir des médicaments antiviraux à des personnes qui s'injectent des drogues (Grebely & Tyndall, 2011; Myles et al., 2011). Toutefois, un récent examen d'études indique que la suppression virale du VHC peut être atteinte parmi cette population (Hellard et al., 2009). Même si les taux de réinfection par le VHC sont faibles parmi les personnes qui s'injectent des drogues ou qui ont des antécédents d'injection (Grebely et al., 2010), les coûts élevés des nouveaux traitements mettent en relief l'importance que les PSA éduquent les clients quant aux pratiques d'injection plus sécuritaires et aux moyens de prévenir la réinfection.

Dans une étude auprès de 528 médecins spécialistes du VHC au Canada, seulement 19 % étaient disposés à fournir un traitement du VHC à des patients qui s'injectent activement des drogues (Myles et al., 2011). Ils étaient plus susceptibles d'être disposés à fournir le traitement du VHC à des personnes s'injectant des drogues s'ils étaient des spécialistes des maladies infectieuses (RC = 3,27, 95 % IC : 1,11 à 9,63) et s'ils pratiquaient auprès d'une population plus vaste (population ≥ 500 000 vs population < 500 000, RC = 4,16, 95 % IC : 1,36 à 12,71; Myles et al., 2011).

L'importance d'une relation de confiance entre le patient et le fournisseur joue un rôle dans la volonté des fournisseurs de prescrire le traitement du VHC et dans la rétention accrue des patients dans les soins. Dans une étude examinant l'accessibilité et la qualité du traitement du VHC parmi des personnes qui s'injectent des drogues à Londres, Royaume-Uni, Harris et al. (2013) ont interviewé 35 utilisateurs de services et 14 travailleurs de la santé (principalement des médecins et des infirmières) et ont constaté que le fait d'être familiarisé avec l'endroit et avec le travailleur de la santé avait l'effet d'encourager les utilisateurs de services à retourner pour un suivi du traitement du VHC. De plus, développer des relations de confiance, réduire les critères d'admissibilité et modifier les régimes de traitement du VHC sont des moyens qui ont été identifiés pour améliorer les interactions clients-fournisseurs et mieux répondre aux besoins des clients.

Les personnes qui vivent avec le VHC et s'injectent des drogues signalent souvent être stigmatisées par des travailleurs de la santé et dans le milieu des soins de la santé (Brener et al., 2007; Habib & Adorjany 2003; Hopwood et al., 2006;

Swan et al., 2010). Les personnes qui s'injectent des drogues ont souvent des interactions négatives avec le système de soins de la santé qui les découragent de recourir à des soins de santé en général, d'interagir avec des fournisseurs de traitements du VHC et de commencer ce traitement (Harris et al., 2013; Lally et al., 2008; Swan et al., 2010).

Harris et al. (2013) ont réalisé une étude qualitative à Londres, Royaume-Uni, afin d'examiner les perspectives de patients et de fournisseurs de soins de la santé quant à l'accès aux traitements du VHC et à son amorce. Les auteurs ont identifié les thèmes suivants comme étant reliés à l'initiation retardée du traitement du VHC : un manque de souplesse du système de soins de santé; des exigences d'admissibilité strictes, comme un accès restreint pour les personnes qui consomment activement des drogues; et des expériences stressantes de phlébotomie (prélèvements sanguins) (Harris et al., 2013). De plus, une étude irlandaise similaire examinant des expériences de traitement du VHC chez 36 personnes qui consomment des drogues a identifié l'exigence d'abstinence de drogues comme étant un motif de retard de l'initiation du traitement du VHC (Swan et al., 2010). Des points de services inaccessibles ou dans de multiples sites sont également problématiques pour les personnes qui s'injectent des drogues; Swan et al. (2010) signalent l'emplacement peu pratique des services de traitement en tant qu'obstacle au recours au traitement du VHC. Par ailleurs, l'abandon par les clients des soins réguliers pour le VHC est associé à un taux moindre d'initiation du traitement du VHC (Schackman et al., 2007) – ce qui indique la nécessité d'améliorer la continuité des soins pour cette population. Ces études démontrent clairement l'existence de nombreux obstacles organisationnels qui empêchent ou découragent des personnes qui consomment des drogues d'accéder au traitement du VHC et à des services connexes.

Les personnes qui s'injectent des drogues rencontrent souvent un certain nombre de défis, notamment un accès restreint à du soutien et à des services sociaux. Harris et Rhodes (2013) identifient le logement, l'accès géographique, la criminalisation, le genre et la culture comme des facteurs sociaux clés qui affectent l'accès et le recours au traitement du VHC. Outre l'accès à un fournisseur et l'amorce du traitement pour le VHC, les défis sociaux affectent probablement l'ordre de priorité de celui-ci. Fournir le traitement du VHC en milieu communautaire pourrait permettre de réduire certains obstacles traditionnels à l'accès au traitement du VHC et de contourner certaines règles du milieu hospitalier, comme l'exigence d'abstinence, les heures strictes des rendez-vous et des approches rigides aux prélèvements sanguins (Harris et al., 2013).

### **Interventions pour soutenir les relations patients-fournisseurs et éliminer les obstacles organisationnels au traitement du VHC**

Des relations patients-fournisseurs décrites comme étant « de confiance » sont associées à un intérêt accru pour l'amorce du traitement du VHC chez les personnes qui s'injectent des drogues (Harris et al., 2013). Des employés de PSA peuvent prendre en charge les clients et les diriger vers des fournisseurs de traitements du VHC qui ont une relation établie avec le PSA ou qui offrent des services à bas seuil d'accessibilité aux personnes qui consomment des drogues. Des PSA impliquent déjà des personnes qui consomment des drogues dans leurs services et ont probablement encouragé le développement de relations de confiance entre clients et employés de certains établissements, comme le démontre le recours continu de clients à ces établissements. Les utilisateurs de services considèrent peut-être déjà les PSA comme des lieux sûrs où recevoir des services sociaux et de santé ainsi que des ressources, ce qui en fait un emplacement idéal pour référer les clients à des fournisseurs de traitement du VHC.

Quelques études ont évalué le recours au traitement du VHC à la suite d'une référence offerte par un PSA. Dans une étude australienne, Islam et al. (2012) décrivent un centre conjoint de PSA et de soins de santé primaires, à Sydney, qui offre le dépistage du VHC et des références au traitement du VHC dans une clinique externe du foie. Des 33 clients trouvés séropositifs au VHC pendant l'étude et qui ont été dirigés par le PSA vers la clinique du foie, seulement 16 % se sont présentés à leur rendez-vous, et aucun n'a commencé le traitement (Islam et al., 2012). Cela met en relief la nécessité de développer et d'évaluer les mécanismes de référence des clients à des fournisseurs de traitements du VHC.

Birkhead et al. (2007) décrivent comment des PSA peuvent offrir une variété de services spécifiques au VHC pour les personnes qui s'injectent des drogues. Outre le dépistage du VHC et la gestion de cas pour aider les clients à trouver un fournisseur de traitement du VHC, on a offert au personnel du PSA une formation additionnelle sur la coinfection à l'hépatite et au VIH. Bien que cette étude n'ait pas évalué l'efficacité de cette formation, une sensibilisation rehaussée aux options de traitement du VHC et aux services communautaires liés au VHC permettrait aux employés de PSA de mieux référer les clients à ces services. Il serait utile d'évaluer des études de cas comme celle-ci afin de mesurer l'efficacité de la formation sur le VHC au sein du personnel et d'identifier des stratégies efficaces pour mieux diriger les clients vers des fournisseurs de traitement du VHC.

## Consommation de drogues par d'autres voies que l'injection

Bien que la majorité de la littérature examinée dans ce chapitre porte sur les éléments facilitant le recours au traitement et les obstacles à celui-ci parmi les personnes qui s'injectent des drogues, il est important de signaler que les personnes qui consomment des drogues par d'autres méthodes que l'injection ont également besoin d'être référées en temps opportun à des fournisseurs de traitement du VIH et/ou du VHC. Par conséquent, les recommandations formulées ici s'appliquent à la fois aux personnes qui s'injectent des drogues et à celles qui en consomment par d'autres méthodes.

---

## Sommaire des données sur la référence à un traitement du VIH et/ou de l'hépatite C

Les données qui éclairent ce chapitre et ses recommandations sont issues principalement d'études observationnelles, en particulier d'études transversales et d'études de cohortes prospectives. De nombreux examens non systématiques ont apporté des données sur un vaste éventail de facteurs qui influencent l'accès, le recours et l'observance aux traitements du VIH et du VHC. Les essais contrôlés randomisés (ECR) sont généralement considérés comme fournissant les meilleures données pour l'évaluation des interventions de santé, mais nous n'avons relevé qu'un seul ECR démontrant l'efficacité d'une intervention sur l'observance. Plusieurs autres interventions visant à améliorer le recours et l'observance aux traitements du VIH et/ou du VHC ont été examinées par des études descriptives et des études de cas, ce qui rend difficile d'en évaluer l'efficacité. Un certain nombre d'études qualitatives examinant les perspectives des clients concernant l'accès, l'initiation et l'observance au traitement du VIH et/ou du VHC ont éclairé notre compréhension des importants obstacles et éléments facilitants, en lien avec le traitement. Par ailleurs, des études transversales et qualitatives portant sur les perceptions des fournisseurs de soins de santé ont apporté des informations additionnelles sur la disponibilité du traitement du VIH et/ou du VHC et les défis s'y rattachant. Il existe peu de données indiquant des mécanismes efficaces pour que les PSA ou d'autres programmes de réduction des méfaits puissent diriger leurs clients vivant avec le VIH et/ou le VHC vers des traitements. Par conséquent, il existe un besoin de travaux évaluatifs ayant pour point de mire des interventions spécifiques qui réfèrent des clients de programmes de réduction des méfaits à des traitements du VIH et/ou du VHC.

## Références

Agence de la santé publique du Canada. I-Track : surveillance améliorée du VIH et de l'hépatite C ainsi que des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada : Rapport sur la phase 2. Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; 2013. Consulté en juillet 2014 à : [www.catie.ca/sites/default/files/PHAC-ITrack-FR-FINAL\\_2014.pdf](http://www.catie.ca/sites/default/files/PHAC-ITrack-FR-FINAL_2014.pdf)

Agence de la santé publique du Canada. Résumé : Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2011. Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada; 2011. Consulté en juillet 2015 à : [www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/surveport/estimat2011-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/surveport/estimat2011-fra.php)

Altice FL, Springer S, Buitrago M, Hunt DP, Friedland GH. Pilot study to enhance HIV care using needle exchange-based health services for out-of-treatment injecting drug users. *Journal of Urban Health*, 2003;80(3):416-427

Altice FL, Maru DS-, Bruce RD, Springer SA, Friedland GH. Superiority of directly administered antiretroviral therapy over self-administered therapy among HIV-infected drug users: A prospective, randomized, controlled trial. *Clinical Infectious Diseases*, 2007;45(6):770-778.

Arnsten JH, Li X, Mizuno Y, Knowlton AR, Gourevitch MN, Handley K, et al. Factors associated with antiretroviral therapy adherence and medication errors among HIV-infected injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2007;46(SUPPL. 2):S64-S71.

Braitstein P, Li K, Kerr T, Montaner JS, Hogg RS, Wood E. Differences in access to care among injection drug users infected either with HIV and HCV or HCV alone. *AIDS Care*, 2006 Oct;18(7):690-693.

Brener L, von Hippel W, Kippax S. Prejudice among health care workers toward injecting drug users with hepatitis C: does greater contact lead to less prejudice? *International Journal of Drug Policy*, 2007;18(5):381-387.

Broeckaert L, Challacombe L. La navigation du système de santé : un examen des données probantes. Point de mire sur la prévention, CATIE; 2014. Consulté en juillet 2015 à : [www.catie.ca/fr/pdm/automne-2014/navigation-systeme-sante-examen-donnees-probantes](http://www.catie.ca/fr/pdm/automne-2014/navigation-systeme-sante-examen-donnees-probantes)

Bruggmann P, Falcato L, Dober S, Helbling B, Keiser O, Negro F, et al. Active intravenous drug use during chronic hepatitis C therapy does not reduce sustained virological response rates in adherent patients. *Journal of Viral Hepatitis*, 2008;15(10):747-752.

Carrieri MP, Chesney MA, Spire B, Loundou A, Sobel A, Lepeu G, et al. Failure to maintain adherence to HAART in a cohort of French HIV-positive injecting drug users. *International Journal of Behavioral Medicine*, 2003;10(1):1-14.

Cooper CL. Obstacles to successful HCV treatment in substance addicted patients. *Journal of Addictive Diseases*, 2008 06;27(2):61-68.

Des Jarlais DC, McKnight C, Goldblatt C, Purchase D. Doing harm reduction better: Syringe exchange in the United States. *Addiction*, 2009;104(9):1441-1446.

Ding L, Landon BE, Wilson IB, Wong MD, Shapiro MF, Cleary PD. Predictors and consequences of negative physician attitudes toward HIV-infected injection drug users. *Archives of Internal Medicine*, 2005;165(6):618-623.

Grebely J, Knight E, Genoway KA, Viljoen M, Khara M, Elliott D, et al. Optimizing assessment and treatment for hepatitis C virus infection in illicit drug users: A novel model incorporating multidisciplinary care and peer support. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2010;22(3):270-277.

Grebely J, Tyndall MW. Management of HCV and HIV infections among people who inject drugs. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 2011;6(6):501-507.

Greub G, Ledergerber B, Battegay M, Grob P, Perrin L, Furrer H, et al. Clinical progression, survival, and immune recovery during antiretroviral therapy in patients with HIV-1 and hepatitis C virus coinfection: The Swiss HIV cohort study. *Lancet*, 2000;356(9244):1800-1805.

Habib S, Adorjany L. Hepatitis C and injecting drug use: The realities of stigmatisation and discrimination. *Health Education Journal*, 2003;62(3):256-265.

Harris M. Injecting, Infection, Illness: Abjection and Hepatitis C Stigma. *Body & Society*, 2009;15(4):33-51.

Harris M, Rhodes T. Hepatitis C treatment access and uptake for people who inject drugs: A review mapping the role of social factors. *Harm Reduction Journal*, 2013;10(1).

- Harris M, Rhodes T, Martin A. Taming systems to create enabling environments for HCV treatment: Negotiating trust in the drug and alcohol setting. *Social Science and Medicine*, 2013;83:19-26.
- Hellard M, Sacks-Davis R, Gold J. Hepatitis C Treatment for Injection Drug Users: A Review of the Available Evidence. *Clinical Infectious Diseases*, 2009;49(4):561-573.
- Himelhoch S, Chander G, Fleishman JA, Hellinger J, Gaist P, Gebo KA. Access to HAART and utilization of inpatient medical hospital services among HIV-infected patients with co-occurring serious mental illness and injection drug use. *General Hospital Psychiatry*, 2007 Nov-Dec;29(6):518-525.
- Hopwood M, Treloar C, Bryant J. Hepatitis C and injecting-related discrimination in New South Wales, Australia. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 2006;13(1):61-75.
- Islam MM, Topp L, Conigrave KM, White A, Reid SE, Grummett S, et al. Linkage into specialist hepatitis C treatment services of injecting drug users attending a needle syringe program-based primary healthcare centre. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2012 Dec;43(4):440-445.
- Kerr T, Marshall A, Walsh J, Palepu A, Tyndall M, Montaner J, et al. Determinants of HAART discontinuation among injection drug users. *AIDS Care*, 2005;17(5):539-549.
- Kerr T, Palepu A, Barnes G, Walsh J, Hogg R, Montaner J, et al. Psychosocial determinants of adherence to highly active antiretroviral therapy among injection drug users in Vancouver. *Antiviral Therapy*, 2004;9(3):407-414.
- Knowlton A, Arnsten J, Eldred L, Wilkinson J, Gourevitch M, Shade S, et al. Individual, interpersonal, and structural correlates of effective HAART use among urban active injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2006;41(4):486-492.
- Lally MA, Montstream-Quas SA, Tanaka S, Tedeschi SK, Morrow KM. A qualitative study among injection drug using women in Rhode Island: attitudes toward testing, treatment, and vaccination for hepatitis and HIV. *AIDS Patient Care & STDs*, 2008 Jan;22(1):53-64.
- Lindenburg CEA, Lambers FAE, Urbanus AT, Schinkel J, Jansen PLM, Krol A, et al. Hepatitis C testing and treatment among active drug users in Amsterdam: Results from the DUTCH-C project. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2011;23(1):23-31.
- Malta M, Ralil Da Costa M, Bastos FI. The paradigm of universal access to HIV-treatment and human rights violation: How do we treat HIV-positive people who use drugs? *Current HIV/AIDS Reports*, 2014;11(1):52-62.
- McNally S, Temple-Smith M, Sievert W, Pitts MK. Now, later or never? Challenges associated with hepatitis C treatment. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 2006;30(5):422-427.
- Mehta SH, Genberg BL, Astemborski J, Kavasery R, Kirk GD, Vlahov D, et al. Limited uptake of hepatitis C treatment among injection drug users. *Journal of Community Health*, 2008 Jun;33(3):126-133.
- Mravcik V, Strada L, Stolfa J, Bencko V, Groshkova T, Reimer J, et al. Factors associated with uptake, adherence, and efficacy of hepatitis C treatment in people who inject drugs: A literature review. *Patient Preference and Adherence*, 2013 Jan;7:1067-1075.
- Myles A, Mugford GJ, Zhao J, Krahn M, Wang PP. Physicians' attitudes and practice toward treating injection drug users with hepatitis C: results from a national specialist survey in Canada. *Journal canadien de gastroentérologie et hépatologie*, 2011 Mar;25(3):135-139.
- Organisation mondiale de la Santé. Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection; 2014. Consulté en mai 2014 à : [www.who.int/hiv/pub/hepatitis/hepatitis-c-guidelines/en/](http://www.who.int/hiv/pub/hepatitis/hepatitis-c-guidelines/en/)
- Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH : Recommandations pour une approche de santé publique; 2013. Consulté en mai 2014 à : [www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/download/fr/](http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/download/fr/)
- Organisation mondiale de la Santé. WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision; 2012. Consulté en mai 2014 à : [www.who.int/hiv/pub/idu/targets\\_universal\\_access/en/](http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/)
- Palepu A, Tyndall M, Yip B, O'Shaughnessy M,V., Hogg RS, Montaner JSG. Impaired virologic response to highly active antiretroviral therapy associated with ongoing injection drug use. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2003;32(5):522-526.

- Palepu A, Tyndall MW, Joy R, Kerr T, Wood E, Press N, et al. Antiretroviral adherence and HIV treatment outcomes among HIV/HCV co-infected injection drug users: The role of methadone maintenance therapy. *Drug and Alcohol Dependence*, 2006;84(2):188-194.
- Porter J, Metzger D, Scotti R. Bridge to services: Drug injectors' awareness and utilization of drug user treatment and social service referrals, medical care, and HIV testing provided by needle exchange programs. *Substance Use and Misuse*, 2002;37(11):1305-1330.
- Remis R. Modélisation de l'incidence et de la prévalence de l'hépatite C et de ses séquelles au Canada, 2007 : rapport final. Agence de la santé publique du Canada. 2007.
- Schackman BR, Teixeira PA, Beeder AB. Offers of Hepatitis C Care Do Not Lead to Treatment. *Journal of Urban Health*, 2007;84(3):455-458.
- Sohler NL, Wong MD, Cunningham WE, Cabral H, Drainoni M-, Cunningham CO. Type and pattern of illicit drug use and access to health care services for HIV-infected people. *AIDS Patient Care and STDs*, 2007;21(SUPPL. 1):S68-S76.
- Stein MD, Friedmann P. Need for medical and psychosocial services among injection drug users: A comparative study of needle exchange and methadone maintenance. *American Journal on Addictions*, 2002;11(4):262-270.
- Swan D, Long J, Carr O, Flanagan J, Irish H, Keating S, et al. Barriers to and facilitators of hepatitis C testing, management, and treatment among current and former injecting drug users: a qualitative exploration. *AIDS Patient Care and STDs*, 2010 Dec;24(12):753-762.
- Sylvestre DL, Zweben JE. Integrating HCV services for drug users: A model to improve engagement and outcomes. *International Journal of Drug Policy*, 2007;18(5):406-410.
- Van Thiel D,H., Anantharaju A, Creech S. Response to treatment of hepatitis C in individuals with a recent history of intravenous drug abuse. *American Journal of Gastroenterology*, 2003;98(10):2281-2281.
- Westergaard RP, Ambrose BK, Mehta SH, Kirk GD. Provider and clinic-level correlates of deferring antiretroviral therapy for people who inject drugs: A survey of North American HIV providers. *Journal of the International AIDS Society*, 2012;15(1).
- Wood E, Hogg RS, Yip B, Harrigan PR, O'Shaughnessy M,V., Montaner JSG. Effect of medication adherence on survival of HIV-infected adults who start highly active antiretroviral therapy when the CD4+ cell count is 0.200 to 0.350 x 10(9) cells/L. *Annals of Internal Medicine*, 2003;139(10):810.
- Wood E, Montaner JSG, Braitstein P, Yip B, Schechter MT, O'Shaughnessy MV, et al. Elevated rates of antiretroviral treatment discontinuation among HIV-infected injection drug users: implications for drug policy and public health. *International Journal of Drug Policy*, 2004;15(2):133-138.
- Wood E, Kerr T, Tyndall MW, Montaner JS. A review of barriers and facilitators of HIV treatment among injection drug users. *AIDS*, 2008;22(11):1247-1256.

## 9

## Référence au traitement de la dépendance



**POLITIQUES RECOMMANDÉES POUR DES PRATIQUES EXEMPLAIRES** afin d'accroître l'accès au traitement de la dépendance à différentes substances, pour les personnes qui consomment des drogues :

- Éduquer les clients sur les options de traitement de la dépendance (p. ex., désintoxication, programmes de substitution, psychothérapie)
- Référer les clients à des programmes de traitement de la dépendance dans la communauté
- Établir et maintenir des relations avec une variété d'organismes offrant des services de traitement de la dépendance, tant pour les drogues illicites que pour l'alcool et/ou le tabac
- Éduquer le personnel des programmes, sur les façons d'évaluer et de répondre à la motivation et la préparation des clients à amorcer un traitement de la dépendance
- Évaluer la faisabilité d'implanter des programmes à bas seuil d'accessibilité pour le traitement de la dépendance, sur les lieux de programmes de seringues et d'aiguilles (PSA) ou de réduction des méfaits, et vice-versa
- Évaluer et publier toute initiative de référence (p. ex., interventions brèves, référence formelle) réalisée.

### Définir le traitement de la dépendance

En offrant des services de référence au traitement de la dépendance, les programmes de réduction des méfaits peuvent servir de ponts pour l'admission de leurs clients dans ces programmes et vers d'autres avenues visant à réduire les méfaits associés à l'usage de drogues. Il existe de nombreuses modalités de traitement de la dépendance, notamment les programmes en résidence, les programmes ambulatoires, la désintoxication et la gestion du sevrage, les traitements de pharmacothérapie et de substitution (p. ex., le traitement d'entretien à la méthadone ou à la Suboxone), la psychothérapie, le counselling de groupe, et d'autres encore. Pour les personnes qui s'injectent des drogues comme l'héroïne et d'autres opiacés, la thérapie de substitution, en particulier le traitement d'entretien à la méthadone (TEM; Gowing et al., 2008), est bien connue pour réduire efficacement les comportements associés à l'injection à risque. Dans une revue internationale de diverses approches (p. ex., pharmacothérapie et interventions comportementales), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS; 2005) a conclu que la transmission du VIH est mieux contrôlée lorsqu'une variété de services de traitement de la dépendance sont offerts. Le traitement de la dépendance réduit « la transmission du VIH et de plusieurs autres infections hématogènes en réduisant la consommation de drogue et en améliorant le fonctionnement psychosocial et en matière de santé » (Kidorf & King, 2008, p. 488).

Les clients des programmes de réduction des méfaits peuvent tirer profit d'une variété d'options de traitement de la dépendance. En fait, les programmes peuvent

s'informer des besoins de leurs clients et adapter les services de référence pour bien y répondre, en prenant note des services que les clients peuvent réalistement se permettre d'accéder. La majeure partie de la littérature existante concerne la référence offerte par les PSA à des programmes de traitement de la dépendance pour les personnes qui s'injectent des opiacés. La littérature est beaucoup moins abondante au sujet des options de traitement et des références pour la consommation de stimulants ou d'autres types de drogues, bien qu'un certain corpus émerge à propos des services de traitement qui s'offrent aux personnes consommant des drogues comme la cocaïne et d'autres stimulants (Karila et al., 2008; Shoptaw et al., 2009).

### Types de références

La littérature que nous avons examinée considère souvent les services de « référence » comme un terme général. Nous savons des fournisseurs de services au Canada que les références offertes par des programmes de réduction des méfaits à des traitements de la dépendance peuvent prendre diverses formes. Certains programmes approchent la référence sous forme d'interventions brèves (voir Meader et al., 2010; Ritter & Cameron, 2006) où une discussion a lieu entre l'employé du programme et le client, et où ce dernier se voit offrir des ressources additionnelles ou un numéro de téléphone où il pourra obtenir de l'information sur des services de traitement de la dépendance. Dans d'autres cas, notamment lorsque les programmes ont plus de ressources (y compris des employés spécialisés, comme des cliniciens et des travailleurs sociaux), le processus de référence est plus

formel et consiste à diriger le client vers un fournisseur de soins de santé, avec documentation du cas et suivi.

Plusieurs données éclairant le présent chapitre sont issues d'une étude étatsunienne de grande envergure, où des références étaient faites à la thérapie de substitution aux opiacés, y compris au TEM, et dans le cadre de laquelle les participants étaient suivis afin d'examiner les tendances se rapportant à l'inscription/amorce, la rétention et les résultats des thérapies. D'après les données d'enquête annuelle auprès des directeurs de PSA à travers les États-Unis, des références au traitement de la dépendance figurent parmi les services les plus couramment offerts; 92 % des programmes qui ont participé à l'enquête, en 2007, ont déclaré offrir ces références (Des Jarlais et al., 2009). Bien que ces références soient répandues, les PSA et autres programmes de réduction des méfaits doivent également faire preuve de prudence en ne mettant pas trop d'emphasis sur le traitement de la dépendance. Certains clients pourraient ne pas être prêts à discuter d'options de traitement de la dépendance – et une trop grande emphasis sur ces références pourrait décourager certains d'entre eux de continuer de fréquenter le programme. Les références formelles et le suivi ne semblent pas être les approches les plus fréquentes de ce type de services, au Canada, d'après ce que nous ont indiqué des fournisseurs de services communautaires. Néanmoins, les données existantes sont informatives, en particulier lorsque ces références existent, et notamment pour les programmes qui visent à mettre en œuvre un processus plus formel de référence.

Il existe de la littérature à propos de la préparation et de la motivation au changement et au traitement de la dépendance (p. ex., Alley et al., 2014; DiClemente et al., 2008; Handelsman et al., 2005). Les programmes de réduction des méfaits pourraient envisager de former et d'éduquer le personnel sur les façons d'évaluer la motivation des clients ou leur degré de préparation à suivre un traitement de la dépendance.

### **Faisabilité de cohabitation des services de traitement de la dépendance avec des services de réduction des méfaits**

Les PSA et autres programmes de réduction des méfaits pourraient se pencher sur la désirabilité et la faisabilité de fournir sur place des services de counselling et de traitement de la dépendance. L'accès à un traitement de la dépendance, sur les lieux mêmes, permettrait aux clients intéressés de recevoir des services multiples à un seul endroit. Mais le manque de ressources ou de financement de ces services, en particulier pour des programmes qui sont déjà limités

en termes de ressources, est un obstacle concret. Les préférences des clients et leur aisance face à cette offre de services sont importantes également – par exemple, certains clients pourraient avoir l'impression que l'on attend d'eux qu'ils amorcent un traitement de la dépendance parce qu'il est fourni sur place par leur PSA, et/ou d'autres qui auraient recours à ce traitement dans un PSA pourraient se sentir « tentés » de consommer (c.-à-d. côtoieraient des « déclencheurs » d'un sentiment d'urgence de consommer des drogues). La littérature est lacunaire sur ces enjeux et il serait utile que de nouvelles études examinent de près ces possibilités. Kidorf et King (2008) suggèrent qu'une partie des raisons expliquant le peu de progrès dans des efforts d'intégration entre les services de PSA et de traitement de la dépendance pourrait relever d'« obstacles conceptuels ». Par exemple, certains programmes de traitement de la dépendance pourraient ne pas souhaiter s'affilier à des PSA par crainte de lancer le « mauvais message » et/ou parce que l'objectif d'abstinence n'est pas partagé par les deux. En termes généraux, les programmes de traitement sont axés sur la réduction de la consommation de drogues alors que les programmes de réduction des méfaits sont axés davantage sur la réduction des comportements à risque. Kidorf et King (2008) offrent plusieurs recommandations concrètes pour renforcer l'intégration entre PSA et programmes de traitement de la dépendance : accroître les efforts des PSA pour motiver leurs clients à avoir recours à un traitement; travailler à atténuer les obstacles conceptuels entre PSA et programmes de traitement de la dépendance (p. ex., programmes de formation et séminaires réunissant des intervenants des deux types de programmes); et améliorer l'accès aux programmes de traitement de la dépendance (p. ex., visant les failles dans l'offre de services). Les PSA et autres programmes de réduction des méfaits devraient inviter leurs clients à examiner avec eux si l'offre de services de références au traitement de la dépendance, sur place, répondrait à leurs besoins et améliorerait le recours à ces services.

Les services de traitement de la dépendance qui pourraient fonctionner particulièrement bien sur les lieux de PSA et d'autres programmes de réduction des méfaits sont les services à bas seuil d'accessibilité. En dépit de différences observées entre les définitions de « bas seuil », Islam et al. (2013) proposent trois critères essentiels qui définissent des programmes à bas seuil :

- 1) Ils offrent des services spécifiquement pour les personnes qui consomment des drogues.
- 2) L'utilisation des services ne nécessite pas que le client s'abstienne de consommer.

3) Des efforts sont faits pour faciliter l'accès aux services et pour atténuer les obstacles (p. ex., implication du client, confidentialité de l'inscription, soutien par des pairs, services gratuits).

À l'opposé, les programmes de traitement à haut seuil sont plus exigeants sur les conditions entourant l'utilisation de ces services, bien qu'ils n'exigent pas toujours que les clients s'abstiennent de consommer pendant leur traitement. Par exemple, le TEM peut être offert en contexte de bas seuil ou de haut seuil. Il existe deux exemples d'intégration de PSA et de TEM, à Kingston et à Toronto, en Ontario (Millson et al., 2007). D'après Millson et al. (2007), le TEM à bas seuil vise à établir et à maintenir le contact et un lien de confiance avec des personnes consommant des opiacés. En comparaison avec les services à haut seuil, les programmes de TEM à bas seuil réduisent généralement les critères d'admission et de rétention, et acceptent les clients qui continuent de consommer des drogues (plutôt que de les expulser).

En contrepartie de l'ajout de services de traitement de la dépendance à des programmes de réduction des méfaits, on peut à l'inverse améliorer l'accès à des services de réduction des méfaits pour les personnes en traitement. Deren et al. (2011) ont réalisé une enquête auprès de 114 employés de huit services de TEM à New York et au New Jersey. La majorité des employés (90 %) était favorable à l'ajout de services médicaux dans des cliniques de TEM. Soixante-huit p. cent étaient d'avis que la possibilité d'avoir accès à des seringues stériles est une « bonne ou très bonne idée »; et 81 % appuyaient l'offre de services d'élimination plus sécuritaire des seringues. Une scolarité plus élevée et les connaissances sur le VIH étaient des facteurs associés à ces attitudes favorables concernant la prestation de ces services.

### **Offrir aux clients des références au traitement de la dépendance**

Un certain nombre d'études ont démontré le rôle important que les PSA et autres programmes de réduction des méfaits peuvent jouer pour aider les clients à connaître les ressources existantes et pour les référer à un traitement de la dépendance. Certaines personnes qui consomment des drogues pourraient ne pas trouver réponse à tous leurs besoins en raison d'un manque de connaissances sur les façons d'accéder à des ressources, dans la communauté, ou en raison de leur impression de ne pas y être admissibles. Par ailleurs, plusieurs personnes qui consomment des drogues se sentent marginalisées et craignent d'être stigmatisées par des fournisseurs de soins de santé ou d'autres services, ce qui les rend réticentes à recourir à des services, y compris le traitement de la dépendance (Hankins, 1998). Les employés

de programmes de réduction des méfaits ont un rôle à jouer pour aider les clients à identifier les ressources accessibles dans la communauté, et pour discuter avec eux de leur possible préparation à suivre un traitement. Hudoba et al. (2004), sans toutefois fournir beaucoup de détails sur le programme, ont réalisé une évaluation pilote portant sur le projet « First Step », une initiative australienne conçue pour rehausser la formation des employés de PSA concernant l'assistance pour aider les personnes s'injectant des drogues à recourir à des services sociaux et de santé, et pour faire en sorte que le personnel applique ses nouvelles compétences. Les auteurs ont observé que les taux de référence au traitement de la dépendance avaient augmenté considérablement, de 44 % à 49 %, entre la période précédant l'initiative et celle suivant sa mise en œuvre.

Une étude de Porter et al. (2002) a démontré que certains clients ne savent pas que des PSA offrent des services de référence au traitement de la dépendance. Porter et al. (2002) ont comparé comment deux échantillons de personnes s'injectant des drogues à Philadelphie et vivant à proximité d'un PSA – utilisatrices du PSA (n=26) et non-utilisatrices (n=20), percevaient et utilisaient les services offerts par le PSA, y compris la référence au traitement de la dépendance. Près des deux tiers de chacun des échantillons avaient déjà eu recours à un traitement de la dépendance; une plus forte proportion des personnes n'utilisant pas le PSA était en traitement au moment de l'étude. Pratiquement toutes les personnes qui étaient en traitement de la dépendance étaient inscrites également à un TEM; le TEM était d'ailleurs le type de traitement de la dépendance à long terme que le plus grand nombre de répondants des deux échantillons ont déclaré avoir utilisé. Porter et al. (2002) ont catégorisé les individus en quatre groupes, dans une typologie de la connaissance et de l'utilisation des services de PSA : participation active, premiers pas, vague connaissance et pas au courant. La majorité des personnes qui avaient recours au PSA et qui étaient informées de ses services ne suivaient pas de traitement de la dépendance au moment de l'étude, mais certaines avaient eu recours aux services de référence en la matière, offert par un gestionnaire de cas ou un autre employé. Plusieurs participants classés dans le groupe des premiers pas savaient que le PSA offrait des références et ils le considéraient comme une étape vers l'obtention d'« aide » en cas d'intérêt ou de décision d'y recourir. Les participants classés dans les deux autres catégories étaient vaguement au courant de services du PSA au-delà de la fourniture de matériel d'injection plus sécuritaire, ou ne connaissaient pas leur existence. Les personnes qui n'avaient pas recours au PSA ne savaient généralement pas que le site offrait des références au traitement de la dépendance ainsi que

d'autres services. Porter et al. (2002) ont signalé le rôle important des réseaux sociaux – plusieurs utilisateurs du PSA étaient au moins au courant de ses services de référence et pouvaient servir d'intermédiaire pour que cette information atteigne leurs pairs qui n'utilisaient pas le PSA.

Une étude de Stein et Friedmann (2002) a montré que les PSA jouent un rôle important en référant des clients à des services de traitement de la dépendance dans la communauté. Les auteurs ont examiné les besoins perçus et non comblés autodéclarés de personnes ne vivant pas avec le VIH et s'injectant des drogues, qui n'étaient pas en traitement de la dépendance (n=251, recrutées auprès du PSA de Providence, Rhode Island) ou qui étaient en traitement de la dépendance (n=312, recrutées auprès d'un programme de TEM). Bien que les deux groupes de participants aient déclaré avoir des besoins qui n'étaient pas satisfaits, 94 % des clients du PSA ont signalé au moins un besoin non comblé, en comparaison avec 62 % des clients en TEM – et 80 % des clients du PSA ont déclaré avoir besoin d'un traitement de la dépendance. De plus, les clients du PSA ont déclaré des besoins considérablement plus grands de services de logement, de soins pour des problèmes de santé mentale et de traitement pour la consommation problématique d'alcool, en comparaison avec les clients du TEM.

Les services de référence au traitement de la dépendance peuvent être intégrés dans des programmes de proximité pour la réduction des méfaits. Par exemple, Deering et al. (2011) ont examiné les données d'une cohorte prospective, pour une période de 18 mois (2006 à 2008), concernant l'utilisation d'un programme de proximité par site mobile, et le recours au traitement de la dépendance parmi des travailleuses du sexe dans la rue, à Vancouver. La camionnette de services de proximité offrait aux travailleuses du sexe un lieu sûr pour se reposer et pour manger, prendre un café ou un verre d'eau, pendant leurs heures de travail; de plus, on répondait aux appels des femmes et on fournissait du matériel de réduction des méfaits, y compris des seringues. En comparaison aux femmes qui n'ont pas déclaré utiliser les services de la camionnette, le fait de déclarer avoir utilisé les services de ce programme au cours des six mois précédents était associé de façon indépendante à une probabilité accrue d'avoir eu recours à un traitement de la dépendance en établissement (désintoxication, traitement en résidence). Ce constat a persisté après contrôle de facteurs comme la consommation de drogues, d'éléments structurels de l'environnement, de même que la participation à un traitement ambulatoire. Deering et al. (2011) ont suggéré que des recherches futures devraient se pencher sur les caractéristiques particulières des programmes de proximité

par site mobile qui pourraient aider à mettre les femmes en contact avec des traitements de la dépendance en établissement et d'autres services.

### **Admission/inscription à un traitement de la dépendance**

Dans la présente section, nous examinons les données concernant l'admission dans un traitement de la dépendance, parmi les clients de programmes de réduction des méfaits. Plusieurs clients de PSA se disent intéressés par le traitement de la dépendance (Heimer, 1998; Kidorf et al. 2005); cet intérêt n'est toutefois pas synonyme de « motivation à s'inscrire » à un tel traitement. Les études examinées par Kidorf et King (2008) ont conclu à de faibles taux (entre 5 % et 15 %) d'inscription à un traitement, parmi les clients de PSA ayant reçu une référence. Certains enjeux de santé mentale pourraient influencer la disposition à recourir et à amorcer un traitement de la dépendance, parmi les clients de PSA. Des facteurs sociostructurels clés ou des obstacles, comme les coûts, le transport, les services de garde d'enfant, de même que des attentes sociales, peuvent également avoir un effet sur l'inscription, tout autant que la motivation de l'individu.

En ce qui a trait aux troubles de santé mentale, Havens et al. (2007) ont observé que des personnes s'injectant des drogues et ayant un trouble de la personnalité antisociale (TPAS) étaient aussi susceptibles de commencer un traitement de la dépendance que celles n'ayant pas de TPAS – un constat étonnant, puisque les personnes ayant un TPAS avaient des pointages plus élevés pour des mesures concernant la consommation de drogues et d'autres problèmes. À l'aide du même échantillon que Kidorf et al. (2009) – décrit ci-dessous – soit 281 participants du PSA de Baltimore, Kidorf et al. (2010) ont examiné les symptômes psychiatriques comme élément prédicteur de l'admission pour un traitement de la dépendance. Sur une période de suivi de quatre mois, les participants ont complété des évaluations mensuelles faisant partie de l'étude, incluant des mesures de l'usage de drogues, des comportements à risque et des symptômes psychiatriques. Une analyse de régression logistique a permis d'observer que des pointages plus élevés de symptômes psychiatriques étaient un prédicteur d'un taux plus élevé d'initiation à un traitement de la dépendance, après avoir contrôlé pour certaines conditions de l'étude, variables démographiques, emplacement du PSA et sévérité de l'usage de drogues. Les auteurs ont suggéré que les PSA pourraient avoir la possibilité d'améliorer les taux de référence réussie à un traitement de la dépendance, en ciblant les personnes qui s'injectent des drogues et qui ont un degré élevé de symptômes psychiatriques.

Entre 1994 et 1998, Strathdee et al. (1999) ont interviewé 1 483 personnes s'injectant des drogues et recevant des dépistages pour le VIH, six mois avant l'ouverture du PSA de Baltimore puis à intervalles ultérieurs de six mois, afin d'examiner le rôle de la fréquentation du PSA et du contact avec des services, en lien avec l'admission en désintoxication. Ils ont constaté que les deux facteurs – recours à des soins de santé et fréquentation du PSA – étaient associés à l'admission dans un programme de désintoxication, parmi les personnes s'injectant des drogues, tant séronégatives que séropositives pour le VIH. Les personnes s'injectant des drogues et vivant avec le VIH étaient par ailleurs deux fois plus susceptibles d'amorcer une désintoxication si elles avaient eu un rendez-vous avec un médecin récemment, en comparaison avec celles qui n'avaient pas vu de médecin; de plus, elles étaient plus de trois fois plus susceptibles d'amorcer un programme de traitement de la dépendance pendant la première année après l'ouverture du PSA. Cependant, cette association entre la fréquentation du PSA et l'admission en traitement de la dépendance a diminué avec le temps.

Riley et al. (2002) ont examiné l'amorce du TEM qui faisait suite à des références du PSA de Baltimore. Les participants étaient informés que des références à un TEM hors site pouvaient être fournies sur demande. Parmi les 2 659 participants qui se sont inscrits auprès du PSA entre 1994 et 1997, 437 références ont été faites à deux centres de traitement. Puisqu'un seul programme de traitement avait des données disponibles, les analyses ont été limitées à ce sous-groupe (n=139). Trente-neuf individus (28 %) ont effectivement commencé un TEM. Des comparaisons ont révélé que les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de demander une référence, mais que les hommes étaient deux fois plus susceptibles qu'elles de commencer effectivement le traitement. Le fait de demander une référence de TEM était associé également au fait d'avoir plus de 38 ans, d'avoir consommé des « speedballs » (combinaison d'héroïne et de cocaïne) au cours des six mois précédents et d'avoir commencé à s'injecter des drogues après l'âge de 20 ans. Parmi les participants qui ont déclaré avoir été incapables d'utiliser les références, les raisons les plus fréquentes étaient qu'elles n'avaient pas d'assurance-santé et n'avaient pas trouvé de place disponible en traitement. Les autres obstacles incluaient le fait de vivre trop loin du centre de traitement, les conflits avec l'horaire de travail, l'incarcération, l'absence d'argent et la crainte d'avoir beaucoup de paperasse à remplir.

Lloyd et al. (2005) ont étudié 245 personnes s'injectant des drogues et fréquentant l'une des 13 camionnettes de PSA mobiles de Baltimore. Quarante-neuf (39 %) participants ont commencé le TEM ou un autre traitement

agoniste pour les opiacés (le lévo-alpha-méthadyl-acétate, ou LAAM, qui est à présent contre-indiqué) dans les 30 jours suivant leur inscription à l'étude. Des analyses multivariées ont démontré qu'en comparaison avec celles qui vivaient seules ou dans des conditions instables, comme dans la rue ou dans un programme de logement, celles qui vivaient avec un partenaire sexuel étaient trois fois plus susceptibles d'amorcer un traitement de la dépendance et celles qui vivaient avec des amis ou des membres de la famille étaient près de trois fois plus susceptibles de le faire. Ces observations mettent en relief le rôle qu'un environnement social de soutien peut jouer lorsqu'il s'agit d'encourager un individu à commencer un traitement de la dépendance.

Kidorf et al. (2005) ont examiné l'intérêt et la motivation à l'égard du traitement de la dépendance parmi 302 participants nouvellement inscrits au PSA de Baltimore, recrutés entre 1999 et 2002, qu'ils ont répartis de façon aléatoire, entre trois interventions différentes : référence et entrevue motivationnelle (EM), référence en lien avec la préparation à l'emploi (groupe de contrôle placebo) ou référence standard. L'EM, qui consiste en un counselling empreint d'empathie, peut être réalisée en une seule séance. La combinaison de la référence et d'une EM consistait en une intervention structurée d'une durée de 50 minutes conçue pour rehausser la reconnaissance du problème et la probabilité d'admission en traitement de la dépendance. Kidorf et al. (2005) ont constaté que, bien que les participants de tous ces types d'intervention aient démontré un degré élevé d'intérêt à recevoir un traitement de la dépendance, seulement 11 % se sont inscrits au cours de la période d'observation d'un an. Les clients caucasiens et ceux ayant un diagnostic de dépression majeure étaient les plus susceptibles de le faire. Les participants ayant reçu la référence avec une EM, n'ont pas eu un plus grand intérêt pour le recours au traitement que les participants des deux autres groupes. Ceci nous conduit à nous demander si l'EM dans le cadre du processus de référence des clients à un traitement de la dépendance a un impact. Cependant, les auteurs ont suggéré qu'une augmentation du nombre de séances d'EM aiderait mieux les clients à reconnaître leur ambivalence à l'égard du traitement de la dépendance et à développer des stratégies pour y avoir accès.

Strathdee et al. (2006) ont réalisé une étude auprès des clients du PSA de Baltimore qui se sont tournés vers un traitement de la dépendance entre 2002 et 2004. Les clients qui ont demandé un traitement de la dépendance ont reçu un coupon de référence à un TEM ou à un traitement de LAAM, lorsqu'aucune place en traitement de la dépendance n'était disponible. Dans cette étude, les participants ont été répartis au hasard entre un groupe recevant une intervention

selon le modèle de gestion de cas fondée sur les forces et un groupe témoin (référence passive). Dans l'intervention, les gestionnaires de cas travaillaient avec les clients pour évaluer et développer leurs forces, résoudre des obstacles possibles au traitement, comme les besoins de transport ou de gardiennage d'enfants, et faciliter leur admission en traitement de la dépendance. Des 245 participants, 128 (52 %) ont été assignés au hasard à l'intervention et 117 (48 %) au groupe témoin. Des 128 participants recevant l'intervention, 104 (81,3 %) ont eu recours à des services de gestion de cas. Dans un modèle final à variables multiples, le fait de recevoir plus de temps de gestion de cas prédisait l'admission en traitement de la dépendance; les participants qui ont reçu 30 minutes ou plus de gestion de cas au cours de la semaine suivant leur visite initiale étaient 33 % plus susceptibles d'amorcer un traitement de la dépendance. Notons aussi le constat que les personnes ayant accès à un véhicule étaient près de trois fois plus susceptibles de commencer un traitement de la dépendance. Fournir de l'aide au transport aux clients qui souhaitent recevoir un traitement pourrait par conséquent constituer une considération importante pour les programmes.

Un autre moyen possible d'améliorer l'admission en traitement est d'offrir des mesures incitatives aux clients de PSA, dans le cadre du processus de référence. Kidorf et al. (2009) ont examiné les données concernant 281 participants nouvellement inscrits au PSA de Baltimore, recrutés entre 2003 et 2007, et qui avaient une dépendance aux opioïdes. Les participants ont été répartis au hasard entre trois interventions de référence : soit une intervention de référence motivée (IRM), consistant en huit séances distinctes d'amélioration motivationnelle et 16 séances de groupe en préparation au traitement; soit la même intervention de référence motivée et rehaussée par des incitatifs monétaires (IRM+) pour la participation aux séances et l'inscription au traitement; soit une référence standard. Les incitatifs pour assister aux séances d'amélioration motivationnelle et de préparation au traitement incluaient 10 \$ en argent, une carte-cadeau de 10 \$ de restauration rapide et des billets d'autobus d'une valeur de 3 \$. Les personnes qui ont commencé le traitement, y compris le TEM, recevaient un bon d'une valeur de 50 \$ pour aider à réduire les frais d'admission. L'étude a suivi les participants pendant quatre mois. Dans l'ensemble, 40 % des participants se sont inscrits à un traitement de la dépendance (le TEM, pour la plupart, bien que certains participants aient opté pour la désintoxication dans un établissement ou en contexte ambulatoire et d'autres modalités). En comparaison avec les participants en IRM et en référence standard, les participants du groupe IRM+I étaient plus susceptibles de

s'inscrire à l'un ou l'autre des traitements de la dépendance, plus susceptibles de s'inscrire au TEM, et ils ont déclaré une consommation moindre d'héroïne et d'injection de drogues.

### Rétention au traitement de la dépendance

La rétention au traitement, pour les personnes qui s'injectent des drogues, peut être un défi. À l'aide de données issues du même essai randomisé de Strathdee et al. (2006), Havens et al. (2009) ont examiné les prédicteurs de la rétention au TEM parmi des personnes s'injectant des drogues qui avaient été référées par un PSA à un traitement de la dépendance. Havens et al. (2009) ont observé que la rétention médiane pour 127 participants inscrits à un traitement de la dépendance était de 7,9 mois; plus de deux tiers (69 %) des participants sont demeurés en traitement de la dépendance au moins 90 jours. Le fait d'avoir reçu l'intervention de gestion de cas ou d'être dans le groupe de contrôle n'était pas associé à une rétention plus longue. Les participants qui avaient déjà eu une expérience de traitement de la toxicomanie et de demandes multiples pour recevoir un tel traitement ont poursuivi le traitement plus longtemps, alors que le fait d'avoir un emploi et des symptômes psychiatriques plus marqués étaient des prédicteurs d'une moins longue rétention. Les facteurs sociaux et environnementaux qui ont affecté négativement la rétention en TEM étaient le logement instable, l'achat de drogues pour d'autres personnes et un lieu de résidence plus éloigné du lieu de traitement.

Kidorf et al. (2011) ont fait état des résultats d'un réengagement en traitement de la dépendance parmi 113 participants de PSA qui s'étaient inscrits en traitement dans le cadre de l'essai clinique décrit par Kidorf et al (2009). Les participants affectés au groupe IRM (n=31) pouvaient participer à des séances de groupe visant à raviver l'intérêt à l'égard du traitement de la dépendance. Les participants du groupe IRM+I (n=49) se sont vu offrir des incitatifs pour participer à des séances de stimulation d'intérêt ravivé à l'égard du traitement (10 \$ en argent, 3 \$ en billets d'autobus) et pour se réinscrire au traitement de la dépendance (carte cadeau d'une valeur de 50 \$). Les participants assignés au groupe recevant uniquement la référence standard (n=33) ne pouvaient pas participer aux séances de groupe et ne recevaient pas d'incitatifs. Une grande majorité des participants à l'étude (86 %) ont reçu leur congé du traitement de la dépendance au cours d'une période d'observation de douze mois. Ceux du groupe IRM+I ont participé à plus de séances de groupe que ceux du groupe IRM et étaient plus susceptibles de se réinscrire en traitement de la dépendance que les participants assignés aux groupes ayant d'autres conditions d'intervention. Bref,

les incitatifs peuvent accroître la réinscription en traitement de la dépendance, parmi les personnes s'injectant des drogues et référées par des PSA à un traitement. Cependant, Kidorf et al. (2011) ont observé que la faisabilité, pour des PSA, de mettre en œuvre des interventions misant sur des incitatifs afin de susciter la réinscription en traitement est possiblement limitée. Par ailleurs, le modèle des études de Kidorf et al. n'aide pas à développer une compréhension plus approfondie des avenues par lesquelles les incitatifs ou le renforcement pourraient conduire à s'inscrire ou à se réinscrire en traitement de la dépendance.

### Résultats connexes

Des recherches ont fait état d'un impact positif du traitement de la dépendance – en particulier le traitement de substitution comme le TEM – sur la prévention du VIH et du VHC parmi les personnes s'injectant des drogues. Dans une étude antérieure, Monterosso et al. (2000) ont examiné le statut VIH, la participation aux programmes ainsi que les comportements de réduction des risques parmi 2 306 personnes s'injectant des drogues (étude multicentrique appelée Collaborative Injection Drug User Study, réalisée à Baltimore, New York, Chicago, Los Angeles et San Jose). Les résultats ont démontré que la participation à des PSA et à des programmes de traitement de la toxicomanie réduisait considérablement le risque de contracter le VIH, chez les personnes s'injectant des drogues, en réduisant la probabilité d'injection à l'aide de matériel usagé. Une réduction de la fréquence d'injection a été fortement associée à la participation à un programme de traitement de la toxicomanie. Dans une étude de cohorte rétrospective, Hallinan et al. (2004) ont examiné l'incidence du VHC parmi des personnes s'injectant des drogues et recevant un TEM, de la buprénorphine ou un autre traitement de substitution aux opiacés. Cinquante-quatre participants qui étaient séronégatifs pour le VHC à leur amorce d'un traitement de la dépendance, après janvier 1996, ont été dépistés de nouveau pour le VHC avant juillet 2003. Il n'y avait eu qu'une seule séroconversion dans le groupe de traitement continu (n=34) et quatre dans la catégorie du traitement interrompu (n=20) – deux données qui constituent une faible incidence du VHC dans cette population. De plus, dans leur étude de programmes de TEM à bas seuil intégrés dans les PSA de Kingston et de Toronto, Millson et al. (2007) ont signalé, entre l'inscription en traitement et le suivi après six mois, des diminutions des proportions de participants s'injectant des drogues, partageant des seringues ou d'autres types de matériel de consommation, partageant indirectement (p. ex., par le backloading) et fréquentant des piqueries.

Dans une étude longitudinale, Neufeld et al. (2008) ont comparé les résultats d'un traitement d'une année chez des clients référés à un TEM (qui incluait également du counselling individuel et de groupe ainsi que des références à d'autres services, au besoin), par le PSA de Baltimore (n=81), et des individus référés par d'autres sources (n=243). Les participants ont été recrutés parmi 324 admissions consécutives à un service de traitement de la dépendance, entre août 1994 et septembre 1997. Comparativement à d'autres formes de références, les individus référés par le PSA avaient fait une plus grande consommation de drogues et étaient moins susceptibles de compléter le traitement d'une durée de six mois ou d'un an. Cependant, la condition de référence n'était plus associée au résultat du traitement après avoir effectué une analyse régressive qui incluait d'autres variables de la collecte de données initiales; et certaines de ces variables qui étaient fortement associées aux résultats du traitement (plus grande sévérité de la consommation de drogues et chômage) étaient plus prévalentes dans le groupe référé par le PSA. Ces constats appuient l'hypothèse voulant que les PSA réfèrent possiblement des personnes ayant des besoins plus marqués et un moins bon pronostic de réussite du traitement de la dépendance.

Lloyd et al. (2008) ont utilisé des données prospectives pour examiner si le traitement de substitution aux opiacés, le TEM ou le LAMM dans le cas de cette étude, était associé à une diminution du nombre d'amis du réseau social des participants consommant et s'injectant des drogues. Toujours à partir de données concernant des clients qui avaient eu recours à un traitement de la dépendance par l'intermédiaire du PSA de Baltimore, les auteurs ont constaté que ceux qui commençaient le TEM ou un LAAM, en comparaison avec ceux qui ne s'inscrivaient pas à un traitement de la dépendance, étaient plus susceptibles de déclarer avoir moins d'amis consommant des drogues et d'amis s'injectant des drogues, entre les données de la collecte initiale et les données au suivi, sur une période de 18 mois. Ces relations ont persisté après le contrôle d'autres variables. D'autres recherches pourraient être effectuées afin d'examiner comment le traitement de la dépendance pourrait jouer un rôle dans la modification des réseaux sociaux associés à la consommation de drogues, chez les personnes fréquentant des PSA.

### Considérations liées au traitement de la dépendance à l'alcool et au tabac

Il y a d'importantes raisons pertinentes à la santé, pour lesquelles certains clients devraient être encouragés à recourir à un traitement de la dépendance, y compris

pour la consommation d'alcool et celle de tabac, qui sont toutes deux associées à un fardeau élevé de morbidité et de mortalité à travers le monde (Rehm et al., 2006). Certaines personnes qui consomment des drogues font également une grande consommation d'alcool (Anderson et al., 2001). Campbell et al. (2006) ont indiqué que la consommation d'alcool peut être particulièrement préoccupante parmi les personnes vivant avec le VHC car elle accélère les dommages au foie et peut réduire l'efficacité du traitement du VHC. Dans leur étude auprès de 598 personnes vivant avec le VIH et s'injectant des drogues, recrutées dans trois villes des États-Unis (Baltimore, New York et Seattle), Campbell et al. (2006) ont constaté que la plupart des participants semblaient informés des risques accrus de maladie du foie en raison de leur consommation d'alcool. En dépit de cette connaissance, deux cinquièmes de l'échantillon ont été identifiés comme faisant une consommation problématique d'alcool. D'autres recherches ont observé parmi des personnes s'injectant des drogues une faible connaissance des facteurs, incluant la consommation d'alcool, pouvant accélérer le développement de maladie du foie associée au VHC (Treload et al., 2012). De plus, la consommation d'alcool est également associée à des comportements d'injection à risque, incluant le partage de seringues et d'autres types de matériel d'injection (Matos et al., 2004; Stein et al., 2002a, 2002b). Des interventions brèves, ciblant la consommation d'alcool, parmi les personnes s'injectant des drogues et fréquentant des PSA, peuvent aider à réduire les comportements d'injection à risque (Stein et al., 2002a) ainsi que la consommation d'alcool (Stein et al., 2002c); par conséquent, il pourrait être judicieux que les programmes de réduction des méfaits envisagent de réaliser des projets pilotes de telles interventions pour leurs clients.

De façon générale, la réduction des méfaits liés l'alcool peut prendre diverses formes pour réduire la violence et les blessures, les accidents de la route et les méfaits sociaux associés à la consommation d'alcool (Ritter & Cameron, 2006). Les programmes de gestion de la consommation d'alcool (PGCA) sont un exemple de services à bas seuil pour les personnes qui font une consommation importante d'alcool, et particulièrement pour celles qui ont un logement précaire. Les PGCA, généralement couplée à des services d'hébergement ou de logement assisté, donnent des doses réglementées d'alcool afin d'aider à stabiliser les clients et à réduire l'usage d'alcool impropre à la consommation (p. ex., alcool à friction, rince-bouche) et d'autres méfaits (Muckle et al., 2012; Stockwell et al., 2013). (Veuillez consulter la Partie 1 des Recommandations de pratiques exemplaires, au chapitre 6 : Distribution de tampons d'alcool, pour une discussion plus approfondie de l'ingestion d'alcool

impropre à la consommation). Les clients recourent souvent à des PGCA par le biais de références fournies par des refuges et parfois des hôpitaux ou des urgences (Perkin, communication personnelle, 2014). À l'heure actuelle, on ne sait pas clairement si les références entre les PGCA et d'autres services de réduction des méfaits sont répandues. Ces programmes ont tendance à offrir des services à différentes clientèles, et un certain chevauchement est possible. Toutefois, ces deux types de programmes sont parfois offerts par un même organisme ou situés près l'un de l'autre (Perkin, communication personnelle, 2014). Des recherches évaluatives rigoureuses sur les PGCA au Canada sont en cours (voir [www.carbc.ca/ResearchProjects/MAP.aspx](http://www.carbc.ca/ResearchProjects/MAP.aspx), incluant les résultats préliminaires de Vancouver et de Thunder Bay), et fourniront probablement des informations utiles sur les liens existants et potentiels entre les PGCA et les autres services, incluant des programmes de réduction des méfaits.

Autre considération pour les programmes de réduction des méfaits : les personnes qui consomment des drogues et qui fument du tabac sont plus susceptibles également d'être atteintes de maladies associées au tabac. Les clients qui expriment un intérêt pour les services d'abandon du tabagisme pourraient apprécier des ressources exemptes de préjugés, pour savoir où obtenir ces services et/ou si ces services sont offerts comme options avec d'autres traitements de la dépendance. Dans une étude ayant comparé l'intérêt à l'égard de l'abandon du tabagisme parmi des clients de TEM et des clients de PSA, Clarke et al. (2001) ont constaté que 91 % des 452 participants fumaient la cigarette à ce moment et que plusieurs souhaitaient cesser de fumer. Ceux qui étaient plus susceptibles d'envisager de cesser de fumer dans les six mois suivants étaient en TEM, avaient plus de 35 ans et n'avaient pas de signes de dépendance à l'alcool. Clarke et al. (2001) ont suggéré que le counselling sur l'abandon du tabagisme devrait être offert à tous les intéressés, mais que les interventions pourraient cibler les personnes plus âgées et suivant un TEM.

---

## **Sommaire des données sur la référence au traitement de la dépendance**

Les données qui éclairent ce chapitre ainsi que ses recommandations sont issues d'études de divers types. Des données d'un essai contrôlé randomisé (ECR) de Baltimore ont été utilisées dans plusieurs études concernant les références de PSA à des services de traitement de la dépendance, de même que l'admission en traitement. Il convient d'être prudent quant à l'idée de généraliser les conclusions à d'autres sites et contextes. Bien que les ECR soient généralement considérés comme fournissant les meilleures données pour évaluer les interventions, il n'est pas toujours faisable, ou conforme à l'éthique, de procéder à ce type de recherche avec des programmes de réduction de méfaits et des populations qu'ils desservent. Certaines études observationnelles – transversales et prospectives – ont livré des informations sur les services de PSA et sur l'utilisation de ceux-ci par leurs clients. Divers types d'évaluations ont contribué aux connaissances sur les résultats des références faites par des PSA à des programmes de traitement de la dépendance. Des revues de la littérature ont également été consultées pour des informations sur les besoins des clients et le traitement de la dépendance.

## Références

- Alley ES, Ryan T, von Sternberg K. Predictors of readiness to change young adult drug use in community health settings. *Substance Use and Misuse*, 2014 Feb;49(3):253-261.
- Anderson BJ, Gogineni A, Charuvastra A, Longabaugh R, Stein MD. Adverse drinking consequences among alcohol abusing intravenous drug users. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 2001 Jan;25(1):41-45.
- Campbell JV, Hagan H, Latka MH, Garfein RS, Golub ET, Coady MH, Thomas DL, Strathdee SA, The Strive Project. High prevalence of alcohol use among hepatitis C virus antibody positive injection drug users in three US cities. *Drug and Alcohol Dependence*, 2006 Mar;81(3):259-265.
- Clarke JG, Stein MD, McGarry KA, Gogineni A. Interest in smoking cessation among injection drug users. *American Journal on Addictions*, 2001;10(2):159-166.
- Deering KN, Kerr T, Tyndall MW, Montaner JSG, Gibson K, Irons L, Shannon K. A peer-led mobile outreach program and increased utilization of detoxification and residential drug treatment among female sex workers who use drugs in a Canadian setting. *Drug and Alcohol Dependence*, 2011 Jan; 113(1):46-54.
- Deren S, Kang S-, Mino M, Seewald RM. Attitudes of methadone program staff toward provision of harm-reduction and other services. *Journal of Addiction Medicine*, 2011 Dec;5(4):289-292.
- Des Jarlais DC, McKnight C, Goldblatt C, Purchase D. Doing harm reduction better: Syringe exchange in the United States. *Addiction*, 2009 Sep;104(9):1441-1446.
- DiClemente CC, Nidecker M, Bellack AS. Motivation and the stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2008 Jan;34(1):25-35.
- Gowing L, Farrell M, Bornemann R, Sullivan L, Ali R. Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008 Apr;16(2):CD004145.
- Hallinan R, Byrne A, Amin J, Dore GJ. Hepatitis C virus incidence among injecting drug users on opioid replacement therapy. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 2004;28(6): 576-578.
- Handelsman L, Stein JA, Grella CE. Contrasting predictors of readiness for substance abuse treatment in adults and adolescents: A latent variable analysis of DATOS and DATOS-A participants. *Drug and Alcohol Dependence*, 2005 Oct;80(1):63-81.
- Hankins CA. Syringe exchange in Canada: Good but not enough to stem the HIV tide. *Substance Use and Misuse*, 1998;33(5):1129-1146.
- Havens JR, Cornelius LJ, Ricketts EP, Latkin CA, Bishai D, Lloyd JJ, Huettner S, Strathdee SA. The effect of a case management intervention on drug treatment entry among treatment-seeking injection drug users with and without comorbid antisocial personality disorder. *Journal of Urban Health*, 2007 Mar;84(2):267-271.
- Havens JR, Latkin CA, Pu M, Cornelius LJ, Bishai D, Huettner S, Rapp C, Ricketts EP, Lloyd JJ, Strathdee S. Predictors of opiate agonist treatment retention among injection drug users referred from a needle exchange program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2009 Apr;36(3):306-312.
- Heimer R. Can syringe exchange serve as a conduit to substance abuse treatment? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1998;15(3):183-191.
- Hudoba M, Grenyer BFS, O'Toole M. Development of an enhanced needle and syringe programme: The First Step programme pilot. *Drug and Alcohol Review*, 2004 Sept;23(3):295-297.
- Islam MM, Topp L, Conigrave KM, Day CA. Defining a service for people who use drugs as 'low-threshold': What should be the criteria? *International Journal of Drug Policy*, 2013 May;24(3):220-222.
- Karila L, Gorelick D, Weinstein A, Noble F, Benyamina A, Coscas S, Blecha L, Lowenstein W, Martinot JL, Reynaud M, Lépine JP. New treatments for cocaine dependence: A focused review. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 2008 May;11(3):425-438.
- Kidorf M, Disney E, King V, Kolodner K, Beilenson P, Brooner RK. Challenges motivating treatment enrollment in community syringe exchange participants. *Journal of Urban Health*, 2005;82(3):456-467.
- Kidorf M, King VL. Expanding the public health benefits of syringe exchange programs. *Revue canadienne de psychiatrie*, 2008 Aug;53(8):487-495.

- Kidorf M, King VL, Neufeld K, Peirce J, Kolodner K, Brooner RK. Improving substance abuse treatment enrollment in community syringe exchangers. *Addiction*, 2009 May;104(5):786-795.
- Kidorf M, King VL, Peirce J, Burke C, Kolodner K, Brooner RK. Psychiatric distress, risk behavior, and treatment enrollment among syringe exchange participants. *Addictive Behaviors*, 2010 May;35(5):499-503.
- Kidorf M, King VL, Peirce J, Kolodner K, Brooner RK. A treatment reengagement intervention for syringe exchangers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2011 Dec;41(4):415-421.
- Lloyd JJ, Ricketts EP, Strathdee SA, Cornelius LJ, Bishai D, Huettner S, Havens JR, Latkin C. Social contextual factors associated with entry into opiate agonist treatment among injection drug users. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 2005;31(4):555-570.
- Lloyd JJ, Strathdee SA, Pu M, Havens JR, Cornelius LJ, Huettner S, Latkin CA. The impact of opiate agonist maintenance therapy on drug use within social networks of injecting drug users. *The American Journal on Addictions*, 2008 Sep;17(5):414-421.
- Matos TD, Robles RR, Sahai H, Colon HM, Reyes JC, Marrero CA, Calderón JM, Shepard EW. HIV risk behaviors and alcohol intoxication among injection drug users in Puerto Rico. *Drug and Alcohol Dependence*, 2004 Dec 7;76(3):229-234.
- Meador N, Li R, Des Jarlais DC, Pilling S. Psychosocial interventions for reducing injection and sexual risk behaviour for preventing HIV in drug users. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010;1:CD007192.
- Millson P, Challacombe L, Villeneuve PJ, Strike CJ, Fischer B, Myers T, Shore R, Hopkins S. Reduction in injection-related HIV risk after 6 months in a low-threshold methadone treatment program. *AIDS Education and Prevention*, 2007 Apr;19(2):124-136.
- Monterroso ER, Hamburger ME, Vlahov D, Des Jarlais DC, Ouellet LJ, Altice FL, Byers RH, Kerndt PR, Watters JK, Bowser BP, Fernando MD, Holmberg SD. Prevention of HIV infection in street-recruited injection drug users. The Collaborative Injection Drug User Study (CIDUS). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2000;25(1):63-70.
- Muckle W, Muckle J, Welch V, Tugwell P. Managed alcohol as a harm reduction intervention for alcohol addiction in populations at high risk for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012 Dec;12:CD006747.
- Neufeld K, King V, Peirce J, Kolodner K, Brooner R, Kidorf M. A comparison of 1-year substance abuse treatment outcomes in community syringe exchange participants versus other referrals. *Drug and Alcohol Dependence*, 2008 Sep 1;97(1-2):122-129.
- Organisation mondiale de la Santé. Effectiveness of drug dependence treatment in prevention HIV among injecting drug users. 2005. Consulté en janvier 2014 à : [www.who.int/hiv/pub/idu/idupub/en/](http://www.who.int/hiv/pub/idu/idupub/en/)
- Porter J, Metzger D, Scotti R. Bridge to services: Drug injectors' awareness and utilization of drug user treatment and social service referrals, medical care, and HIV testing provided by needle exchange programs. *Substance Use and Misuse*, 2002;37(11):1305-1330.
- Rehm J, Taylor B, Room R. Global burden of disease from alcohol, illicit drugs and tobacco. *Drug and Alcohol Review*, 2006 Nov;25(6):503-513.
- Riley ED, Safaeian M, Strathdee SA, Brooner RK, Beilenson P, Vlahov D. Drug user treatment referrals and entry among participants of a needle exchange program. *Substance Use and Misuse*, 2002 Dec;37(14):1869-1884.
- Ritter A, Cameron J. A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 2006 Nov;25:611-625.
- Shoptaw SJ, Kao U, Heinzerling K, Ling W. Treatment for amphetamine withdrawal. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009 Apr;2:CD003021.
- Stein MD, Anderson B, Charuvastra A, Maksad J, Friedmann PD. A brief intervention for hazardous drinkers in a needle exchange program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2002a;22(1):23-31.
- Stein MD, Charuvastra A, Anderson B, Sobota M, Friedmann PD. Alcohol and HIV risk taking among intravenous drug users. *Addictive Behaviors*, 2002b Sep-Oct;27(5):727-736.
- Stein MD, Charuvastra A, Maksad J, Anderson BJ. A randomized trial of a brief alcohol intervention for needle exchangers (BRAINE). *Addiction*, 2002c Jun;97(6):691-700.
- Stein MD, Friedmann P. Need for medical and psychosocial services among injection drug users: A comparative study of needle exchange and methadone maintenance. *American Journal on Addictions*, 2002;11(4):262-270.

Stockwell T, Pauly B, Chow C, Vallance K, Perkin K. Evaluation of a managed alcohol program in Vancouver, BC: Early findings and reflections on alcohol harm reduction. CARBC Bulletin #9, 2013. Victoria, Colombie-Britannique : University of Victoria. Consulté en juin 2014 à : [www.carbc.ca/Portals/0/propertyagent/558/files/383/carbc%20bulletin%209.pdf](http://www.carbc.ca/Portals/0/propertyagent/558/files/383/carbc%20bulletin%209.pdf)

Strathdee SA, Celentano DD, Shah N, Lyles C, Stambolis VA, Macalino G, Nelson K, Vlahov D. Needle-exchange attendance and healthcare utilization promote entry into detoxification. *Journal of Urban Health*, 1999; 76(4): 448-60.

Strathdee SA, Ricketts EP, Huettner S, Cornelius L, Bishai D, Havens JR, Beilenson P, Rapp C, Lloyd JJ, Latkin CA. Facilitating entry into drug treatment among injection drug users referred from a needle exchange program: Results from a community-based behavioral intervention trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 2006 Sep;83(3):225-232.

Treloar C, Hull P, Dore GJ, Grebely J. Knowledge and barriers associated with assessment and treatment for hepatitis C virus infection among people who inject drugs. *Drug and Alcohol Review*, 2012 Nov;31(7):918-924.

## 10

## Référence à des services de santé mentale



**POLITIQUES RECOMMANDÉES POUR DES PRATIQUES EXEMPLAIRES** afin de rehausser l'accès à des services de santé mentale pour les personnes qui consomment des drogues :

- Éduquer les clients sur les options de services de santé mentale
- Référer les clients à des services de santé mentale dans la communauté
- Établir et maintenir des relations avec une variété d'organismes de services de santé mentale, en particulier ceux qui ont de l'expérience de travail auprès de personnes qui consomment des drogues
- Évaluer et publier toute initiative de référence entreprise.

### La référence à des services de santé mentale

Les programmes de réduction des méfaits (comme les programmes de seringues et d'aiguilles (PSA)) peuvent jouer un rôle clé pour aider les clients à accéder à des services de santé mentale. Il manque toutefois de recherche évaluant la fréquence et les résultats de ce type de référence. Nous présentons ci-dessous un aperçu de l'occurrence des troubles de santé mentale et des besoins de services parmi les personnes qui consomment des drogues, y compris celles ayant recours à des programmes de réduction des méfaits. Il existe un besoin de recherches supplémentaires dans ce domaine, particulièrement en ce qui concerne la référence aux services.

### Données concernant les enjeux de santé mentale

Plusieurs personnes qui s'injectent et/ou inhalent des drogues comme le crack ont des troubles concomitants de santé mentale (p. ex., Brooner et al., 1997; Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2009; Cepeda et al., 2012; Kidorf et al., 2004; Rush et al., 2008a, 2008b). Au Canada, il semble y avoir des différences régionales dans la co-occurrence de la consommation de drogues et des troubles de santé mentale, mais des études supplémentaires sont requises (p. ex., taux accru de troubles concomitants en Colombie-Britannique; Rush et al., 2008b). Parfois, des traitements fondés sur des données probantes sont combinés pour accroître leur potentiel d'efficacité chez les personnes ayant des troubles concomitants de consommation de drogues et d'autres types (pour un examen, voir Kelly et al., 2012). La prévalence des troubles psychiatriques tend à être plus forte parmi les femmes qui consomment des drogues, comparativement aux hommes (Krausz et al., 1998; Sordo et al., 2012; Torrens et al., 2011). La consommation de drogues peut parfois exacerber des symptômes de maladie mentale

existants ou latents, comme un risque accru de paranoïa ou des symptômes psychotiques (p. ex., Mooney et al., 2006; Moore et al., 2007, Roncero et al., 2013). Il est démontré que les personnes qui s'injectent des drogues et qui sont atteintes de troubles concomitants de santé mentale ont des symptômes plus marqués, une probabilité accrue de comportements suicidaires et d'automutilation, moins de soutien social et de ressources, une interaction accrue avec le système de justice pénale et des comportements à risque élevé pour les infections hématogènes (Darke et al., 2004; Woody et al., 1997).

Aitken et al. (2008) ont noté que les études sur les troubles de santé mentale parmi les personnes qui s'injectent des drogues ne sont probablement pas représentatives de l'expérience de toutes les personnes qui consomment des drogues, puisqu'elles tendent à recruter leurs participants auprès de services de traitement de la dépendance (p. ex., traitement d'entretien à la méthadone [TEM], programmes de désintoxication et programmes en résidence), et pourraient ne pas inclure d'autres individus qui ne suivent pas de traitement. Par conséquent, les auteurs soutiennent qu'il existe un besoin de recherche plus rigoureuse sur la prévalence des troubles de santé mentale, dans les PSA, afin d'éclairer les politiques et les références pour les clients. Les auteurs signalent également des défis associés à la réalisation d'une telle recherche, notamment le fait que les clients de PSA sont souvent transitoires et difficiles à joindre. Ils suggèrent l'utilisation d'outils brefs et validés, pour le dépistage en santé mentale, pouvant être administrés rapidement dans divers milieux et par des employés qui n'ont pas nécessairement de formation en santé mentale. Grâce à ces outils, les PSA pourraient être en mesure d'offrir aux clients un dépistage élémentaire et des références en matière de santé mentale.

En tenant compte de la limite susmentionnée, des études sur les troubles de santé mentale parmi des personnes s'injectant des drogues et ne suivant pas de traitement et/ou des clients de PSA ont révélé des taux accrus de dépression et d'autres affections psychiatriques dans ces populations. De telles études indiquent que les références à des services de santé mentale sont une considération importante pour les programmes de réduction des méfaits.

Brienza et al. (2000) ont examiné sur six mois la prévalence de la dépression majeure parmi des personnes s'injectant des drogues et participant à un PSA de Providence, Rhode Island (n=251), en comparaison à des personnes s'injectant des drogues et inscrites à un TEM (n=277). Une proportion plus forte de membres de la cohorte du PSA remplissait les critères de trouble dépressif majeur (54 %) comparativement à ceux de la cohorte du TEM (42 %). Par ailleurs, une régression logistique multivariée a révélé que les femmes, les personnes ayant un trouble de consommation d'alcool et les personnes sans partenaire actuel étaient plus susceptibles d'être déprimées.

Une étude de Kidorf et al. (2004) a évalué la prévalence de troubles psychiatriques et de consommation parmi des personnes s'injectant des drogues et fréquentant le PSA de Baltimore. Tous les participants à l'étude (n=422) ont été évalués pour les troubles de l'Axe I du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Quatrième édition (DSM-IV) et pour le trouble de la personnalité antisociale (TPA). Vingt et un pour cent (21 %) des participants avaient eu une dépression majeure au cours de leur vie; ce trouble distinct était le plus répandu dans l'échantillon. Trente-sept pour cent (37 %) des individus ont reçu un diagnostic de TPA et, de façon générale, près de 56 % de l'ensemble des participants ont reçu un diagnostic soit de trouble distinct de la consommation de substances, soit de TPA. La prévalence de la dépendance à la consommation de drogues était forte, dans l'échantillon : tous les participants répondaient aux critères d'une dépendance à des opioïdes au cours de leur vie; la dépendance à la cocaïne s'élevait à 78,3 %, suivie de la dépendance à l'alcool (68,4 %) et au cannabis (51,4 %). Les femmes avaient un taux plus élevé de trouble de stress post-traumatique (10,5 %) et avaient tendance à présenter des taux plus élevés de troubles de l'Axe I (41,4 %) que les hommes (3,5 % et 31,6 %, respectivement). Les hommes étaient plus susceptibles de recevoir un diagnostic de TPA (46,5 %) que les femmes (17,3 %).

Une analyse d'une étude prospective de cohorte, la Vancouver Injection Drug Users Study (VIDUS), a permis de constater que les personnes qui s'injectent de la méthamphétamine ont un risque accru de tentative suicidaire (Marshall et al., 2011).

Parmi les 1 873 participants, 8 % (n=149) ont déclaré avoir fait une tentative de suicide dans les six mois précédents, et l'injection de méthamphétamine était associée à une augmentation de 80 % de ce risque. Les personnes qui ont fait une tentative de suicide étaient plus susceptibles d'être des femmes, plus jeunes et plus souvent d'origine autochtone (Marshall et al., 2011). Une autre étude réalisée à Vancouver et utilisant les données de 1 931 participants à trois études de cohorte prospective – VIDUS, la Cohorte ACCESS et l'étude At-Risk Youth – a observé une association entre la dépression et la surdose non mortelle (Pabayo et al., 2013). Ses auteurs ont observé que les hommes et les femmes en dépression étaient plus susceptibles d'avoir fait une surdose non mortelle. Il est à noter qu'une telle surdose pouvait être accidentelle ou intentionnelle. Dans le cas des femmes seulement, celles qui avaient trois personnes ou plus comme sources possibles de soutien social étaient moins susceptibles de faire une surdose non mortelle (Pabayo et al., 2013).

### **Données concernant les besoins non comblés par les services de santé mentale et l'utilisation des services**

Des personnes qui consomment des drogues et qui ont des troubles de santé mentale concomitants ont signalé des besoins non comblés par les services. Urbanoski et al. (2008) ont constaté que 22 % des Canadiens ayant un trouble de santé mentale – et 51 % de ceux ayant des troubles concomitants – avaient perçu un besoin non comblé au cours de l'année précédente. Des clients de programmes de réduction des méfaits ont également signalé des besoins non comblés par les services de santé mentale et d'autres types de services. Selon l'étude de Stein et Friedmann (2002), plus de deux tiers des personnes séronégatives au VIH s'injectant des drogues et recrutées dans un PSA (n=251) ou inscrites à un TEM (n=312) à Providence, Rhode Island, ont signalé des besoins non comblés par les services de santé mentale et de logement. Neale et al. (2007) ont réalisé des entrevues qualitatives auprès de 75 personnes s'injectant des drogues, recrutées dans des PSA de trois régions de West Yorkshire, Angleterre. Les auteurs ont interrogé les participants sur l'accès à des services liés à la consommation de drogues et à d'autres services généraux, puis ont demandé des suggestions d'améliorations. Trois suggestions principales ont été formulées : une fourniture de services rehaussée, notamment par un nombre accru de thérapeutes en toxicomanie et santé mentale; un fonctionnement amélioré des services existants (p. ex., des salles privées pour recevoir les services, des services de PSA 24 heures); et des améliorations relatives au personnel (p. ex., moins de préjugés, meilleure formation). Neale et al. (2007) mentionnent d'autres facteurs que les participants

ont identifiés comme facilitant le recours aux services, notamment les relations de soutien (en particulier avec la famille), les circonstances personnelles (p. ex., devenir parent) et l'état d'esprit (être motivé et rester positif).

Noël et al. (2006) ont examiné le recours aux services sociaux et de santé parmi des Canadiens consommant des drogues illicites et ne suivant pas de traitement. Les auteurs ont analysé des données recueillies auprès de 677 participants recrutés à Edmonton, Montréal, Québec, Toronto et Vancouver. Les participants qui avaient déclaré à la fois des problèmes de santé physique et mentale utilisaient le plus souvent des services de santé, suivis de ceux qui avaient déclaré seulement des problèmes de santé physique, puis de ceux ayant uniquement des problèmes de santé mentale. Certaines différences ont été observées entre les villes. Par exemple, les participants de Vancouver ont déclaré plus de visites dans des PSA et des centres pour femmes, tandis que ceux de Toronto ont déclaré utiliser davantage des refuges pour sans-abri et d'autres services communautaires. Des données de la phase 3 de l'enquête I-Track, une vaste étude pancanadienne de surveillance des comportements à risque parmi les personnes qui s'injectent des drogues, révèlent une utilisation variable des types de services de soins de santé. En ce qui concerne les services d'un « centre de santé mentale et de traitement de la dépendance », 23,7 % (n=409) des participants en avaient utilisé dans les 12 mois précédents – les femmes dans une plus forte proportion (27,1 %) que les hommes (21,6 %; Agence de la santé publique du Canada, 2014; Tarasuk et al., 2013).

À travers le Canada, l'intégration du traitement de la dépendance et des services de santé mentale à la fois aux paliers des services et des systèmes tend à croître (Rush et al., 2008a; voir également la section « Santé mentale et abus de substances », à [www.ccsa.ca](http://www.ccsa.ca)). En ce qui a trait à l'intégration de services de traitement de la dépendance et des troubles de santé mentale, Rush et al. (2008a) ont noté que les bienfaits de l'intégration peuvent inclure des compétences améliorées de dépistage et d'évaluation, une sensibilisation accrue aux enjeux liés à la santé mentale et à la consommation, une accessibilité accrue des services de traitement et le regroupement de ceux-ci en un seul lieu. Toutefois, les risques potentiels de l'intégration incluent la possibilité que des clients reçoivent des services ou traitements superflus, le surdiagnostic et le surtraitement, la perte de compétences spécialisées au sein du personnel et la complexification du système bureaucratique (Rush et al., 2008a). Étant donné que nos connaissances sur l'intégration sont issues de cas impliquant le traitement de la dépendance, nous ne pouvons pas savoir avec certitude si les mêmes bienfaits et risques s'appliqueraient à une intégration accrue

aux programmes de réduction des méfaits. Pour les PSA et d'autres programmes, l'intégration des services pourrait nécessiter l'embauche de nouveaux employés détenant une formation et des qualifications appropriées. Les pairs peuvent également contribuer à référer les clients à des services dans la communauté (Weaver et al., 2010). Bref, il reste beaucoup d'éléments à examiner quant à l'intégration entre les programmes de réduction des méfaits et les services de santé mentale; il faudra également déterminer si une intégration réelle sur le site et/ou des systèmes de référence et des partenariats rehaussés seraient plus bénéfiques aux clients, dans diverses régions.

### **Stigmatisation, traumatismes et personnes consommant des drogues**

Certaines études ont révélé que des problèmes de santé mentale peuvent influencer l'intérêt et le recours au traitement de la dépendance, parmi les clients de PSA (Havens et al., 2007; Kidorf et al., 2010; Peirce et al., 2013), mais les connaissances sont plus limitées quant aux facteurs qui influencent le recours à d'autres services de santé mentale dans cette population. Toutefois, nous pouvons extrapoler raisonnablement de la littérature existante que la stigmatisation associée aux troubles mentaux pourrait être un facteur du non-recours aux traitements. Les personnes atteintes de troubles de santé mentale rencontrent souvent de la stigmatisation, de la part de la société dans son ensemble, y compris des fournisseurs de soins de santé (Brener et al., 2014; Dinos et al., 2004; Mackenzie et al., 2014; Rose et al., 2012). De telles expériences et/ou l'anticipation d'expériences négatives peuvent décourager des individus de recourir à des services de santé mentale. La consommation de drogues illicites, en particulier l'injection de drogues, et les infections à VIH et/ou à VHC sont elles aussi fortement stigmatisées (Brener et al., 2014; Calsyn et al., 2004; Habib & Adorjany, 2003; Olsen & Sharfstein, 2014; Paterson et al., 2007; Rose et al., 2013; Wolitski et al., 2009). Par conséquent, les personnes qui consomment des drogues de façons à augmenter le risque de transmission d'infections hématogènes et qui ont un ou des troubles de santé mentale peuvent rencontrer une stigmatisation double ou transversale, pouvant les empêcher d'avoir accès à de nombreux services. Il est particulièrement important que les fournisseurs de services de réduction des méfaits soient conscients de cette considération et l'intègrent dans leur pratique, en développant par exemple une compréhension des expériences de stigmatisation et de discrimination et en amorçant des initiatives de réduction de la stigmatisation dans leur région. Des services de santé mentale et pour la dépendance s'efforcent d'atténuer la stigmatisation, au

Canada; ces efforts incluent une éducation communautaire (p. ex., Wild et al., 2014).

Les traumatismes sont une autre considération importante, dans le travail auprès de personnes qui consomment des drogues. Plusieurs clients de PSA font état d'expériences antérieures ou récentes de traumatisme et/ou de réexposition à un traumatisme, et expliquent que la consommation de drogues est pour elles un moyen de composer avec la douleur physique, émotionnelle ou psychologique liée à celui-ci (MacNeil & Pauly, 2011; Peirce et al., 2014). Les clients aiment recevoir des services exempts de préjugés et de stigmatisation dans des lieux où ils se sentent valorisés et en sécurité, et qui sont un point d'entrée vers d'autres services (MacNeil & Pauly, 2011). Outre la sensibilisation à la stigmatisation, les employés appelés à travailler auprès de clients qui ont des troubles de santé mentale et/ou à fournir de l'information sur des services de santé mentale ou des références à ceux-ci pourraient souhaiter se familiariser avec des services locaux sensibles aux traumatismes et apprendre à intégrer dans leur pratique une sensibilisation aux traumatismes. Développée en Colombie-Britannique, la publication « Trauma-Informed Practice Guide » (voir l'adresse du site Internet ci-dessous) est une ressource utile qui traite de l'importance de comprendre les liens entre les traumatismes, la santé mentale et la consommation de substances, dans le travail auprès des clients, et qui décrit les principes et pratiques des services sensibles aux traumatismes.

### **Autres exemples et ressources concernant les services en matière de santé mentale et de dépendance, au Canada**

Voir le site Internet du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) pour des informations et de nombreuses ressources : [www.camh.ca](http://www.camh.ca)

Rapport final « Gap Analysis of Public Mental Health and Addictions Programs (GAP-MAP) » de l'Alberta : [www.health.alberta.ca/documents/GAP-MAP-Report-2014.pdf](http://www.health.alberta.ca/documents/GAP-MAP-Report-2014.pdf)

« Trauma-Informed Practice Guide », développé pour le compte du Conseil de planification provincial de la C.-B. sur la santé mentale et la consommation de substances : [http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013\\_TIP-Guide.pdf](http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf)

---

### **Sommaire des données sur la référence à des services de santé mentale**

Les données qui éclairent ce chapitre et ses recommandations sont issues principalement d'études observationnelles comme des études transversales et des études de cohorte prospective. Des études transversales ont apporté en particulier des informations sur la prévalence des problèmes de santé mentale, les comportements à risque, la stigmatisation et le recours aux services parmi les personnes qui consomment des drogues.

## Références

- Agence de la santé publique du Canada. Résumé des résultats clés de la phase 3 du système I-Track (2010 à 2012); 2014. Consulté en novembre 2014 à : [www.catie.ca/sites/default/files/64-02-14-1237\\_I-Track-Phase3-Summary\\_FR-FINAL-WEB.pdf](http://www.catie.ca/sites/default/files/64-02-14-1237_I-Track-Phase3-Summary_FR-FINAL-WEB.pdf)
- Aitken C, Wain D, Lubman DI, Hides L, Hellard M. Mental health screening among injecting drug users outside treatment settings – implications for research and health services. *Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis*, 2008 Jun;1(2):99-103.
- Brener L, Rose G, Treloar C, Cama EJ, Whiticker M. Mental health support workers' attitudes towards hepatitis C and injecting drug use: Barriers to recovery? *Mental Health and Substance Use*, 2014 Jul;7(3):217-229.
- Brienza RS, Stein MD, Chen M, Gogineni A, Sobota M, Maksad J, Hu P, Clarke J. Depression among needle exchange program and methadone maintenance clients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2000 Jun;18(4):331-337.
- Broner RK, King VL, Kidorf M, Schmidt CW Jr., Bigelow, GE. Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Archives of General Psychiatry*, 1997 Jan;54(1),71-80.
- Calsyn RJ, Klinkenberg WD, Morse GA, Miller J, Cruthis R, HIV/AIDS Treatment Adherence, Health Outcomes and Cost Study Group. Recruitment, engagement, and retention of people living with HIV and co-occurring mental health and substance use disorders. *AIDS Care*, 2004;16(Suppl1):S56-S70.
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Toxicomanie au Canada : Troubles concomitants. Décembre 2009. Consulté en juillet 2014 à : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/ccsa-011812-2010.pdf>
- Cepeda A, Kaplan C, Neaigus A, Cano MA, Villarreal Y, Valdez A. Injecting transition risk and depression among Mexican American non-injecting heroin users. *Drug and Alcohol Dependence*, 2012 Sep;125(Suppl. 1):S12-S17.
- Darke S, Williamson A, Ross J, Teesson M, Lynskey M. Borderline personality disorder, antisocial personality disorder and risk-taking among heroin users: Findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Drug and Alcohol Dependence*, 2004 Apr;74(1):77-83.
- Dinos S, Stevens S, Serfaty M, Weich S, King M. Stigma: The feelings and experiences of 46 people with mental illness. Qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 2004 Feb;184:176-181.
- Habib S, Adorjany L. Hepatitis C and injecting drug use: The realities of stigmatisation and discrimination. *Health Education Journal*, 2003;62(3):256-265.
- Havens JR, Cornelius LJ, Ricketts EP, Latkin CA, Bishai D, Lloyd JJ, Huettner S, Strathdee SA. The effect of a case management intervention on drug treatment entry among treatment-seeking injection drug users with and without comorbid antisocial personality disorder. *Journal of Urban Health*, 2007 Mar;84(2):267-271.
- Kelly TM, Daley DC, Douaihy AB. Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addictive Behaviors*, 2012 Jan;37(1):11-24.
- Kidorf M, Disney ER, King VL, Neufeld K, Beilenson PL, Broner RK. Prevalence of psychiatric and substance use disorders in opioid abusers in a community syringe exchange program. *Drug and Alcohol Dependence*, 2004 May;74(2):115-122.
- Kidorf M, King VL, Peirce J, Burke C, Kolodner K, Broner RK. Psychiatric distress, risk behavior, and treatment enrollment among syringe exchange participants. *Addictive Behaviors*, 2010 May;35(5):499-503.
- Krausz M, Degkwitz P, Kühne A, Verthein U. Comorbidity of opiate dependence and mental disorders. *Addictive Behaviors*, 1998 Nov-Dec;23(6):767-783.
- Mackenzie CS, Erickson J, Deane FP, Wright M. Changes in attitudes toward seeking mental health services: A 40-year cross-temporal meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 2014 Mar;34(2):99-106.
- MacNeil J, Pauly B. Needle exchange as a safe haven in an unsafe world. *Drug and Alcohol Review*, 2011 Jan;30(1):26-32.
- Marshall BD, Galea S, Wood E, Kerr T. Injection methamphetamine use is associated with an increased risk of attempted suicide: A prospective cohort study. *Drug and Alcohol Dependence*, 2011 Dec;119(1-2):134-137.
- Mooney M, Sofuoglu M, Dudish-Poulsen S, Hatsukami DK. Preliminary observations of paranoia in a human laboratory study of cocaine. *Addictive Behaviors*, 2006 Jul;31(7):1245-1251.
- Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M, Lewis G. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: A systematic review. *Lancet*, 2007 Jul;370(9584):319-328.

- Neale J, Sheard L, Tompkins CNE. Factors that help injecting drug users to access and benefit from services: A qualitative study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2007;2:31.
- Noël L, Fischer B, Tyndall MW, Bradet DR, Rehm J, Brissette S, Brochu S, Bruneau J, El-Guebaly N, Wild TC. Health and social services accessed by a cohort of Canadian illicit opioid users outside of treatment. *Revue canadienne de santé publique*, 2006 May-Jun;97(3):166-170.
- Olsen Y, Sharfstein JM. Confronting the stigma of opioid use disorder -- and its treatment. *Journal of the American Medical Association*, 2014 Apr;311(14):1393-1394.
- Pabayo R, Alcantara C, Kawachi I, Wood E, Kerr T. The role of depression and social support in non-fatal drug overdose among a cohort of injection drug users in a Canadian setting. *Drug and Alcohol Dependence*, 2013 Oct;132(3):603-609.
- Paterson BL, Backmund M, Hirsch G, Yim C. The depiction of stigmatization in research about hepatitis C. *International Journal of Drug Policy*, 2007 Oct;18(5):364-373.
- Peirce JM, Brooner RK, Kolodner K, Schacht RL, Kidorf MS. Prospective effects of traumatic event re-exposure and post-traumatic stress disorder in syringe exchange participants. *Addiction*, 2013 Jan;108(1):146-153.
- Peirce JM, Schacht RL, Brooner RK, King VL; Kidorf MS. Prospective risk factors for traumatic event reexposure in community syringe exchange participants. *Drug and Alcohol Dependence*, 2014 May;138(6):98-102.
- Roncero C, Martínez-Luna N, Daigre C, Grau-López L, Gonzalvo B, Pérez-Pazos J, Casas M. Psychotic symptoms of cocaine self-injectors in a harm reduction program. *Substance Abuse*, 2013 Apr;34(2):118-121.
- Rose G, Beale I, Malone J, Higgin J, Whitticker M, Brener L. Problematic substance use in two mental health NGOs, and staff, client and general public attitudes towards problematic substance use amongst people with mental illness. *Mental Health and Substance Use*, 2012 Nov;5(4):275-286.
- Rose G, Cama E, Brener L, Treloar C. Knowledge and attitudes towards hepatitis C and injecting drug use among mental-health support workers of a community managed organisation. *Australian Health Review*, 2013;37(5):654-659.
- Rush B, Fogg B, Nadeau L, Furlong A. On the integration of mental health and substance use services and systems: Main Report. Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies. Décembre 2008a. Consulté en juillet 2014 à : [www.ceca-cept.ca/pdf/Main-reportFINALa.pdf](http://www.ceca-cept.ca/pdf/Main-reportFINALa.pdf)
- Rush B, Urbanoski K, Bassani D, Castel S, Wild TC, Strike C, Kimberley D, Somers J. Prevalence of co-occurring substance use and other mental disorders in the Canadian population. *Revue canadienne de psychiatrie*, 2008b;53(12):800-809.
- Sordo L, Chahua M, Bravo MJ, Barrio G, Brugal MT, Domingo-Salvany A, Molist G, De la Fuente L, ITINERE Project Group. Depression among regular heroin users: The influence of gender. *Addictive Behaviors*, 2012 Jan;37(1):148-152.
- Stein MD, Friedmann P. Need for medical and psychosocial services among injection drug users: a comparative study of needle exchange and methadone maintenance. *American Journal on Addictions*, 2002;11(4):262-270.
- Tarasuk J, Ogunnaike-Cooke S, Archibald CP, I-Track Site Principal Investigators. Descriptive findings from a national enhanced HIV surveillance system, I-Track Phase 3 (2010–2012): Sex-based analysis of injecting, sexual and testing behaviours among people who inject drugs. *Journal canadien des maladies infectieuses et de la microbiologie médicale*, 2013;24(Suppl. A):81A.
- Torrens M, Gilchrist G, Domingo-Salvany A; psyCoBarcelona Group. Psychiatric comorbidity in illicit drug users: Substance-induced versus independent disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 2011 Jan;113(2-3):147-156.
- Urbanoski KA, Cairney J, Bassani DG, Rush BR. Perceived unmet need for mental health care for Canadians with co-occurring mental and substance use disorders. *Psychiatric Services*, 2008 Mar;59(3):283-289.
- Weaver J, Altenberg J, Dias G, Balian R, Cavalieri W, Strike C, Challacombe L, Guimond T, McPherson B, Millson P. Extending the scope of peer harm reduction: The health outreach worker (HOW) project. *Journal canadien des maladies infectieuses et de la microbiologie médicale*, 2010;21(3 Suppl. SB):37B.
- Wild TC, Wolfe J, Wang J, Ohinmaa A. Gap Analysis of Public Mental Health and Addictions Programs (GAP-MAP): Final Report. Gouvernement de l'Alberta. Février 2014. Consulté en novembre 2014 à : [www.health.alberta.ca/documents/GAP-MAP-Report-2014.pdf](http://www.health.alberta.ca/documents/GAP-MAP-Report-2014.pdf)
- Wolitski RJ, Pals SL, Kidder DP, Courtenay-Quirk C, Holtgrave DR. The effects of HIV stigma on health, disclosure of HIV status, and risk behavior of homeless and unstably housed persons living with HIV. *AIDS and Behavior*, 2009 Dec;13(6):1222-1232.
- Woody GE, Metzger DN, Navaline H, McLellan TM, O'Brien CP. Psychiatric symptoms, risky behavior, and HIV infection. *NIDA Research Monograph*, 1997;172:156-170.

## 11

## Référence à des services de logement



**POLITIQUES RECOMMANDÉES POUR DES PRATIQUES EXEMPLAIRES** afin de rehausser l'accès à des services de logement pour les personnes qui consomment des drogues :

- Éduquer les clients sur les options de services de logement
- Référer les clients à des services de logement dans la communauté
- Établir et maintenir des relations avec une variété d'organismes qui offrent des services de logement, en particulier ceux qui ont de l'expérience de travail auprès de personnes qui consomment des drogues
- Évaluer et publier toute initiative de référence entreprise.

### La référence à des services de logement

Afin d'améliorer la santé et le bien-être en général, les programmes de réduction des méfaits (comme les programmes de seringues et aiguilles (PSA)) peuvent aider les clients à accéder à des services et programmes en matière de logement. L'offre de programmes fondés sur les principes de la réduction des méfaits (comme le modèle « Logement d'abord » que nous décrivons ci-dessous) et conçus pour répondre aux besoins des personnes qui consomment des drogues est considérée comme une pratique exemplaire. Les programmes de réduction des méfaits et les services de logement peuvent utiliser divers types de mécanismes de référence entre eux (voir les études de cas de Gaetz et al., 2013), mais on ne sait pas exactement dans quelle mesure des PSA et d'autres programmes réfèrent des clients à des services de logement, au Canada. La littérature empirique évaluant spécifiquement les relations de référence entre des programmes de réduction des méfaits et des services de logement est insuffisante. Des recherches et évaluations supplémentaires sur ces formes de références sont requises afin de combler cette lacune.

Le site Internet <http://rondpointdelitinérance.ca> est une ressource utile qui offre des informations sur l'itinérance, en particulier dans le contexte canadien. Il propose des hyperliens vers de nombreuses ressources et aborde un vaste éventail de sujets pertinents à l'itinérance, notamment la consommation de drogues, la santé mentale, l'emploi et la formation, les enjeux spécifiques à des populations et la fourniture de services.

### Données concernant l'instabilité de logement et les enjeux de santé connexes parmi les personnes qui consomment des drogues

La situation de logement d'un individu n'est pas fixe; elle peut varier à court et à long terme. La situation de logement varie également de la stabilité (p. ex., propriété ou location) à diverses formes de précarité ou d'instabilité (p. ex., refuges temporaires, habiter chez quelqu'un, hôtels à chambres individuelles, dormir sur des canapés (« couch surfing »)), jusqu'à l'itinérance complète (p. ex., vivre/dormir dehors, dans des voitures, des cages d'escaliers et des immeubles interdits). Des analyses de données recueillies entre 2005 et 2008 dans le cadre de la phase 2 de l'étude I-Track – une vaste enquête pancanadienne auprès de personnes qui s'injectent des drogues – ont révélé que 41,4 % des participants avaient un logement instable au moment de l'entrevue et que 60,8 % avaient été dans cette situation dans les six mois précédents (Agence de la santé publique du Canada, 2013). La prévalence de l'instabilité du logement variait selon les villes, au Canada : la plus forte proportion d'individus en situation de logement instable se trouvait à Victoria (63,6 %), et la plus faible, à Thunder Bay (11,8 %; Agence de la santé publique du Canada, 2013). Des données plus récentes d'I-Track (Phase 3) recueillies entre 2010 et 2012 ont révélé une prévalence plus faible du logement instable (38,7 %) au moment de l'entrevue, et une proportion plus forte d'hommes déclarant un logement instable (Agence de la santé publique du Canada, 2014; Tarasuk et al., 2013). Dans une étude ayant recruté 1 191 participants dans des refuges et des programmes de repas à Toronto, 60 % (n=712) ont déclaré une prévalence de consommation régulière de drogues au cours de leur vie et 40 % (n=475) ont déclaré en avoir consommé dans les 30 jours précédents (Grinman et al., 2010). Ces taux étaient considérés comme étant nettement

supérieurs à ceux de la population générale (Grinman et al., 2010).

L'itinérance et l'instabilité de logement sont associées à de nombreuses conséquences négatives. Pour les personnes qui consomment des drogues, le fait d'être sans abri ou d'avoir un logement instable est associé à un risque accru de décès, de suicide, de comportements à risque et d'infection par le VIH et l'hépatite C, de retour à l'injection de drogues, de comportements sexuels à risque, de blessures physiques, de visites à l'hôpital et à l'urgence, de même que de problèmes de santé mentale (Coady et al., 2007; Corneil et al., 2006; Des Jarlais et al., 2007; Elifson et al., 2007; Kim et al., 2009; Linton et al., 2013; Palepu et al., 2001; Roy et al., 2004; Shannon et al., 2006). Les personnes qui s'injectent des drogues et qui n'ont pas de logement stable sont plus susceptibles de déclarer une consommation de drogues dans des lieux publics et/ou non hygiéniques (p. ex., ruelles, cages d'escaliers) et des pratiques d'injection précipitées pour éviter de se faire prendre par la police ou d'être victimisées par d'autres individus (Bayoumi et al., 2012; Cooper et al., 2005; Gibson et al., 2011). Plusieurs participants à la phase 2 d'I-Track (23,3 %) ont déclaré s'injecter des drogues le plus souvent dans des lieux publics (Agence de la santé publique du Canada, 2013). Des données de la phase 3 de l'enquête I-Track indiquent que 39,4 % des participants s'étaient injecté des drogues dans des lieux publics au cours des six mois précédant l'entrevue; une proportion d'hommes significativement plus élevée (41,8 %) que de femmes (34,3 %) déclarait l'avoir fait dans des lieux publics (Agence de la santé publique du Canada, 2014). La recherche démontre également que les personnes itinérantes ou ayant un logement instable sont de trois à neuf fois plus susceptibles d'être séropositives au VIH que les personnes ayant un logement stable, et que ces taux élevés de VIH sont associés à la consommation de drogues en général, à l'injection de drogues et à des relations sexuelles non protégées (Wolitski et al., 2007).

Les jeunes forment une population spécifique qu'il convient de souligner, en ce qui concerne la consommation de substances, l'itinérance et d'autres besoins de services. Une forte proportion de jeunes de la rue et itinérants ont des problèmes de consommation d'alcool et/ou de drogues (Barnaby et al., 2010; Kerr et al., 2009) et des taux plus élevés de troubles de santé mentale et de suicide (voir les études examinées par Kirst & Erickson, 2013).

Dans une étude impliquant des participants de Providence, Rhode Island, Stein et Friedmann (2002) ont examiné les besoins de services perçus et non comblés de personnes séronégatives au VIH s'injectant des drogues et ne recevant

pas de traitement de la dépendance (n=251, recrutées auprès d'un PSA) ou recevant un tel traitement (n=312, recrutées auprès d'un programme de traitement d'entretien à la méthadone [TEM]). Soixante-neuf pour cent (69 %) des participants ont déclaré des besoins non comblés par les services. Des besoins de services nettement plus marqués en matière de logement ont été signalés par les clients du PSA que par ceux du TEM (45,6 % vs 24,1 %, respectivement). Une étude auprès de 105 clients de PSA à Victoria – dont plus de la moitié étaient itinérants et 10 % vivaient dans des refuges – a révélé qu'« avoir un endroit où rester » était une préoccupation répandue parmi ce groupe (Exner et al., 2009). Le logement est également associé à l'accès à des soins de santé. Parmi les personnes qui s'injectent des drogues, celles qui ont un logement stable sont plus susceptibles de recourir au traitement du VIH et d'atteindre la suppression virale (Knowlton et al., 2006).

### Logement d'abord

« Logement d'abord » est une approche axée sur le rétablissement et les droits, et fondée sur un engagement à offrir d'abord aux individus un logement, suivi de services pour la santé physique et mentale, le traitement de la dépendance, l'éducation, l'emploi, et d'autres types de besoins. Les cinq principes fondamentaux de Logement d'abord sont :

- 1) Accès immédiat à un logement sans exiger que l'individu démontre qu'il y est « prêt »
- 2) Choix du client et autodétermination (c.-à-d., le client devrait avoir un certain choix quant au type de logement et à son emplacement)
- 3) Appuyer le rétablissement, en faisant en sorte que l'individu ait accès à diverses formes de soutien
- 4) Offrir un soutien personnalisé et axé sur le client
- 5) Faciliter l'intégration communautaire et sociale (c.-à-d., fournir des modèles de logement qui n'isolent pas le client; voir Gaetz et al., 2013, pour plus d'information sur chaque principe).

En ce qui concerne le premier principe, les personnes qui consomment des drogues n'ont pas à démontrer, par exemple, qu'elles sont intéressées par l'abstinence, déjà abstinentes, « rétablies » ou fidèles au traitement, pour obtenir et maintenir un logement. Cela contraste avec les modèles plus conventionnels de logement et de refuge qui exigent que les clients démontrent qu'ils sont abstinents ou fidèles au traitement afin d'être sélectionnés pour un logement – et qui renvoient parfois des clients de leur logement s'ils consomment des drogues ou de l'alcool. En

vertu de Logement d'abord, certaines personnes peuvent choisir un logement axé sur l'abstinence comme modèle préférentiel (Gaetz et al., 2013), mais il demeure essentiel que les clients se voient proposer divers choix de logement et qu'ils n'aient pas à démontrer un certain degré de « préparation » (c.-à-d., avoir reçu des soins de santé ou d'autres services de traitement) pour obtenir un logement.

Les principes de « Logement d'abord » sont appliqués de diverses façons, au Canada et ailleurs, dans le cadre de modèles et de types de soutien variés (Gaetz et al., 2013). Dans un commentaire, Pauly et al. (2013) discutent de Logement d'abord en tant qu'exemple d'intégration du logement et de la réduction des méfaits. Les auteurs identifient quatre éléments importants pour élaborer des cadres de politiques qui combinent des initiatives de réduction des méfaits et de logement :

- 1) Développement de politiques d'inclusion sociale (p. ex., reconnaître les besoins des femmes, des jeunes et des personnes autochtones)
- 2) Offre de logements, englobant la disponibilité de logements abordables et la préférence du client
- 3) Offre de services de réduction des méfaits « sur demande »
- 4) Infrastructure organisationnelle adéquate (p. ex., engagement à la réduction des méfaits dans les énoncés de mission, formation du personnel et éducation communautaire).

Dans un rapport sur Logement d'abord au Canada, Gaetz et al. (2013) ont résumé des éléments de la littérature qui démontrent que l'approche est efficace et qu'elle réduit les coûts, en particulier en comparaison avec les approches « habituelles » de traitement qui réfèrent les personnes itinérantes à des services d'urgence et à d'autres types de logements supervisés jusqu'à ce qu'elles soient considérées comme « prêtes » à la vie autonome ou qu'un logement soit disponible. Le projet « Chez Soi » a apporté de riches données au sujet de Logement d'abord (voir le rapport final de Goering et al., 2014). Financé par la Commission de la santé mentale du Canada, Chez Soi est un essai contrôlé randomisé qui a suivi pendant deux années des participants recrutés dans des refuges ou dans les rues de cinq villes canadiennes (Vancouver, Winnipeg, Toronto, Montréal et Moncton). Des 2 148 participants à l'étude, 1 158 ont reçu une intervention de Logement d'abord. L'autre moitié a reçu le traitement habituel, qui consistait en l'accès à un logement et à des soutiens existants dans leur communauté. À l'inscription, 67 % de l'échantillon ont déclaré des problèmes de consommation de substances (en outre, 71 % des participants ont déclaré un trouble de santé mentale

non psychotique, et 34 %, un trouble psychotique). Les taux de suivi après deux ans étaient élevés (soit entre 77 % et 89 %), compte tenu de la nature transitoire de la population. Une conclusion clé de cette étude indique que les individus qui ont bénéficié de Logement d'abord sont nettement plus nombreux que les individus du groupe témoin à avoir obtenu et conservé leur logement. Des améliorations ont été observées quant aux problèmes de santé mentale et de consommation de substances, mais les changements étaient similaires pour les participants des deux groupes. Goering et al. (2014) ont identifié quelques causes possibles de ce constat, notamment le fait que le rétablissement est un long processus qui inclut d'apprendre à gérer les symptômes. La fourniture d'un logement et d'autres services est essentielle au processus de rétablissement, mais ne garantit pas une amélioration majeure et rapide. Plusieurs participants pourraient avoir commencé leur processus de rétablissement au cours des deux années de l'étude, mais cette période pourrait ne pas avoir été assez longue pour observer des améliorations soutenues et de possibles différences entre les participants des deux groupes de l'intervention.

### Considérations concernant le traitement de la dépendance en lien avec le logement

Les liens entre la consommation de substances, le traitement de la dépendance et le logement sont complexes; certaines études font état de conclusions variées. Selon Palepu et al. (2010), la forte consommation de substances était relativement peu fréquente parmi les participants aux études antérieures de Logement d'abord, et des études plus récentes ont signalé des résultats positifs chez des personnes itinérantes ayant un problème de consommation d'alcool, mais n'ayant pas déclaré consommer d'autres drogues. Palepu et al. (2010) ont sélectionné et examiné les données de 992 personnes s'injectant des drogues et participant à l'étude prospective Vancouver Injection Drug User Study. Parmi cet échantillon sélectionné, 49,9 % des individus (n=495) étaient itinérants et 50,1 % (n=497) vivaient dans des hôtels à chambres individuelles. Au cours de la période de suivi entre décembre 2005 et avril 2010, 21,3 % (n=211) ont atteint une situation de logement stable (définie dans cette étude comme étant le fait de vivre dans un logement ou une maison lors de deux entrevues consécutives de la période de suivi). Des analyses ont révélé que le fait de recevoir un traitement de la dépendance (diverses modalités de traitement) était associé de manière négative à l'obtention d'un logement stable. Palepu et al. (2010) affirment que ce constat pourrait suggérer que l'accès au traitement de la dépendance est un indicateur d'« instabilité de vie », puisque la consommation fréquente

de drogues était répandue parmi les participants. L'exposition au traitement de la dépendance pourrait ne pas avoir réduit suffisamment la consommation de drogues pour que les participants soient en mesure d'accéder à un logement stable.

Les conditions sociales de logement pourraient également être un facteur à considérer en lien avec la consommation de substances, le logement et le traitement de la dépendance. Une étude de Lloyd et al. (2005) a examiné les facteurs sociaux associés à l'amorce d'un traitement par agonistes aux opiacés parmi des personnes s'injectant des drogues et fréquentant le PSA de Baltimore. Les auteurs ont constaté que, comparativement aux personnes vivant seules dans des milieux contrôlés ou instables (p. ex., dans la rue, une maison abandonnée, un logement de transition), les personnes vivant avec un partenaire sexuel étaient trois fois plus susceptibles d'amorcer un traitement de la dépendance. De plus, comparativement aux personnes vivant seules dans des environnements contrôlés ou instables, celles vivant avec des membres de leur famille ou des amis étaient près de trois fois plus susceptibles d'amorcer un traitement de la dépendance.

Il convient également de noter que les services à bas seuil développés pour les personnes qui ont une dépendance sévère à l'alcool et qui sont en situation de logement précaire incluent des programmes de consommation contrôlée d'alcool (PCCA). Les PCCA sont souvent couplés à un hébergement ou à un logement supervisé; plusieurs clients y sont référés par des refuges ou d'autres services. Ces programmes fournissent à leurs clients des doses régulières d'alcool afin de les aider à se stabiliser et à réduire les méfaits liés à l'alcool et à d'autres facteurs (Muckle et al., 2012; Stockwell et al., 2013). Des recherches d'évaluation sur les PCCA sont en cours, au Canada (voir [www.carbc.ca/ResearchProjects/MAP.aspx](http://www.carbc.ca/ResearchProjects/MAP.aspx)); elles apporteront plus d'information sur le fonctionnement des PCCA et leurs liens avec d'autres services.

### Autres considérations

Les programmes de réduction des méfaits peuvent aider d'autres manières des clients en situation de logement instable. Par exemple, McNeil et al. (2012) ont réalisé des entrevues qualitatives auprès de professionnels impliqués dans la fourniture de services de santé et de soins de fin de vie à des personnes itinérantes et en situation de logement instable, à Halifax, Ottawa, Hamilton, Toronto, Thunder Bay et Winnipeg. Ils ont examiné comment des programmes de réduction des méfaits peuvent servir de « point d'entrée » et de source de soutien et de soins de

fin de vie à des personnes itinérantes et en situation de logement instable qui consomment de l'alcool et/ou des drogues. Les participants ont identifié diverses manières par lesquelles les services de réduction des méfaits peuvent offrir d'autres formes de soutien et faciliter la référence à des services de soins de fin de vie pour les clients itinérants et en situation de logement instable (p. ex., interagir avec les clients au fil du temps, maintenir des relations avec des fournisseurs de soins palliatifs, fournir un soutien à ceux qui souhaitent « mourir à la maison »; McNeil et al., 2012).

### Autres exemples et ressources concernant les services, plans et besoins en matière de logement au Canada

Chez Soi – Informations et ressources : <http://rondpointdelitinerance.ca/solutions/logement-dabord/homechez-soi>

Calgary Homeless Foundation : <http://calgaryhomeless.com/>

Manitoba Housing and Community Development. Strong Communities: An Action Plan : [www.gov.mb.ca/housing/pubs/hcd\\_strategicframework\\_web.pdf](http://www.gov.mb.ca/housing/pubs/hcd_strategicframework_web.pdf)

Pauly B, Reist D, Schactman C, Belle-Isle L. Housing and Harm Reduction: A Policy Framework for Greater Victoria. University of Victoria, Centre for Addictions Research of BC; 2011 : [www.homelesshub.ca/resource/housing-and-harm-reduction-policy-framework-greater-victoria](http://www.homelesshub.ca/resource/housing-and-harm-reduction-policy-framework-greater-victoria)

Voir les études de cas des quatre coins du Canada dans Gaetz S, Scott F, Gulliver T. L'approche Logement d'abord au Canada : Appuyer les collectivités pour mettre fin à l'itinérance; 2013 : <http://rondpointdelitinerance.ca/sites/default/files/HFCanada-French.pdf>

---

### Sommaire des données sur la référence à des services de logement

Les données qui éclairent ce chapitre et ces recommandations sont issues principalement d'études observationnelles. Des études transversales et de cohorte prospective ont apporté de nombreuses informations sur les liens entre le logement/l'itinérance, la santé et les comportements à risque. Il existe divers types d'interventions de Logement d'abord, mais le projet canadien d'importance dont il est question ici était un essai randomisé (c.-à-d. le projet Chez Soi).

## Références

- Agence de la santé publique du Canada. I-Track : surveillance améliorée du VIH et de l'hépatite C ainsi que des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada : Rapport sur la phase 2. Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada; 2013. Consulté en juillet 2014 à : [www.catie.ca/sites/default/files/PHAC-ITrack-FR-FINAL\\_2014.pdf](http://www.catie.ca/sites/default/files/PHAC-ITrack-FR-FINAL_2014.pdf)
- Agence de la santé publique du Canada. Résumé des résultats clés de la phase 3 du système I-Track (2010 à 2012); 2014. Consulté en novembre 2014 : [www.catie.ca/fr/ressources/resume-resultats-cles-phase-3-systeme-i-track-2010-2012](http://www.catie.ca/fr/ressources/resume-resultats-cles-phase-3-systeme-i-track-2010-2012)
- Barnaby L, Penn R, Erickson P. Drugs, Homelessness and Health: Homeless Youth Speak Out About Harm Reduction – The Shout Clinic Harm Reduction Report; 2010. Consulté en juillet 2014 à : [www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2010/02/homelessyouthspeakout\\_shoutclinic2010\\_v2.pdf](http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2010/02/homelessyouthspeakout_shoutclinic2010_v2.pdf)
- Bayoumi AM, Strike C, Jairam J, Watson T, Enns E, Kolla G, Lee A, Shepherd S, Hopkins S, Millson M, Leonard L, Zaric G, Luce J, Degani N, Fischer B, Glazier R, O'Campo P, Smith C, Penn R, Brandeau M. Report of the Toronto and Ottawa Supervised Consumption Assessment Study. Toronto, Ontario: St. Michael's Hospital and the Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto; 2012. Consulté en août 2014 à : [www.catie.ca/en/ressources/report-toronto-and-ottawa-supervised-consumption-assessment-study-2012](http://www.catie.ca/en/ressources/report-toronto-and-ottawa-supervised-consumption-assessment-study-2012) (Un sommaire est disponible en français à [www.catie.ca/fr/ressources/report-toronto-and-ottawa-supervised-consumption-assessment-study-tosca-2012](http://www.catie.ca/fr/ressources/report-toronto-and-ottawa-supervised-consumption-assessment-study-tosca-2012))
- Coady MH, Latka MH, Thiede H, Golub ET, Ouellet L, Hudson SM, Kapadia F, Garfein RS. Housing status and associated differences in HIV risk behaviors among young injection drug users (IDUs). *AIDS and Behavior*, 2007;11(6):854-863.
- Cooper H, Moore L, Gruskin S, Krieger N. The impact of a police crackdown on drug injectors' ability to practice harm reduction: A qualitative study. *Social Science and Medicine*, 2005; 61(3):673-684.
- Corneil TA, Kuyper LM, Shoveller J, Hogg RS, Li K, Spittal PM, Schechter MT, Wood E. Unstable housing, associated risk behaviour, and increased risk for HIV infection among injection drug users. *Health and Place*, 2006;12(1):79-85.
- Des Jarlais DC, Braine N, Friedman P. Unstable housing as a factor for increased injection risk behavior at US syringe exchange programs. *AIDS and Behavior*, 2007;11(6 Suppl):78-84.
- Elifson KW, Sterk C, Theall KP. Safe living: The impact of unstable housing conditions on HIV risk reduction among female drug users. *AIDS and Behavior*, 2007;11(6 Suppl):45-55.
- Exner H, Gibson EK, Stone R, Lindquist J, Cowen L, Roth EA. Worry as a window into the lives of people who use injection drugs: A factor analysis approach. *Harm Reduction Journal*, 2009;6:20.
- Gaetz S, Scott F, Gulliver T. L'approche Logement d'abord au Canada : Appuyer les collectivités pour mettre fin à l'itinérance; 2013. Consulté en juillet à 2014 à : <http://rondpointdelitinerance.ca/sites/default/files/HFCanada-French.pdf>
- Gibson EK, Exner H, Stone R, Lindquist J, Cowen L, Roth EA. A mixed methods approach to delineating and understanding injection practices among clientele of a Victoria, British Columbia needle exchange program. *Drug and Alcohol Review*, 2011;30(4):360-365.
- Goering P, Veldhuizen S, Watson A, Adair C, Kopp B, Latimer E, Nelson G, MacNaughton E, Streiner D, Aubry T. Rapport final du Projet Chez Soi – Projet pancanadien; 2014. Consulté en juillet 2014 à : [www.mentalhealthcommission.ca/Francais/initiatives-and-projects/home](http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/initiatives-and-projects/home)
- Grinman MN, Chiu S, Redelmeier DA, Levinson W, Kiss A, Tolomiczenko G, Cowan L, Hwang SW. Drug problems among homeless individuals in Toronto, Canada: Prevalence, drugs of choice, and relation to health status. *BMC Public Health*, 2010 Feb;10:94.
- Kerr T, Marshall BD, Miller C, Shannon K, Zhang R, Montaner JS, Wood E. Injection drug use among street-involved youth in a Canadian setting. *BMC Public Health*, 2009 Jun;9:171.
- Kim C, Kerr T, Li K, Zhang R, Tyndall M, Montaner JSG, Wood E. Unstable housing and hepatitis C incidence among injection drug users in a Canadian setting. *BMC Public Health*, 2009;9:270.

- Kirst M, Erickson P. Substance use and mental health problems among street-involved youth: The need for a harm reduction approach. Dans Gaetz S, O'Grady B, Buccieri K, Karabanow J, Marsolais A, editors. *Youth homelessness in Canada: Implications for policy and practice*. Toronto: Canadian Homelessness Research Network Press; 2013. p. 185-198.
- Knowlton A, Arnsten J, Eldred L, Wilkinson J, Gourevitch M, Shade S, Dowling K, Purcell D, INSPIRE Team. Individual, interpersonal, and structural correlates of effective HAART use among urban active injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2006;41(4): 486-492.
- Linton SL, Celentano DD, Kirk GD, Mehta SH. The longitudinal association between homelessness, injection drug use, and injection-related risk behavior among persons with a history of injection drug use in Baltimore, MD. *Drug and Alcohol Dependence*, 2013 Oct;132(3):457-465.
- Lloyd JJ, Ricketts EP, Strathdee SA, Cornelius LJ, Bishai D, Huettner S, Havens JR, Latkin C. Social contextual factors associated with entry into opiate agonist treatment among injection drug users. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 2005;31(4):555-570.
- McNeil R, Guirguis-Younger M, Dilley LB, Aubry TD, Turnbull J, Hwang SW. Harm reduction services as a point-of-entry to and source of end-of-life care and support for homeless and marginally housed persons who use alcohol and/or illicit drugs: A qualitative analysis. *BMC Public Health*, 2012 May;12:312.
- Muckle W, Muckle J, Welch V, Tugwell P. Managed alcohol as a harm reduction intervention for alcohol addiction in populations at high risk for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012 Dec;12:CD006747.
- Palepu A, Marshall BDL, Lai C, Wood E, Kerr T. Addiction treatment and stable housing among a cohort of injection drug users. *PLoS One*, 2010 Jul;5(7):e11697.
- Palepu A, Tyndall M, Muller J, O'Shaughnessy MV, Schechter MT, Anis A. Hospital utilization and costs in a cohort of injection drug users. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2001;165(4):415-420.
- Pauly B, Reist D, Belle-Isle L, Schactman C. Housing and harm reduction: What is the role of harm reduction in addressing homelessness? *International Journal of Drug Policy*, 2013 Jul;24(4):284-290.
- Roy É, Haley N, Leclerc P, Sochanski B, Boudreau JF, Boivin JF. Mortality in a cohort of street youth in Montreal. *Journal of the American Medical Association*, 2004;292(5):569-574.
- Shannon K, Ishida T, Lai C, Tyndall M. The impact of unregulated single room occupancy hotels on the health status of illicit drug users in Vancouver. *International Journal of Drug Policy*, 2006;17(2):107-114.
- Stein MD, Friedmann P. Need for medical and psychosocial services among injection drug users: A comparative study of needle exchange and methadone maintenance. *American Journal on Addictions*, 2002;11(4):262-270.
- Stockwell T, Pauly B, Chow C, Vallance K, Perkin K. Evaluation of a managed alcohol program in Vancouver, BC: Early findings and reflections on alcohol harm reduction. *CARBC Bulletin #9*, 2013. Victoria, Colombie-Britannique : University of Victoria. Consulté en juin 2014 à : [www.carbc.ca/Portals/0/propertyagent/558/files/383/carbc%20bulletin%209.pdf](http://www.carbc.ca/Portals/0/propertyagent/558/files/383/carbc%20bulletin%209.pdf)
- Tarasuk J, Ogunnaike-Cooke S, Archibald CP, I-Track Site Principal Investigators. Descriptive findings from a national enhanced HIV surveillance system, I-Track Phase 3 (2010–2012): Sex-based analysis of injecting, sexual and testing behaviours among people who inject drugs. *Journal canadien des maladies infectieuses et de la microbiologie médicale*, 2013;24(Suppl. A):81A.
- Wolitski RJ, Kidder DP, Fenton KA. HIV, homelessness, and public health: Critical issues and a call for increased action. *AIDS and Behavior*, 2007;11(6 Suppl):167-171.

# 12 Relations avec les autorités policières



**POLITIQUES RECOMMANDÉES POUR DES PRATIQUES EXEMPLAIRES** afin de développer et de maintenir des relations de collaboration avec les autorités policières pour contribuer à assurer la disponibilité constante des services de réduction des méfaits :

- Inclure les agents de police comme un groupe de partenaires qui doit être informé et impliqué dans le développement de programmes de réduction des méfaits
- Établir et maintenir des modes de communication continue entre les programmes de réduction des méfaits et les autorités policières locales
- Fournir aux policiers une formation en milieu de travail portant sur :
  - La raison d’être et les objectifs des programmes de réduction des méfaits
  - Les approches fondées sur des données probantes concernant l’efficacité des programmes de seringues et d’aiguilles (PSA), en particulier quant à l’impact sur la sécurité de la communauté et l’ordre public
  - La prévention des blessures par piqûre d’aiguille et les notions élémentaires de la transmission du VIH, du virus de l’hépatite C (VHC) et d’autres pathogènes
  - Les préoccupations sociales et de santé des personnes qui consomment des drogues
  - Les données probantes concernant les impacts de la distribution de seringues/aiguilles et d’autres types de matériel pour l’injection (p. ex., contenants, filtres) aux personnes qui s’injectent des drogues
  - Les données probantes concernant les impacts de la distribution de matériel pour l’inhalation plus sécuritaire aux personnes qui inhalent du crack
- Développer des ententes avec les autorités policières afin que :
  - Les clients puissent entrer dans les sites fixes ou mobiles des programmes de réduction des méfaits et en sortir sans interférence policière
  - Le matériel d’injection et d’inhalation plus sécuritaires et les trousseaux de prévention des surdoses (p. ex., naloxone) distribués aux clients par les programmes ne soient pas détruits ou saisis par la police
  - Les sites fixes, mobiles et autres (p. ex., pharmacies) ne soient pas utilisés à des fins de surveillance policière
- Établir un protocole de résolution de conflit pour répondre aux préoccupations qui pourraient émerger entre les programmes de réduction des méfaits et les autorités policières. Les contacts néfastes entre clients et policiers devraient être documentés et portés à l’attention des autorités policières.

Ce chapitre vise à fournir aux programmes de réduction des méfaits une information qu’ils peuvent utiliser afin de développer des relations productives avec les autorités policières. Dans un récent document d’information publié par l’International Drug Policy Consortium (Monaghan & Bewley-Taylor, 2013), on signale que :

*Depuis environ 25 ans, un nombre croissant de corps de police, dans divers pays, ont conçu et mis en œuvre des politiques et pratiques appuyant particulièrement la réduction des méfaits et ses politiques et pratiques de plus en plus répandues afin de prévenir, stopper et renverser des épidémies de VIH ainsi que d’hépatites B et C (VHB et VHC)*

*parmi [les personnes s’injectant des drogues] et leurs partenaires sexuels. (p. 2)*

Nous résumons les données canadiennes et de certains autres pays qui ont une certaine expérience dans la recherche de solutions à divers problèmes entre des services de réduction des méfaits, en particulier des PSA, et les autorités policières. Bien que des programmes canadiens de réduction des méfaits aient parfois eu du mal à établir et à maintenir des relations avec les autorités policières, ce n’est pas toujours le cas. Il est important de garder à l’esprit que ces relations sont complexes et évolutives, et nécessitent une communication continue.

### **Données concernant des activités policières qui créent des risques pour la santé et la sécurité des personnes qui s'injectent des drogues**

Certaines activités d'application de la loi peuvent avoir des répercussions néfastes sur la santé et la sécurité des personnes qui s'injectent des drogues et elles peuvent poser des problèmes pour le fonctionnement de programmes de réduction des méfaits. Ces activités incluent les « descentes » et la surveillance accrue dans des secteurs de consommation de drogues ainsi que l'arrestation, la détention et le harcèlement de personnes s'injectant des drogues, incluant la saisie de matériel de consommation de drogues. Nous examinons ci-dessous les données concernant ces types d'activités et les effets qui s'y rattachent.

#### ***Descentes policières et surveillance accrue***

Les descentes policières (ou « opérations coup de filet ») et la surveillance accrue de secteurs de consommation de drogues peuvent provoquer l'exode des consommateurs de drogues vers d'autres lieux et intensifier la peur de se faire prendre par des policiers. Ceci peut avoir plusieurs effets pour les personnes qui s'injectent des drogues : injections dans des lieux moins sécuritaires (p. ex., ruelles, parcs), diminution des contacts avec les services sociaux et de santé (y compris les programmes de distribution de matériel de consommation de drogues, entraînant une diminution de l'accès au matériel), élimination inadéquate du matériel d'injection, et pratiques d'injection précipitées ou non sécuritaires. Ces types de comportements peuvent nuire aux efforts des programmes de réduction des méfaits visant à réduire les conséquences négatives de l'injection.

En 2003, une vaste opération policière visant à réduire la consommation de drogues illicites dans le quartier Downtown Eastside (DTES) de Vancouver a été examinée, dans l'objectif de comprendre son impact sur les comportements d'injection de drogues (Wood et al., 2004). Les auteurs ont collecté des informations concernant la consommation de drogues, les comportements à risque, l'accès aux soins de santé et la perception de l'efficacité des efforts policiers contre l'approvisionnement en drogues, auprès de 244 personnes qui s'étaient injecté des drogues au cours des trois mois précédant l'opération policière et de 142 personnes qui s'injectaient des drogues trois mois après le début de l'opération. Les personnes s'injectant des drogues ont affirmé que la présence de policiers a entraîné d'importants changements quant aux lieux où des drogues étaient consommées (c.-à-d. changement de quartiers ou de ruelles) ainsi qu'une légère augmentation de la consommation de drogues dans des lieux publics

(c.-à-d. dans les parcs, les toilettes publiques ou dans la rue). De plus, elles ont déclaré avoir moins de contacts avec les infirmières de rue. Bien que le nombre de seringues usagées retrouvées dans les rues du centre du DTES ait diminué considérablement après l'opération policière, on a observé une augmentation considérable de seringues mises aux rebuts inadéquatement à l'extérieur de cette zone centrale, de même qu'une diminution considérable de l'utilisation des contenants pour leur élimination plus sécuritaire, dans la communauté. On a également observé une diminution considérable du nombre de seringues usagées retournées au plus grand PSA de Vancouver. Une investigation ethnographique de cette même opération policière a conduit à des conclusions similaires (Small et al., 2006b). Trente personnes s'injectant des drogues et neuf intervenants ont affirmé que le marché des drogues dans le DTES est devenu moins centralisé et plus éparpillé, et qu'un plus grand nombre de personnes s'injectaient dans des lieux privés à l'intérieur ou dans des lieux moins visibles à l'extérieur. Les personnes qui s'injectaient dans des lieux extérieurs, comme des ruelles, avaient peur d'être prises sur le fait par des policiers et cette anxiété les distrayait dans la préparation de leurs injections, ou les poussait à se faire les injections plus rapidement (Small et al., 2006b). La surveillance policière accrue, dans le quartier, a dissuadé certaines personnes s'injectant des drogues de se procurer des seringues neuves et d'en transporter avec elles, de peur d'être fouillées par des policiers. Certaines personnes se sont déplacées vers des secteurs où la distribution de seringues était plus limitée. Des intervenants ont également noté qu'il était devenu plus difficile d'établir le contact, dans le cadre du travail de proximité, puisque la consommation de drogues s'est éloignée des lieux où les services étaient offerts avant l'intensification de la présence policière.

Des études réalisées dans d'autres pays ont documenté des répercussions similaires de l'intensification de l'activité policière sur les lieux de consommation de drogues et sur les pratiques d'injection. Entre août et décembre 2000, Cooper et al. (2005) ont interviewé 40 personnes s'injectant des drogues dans le Bronx, à New York, afin de déterminer comment une opération policière avait affecté leurs comportements de consommation de drogues. La surveillance policière accrue dans les lieux publics et la plus grande probabilité d'être arrêté par des policiers étaient les deux principaux facteurs nuisant à l'utilisation des méthodes d'injection plus sécuritaires. Certaines personnes qui s'injectaient dans des lieux publics ont déclaré se dépêcher à se faire leurs injections afin de ne pas être surprises par des policiers. D'autres ont déclaré préférer s'injecter dehors plutôt que de retourner chez elles en

passant par des secteurs surveillés par la police, après s'être acheté des drogues. Plusieurs répondants ont indiqué qu'ils n'avaient pas nettoyé leur peau avant l'injection, de manière à économiser du temps. Des personnes s'injectant des drogues ont également déclaré avoir caché des drogues dans leur bouche, pour être prêtes à les avaler pour éviter d'être arrêtées si des policiers les avaient approchées. Cette action compromet la salubrité des injections et expose la personne à une surdose. Puisqu'ils ne pouvaient cacher des seringues sur eux en toute sécurité, des participants en cachaient dans des lieux publics du voisinage. Cette action comporte un risque d'exposition à des infections par inadvertance, si d'autres personnes trouvent et utilisent les seringues cachées, ou si quelqu'un enlève les seringues de leur cachette et que leur détenteur initial a alors recours à la seringue d'une autre personne pour s'injecter.

Dans une étude réalisée à Philadelphie, en Pennsylvanie, on a examiné les changements dans le recours aux PSA pendant une période de neuf mois avant et après l'amorce d'une opération policière intensive de longue durée visant à décourager les activités associées aux drogues (Davis et al., 2005). Dans cette opération policière, des agents banalisés se tenaient à des intersections, souvent à proximité de sites de PSA. Bien que l'opération ait permis de réduire la prévalence de trafic de drogues aux intersections ciblées, elle a été associée de façon importante à une diminution de la fréquentation des PSA, en particulier chez les clients noirs et de sexe masculin. Davis et al. (2005) ont indiqué que les baisses de fréquentation des PSA sont susceptibles de conduire d'anciens clients de PSA à partager et réutiliser des seringues.

Aitken et al. (2002) ont étudié de façon qualitative comment une opération policière avait pu affecter la vie de personnes s'injectant des drogues ainsi que celle de trafiquants de drogues, à Melbourne, Australie. Des personnes s'injectant des drogues ont signalé que l'opération policière avait rendu plus difficile le fait de se procurer des drogues, mais l'effet sur le marché en général a été minime et de courte durée. L'opération a entraîné un déplacement des trafiquants de drogues, de la rue vers des lieux moins surveillés par la police, comme des cafés. Certaines personnes s'injectant des drogues ont déclaré s'injecter seules dans une ruelle afin de réduire le risque d'être découvertes en cas de surdose. Un participant a raconté avoir utilisé la seringue usagée d'un ami parce qu'il ne se sentait pas à l'aise de passer devant les policiers qui se tenaient en face du PSA local. Dans une autre étude australienne, Maher et Dixon (1999) ont consulté 143 personnes s'injectant de l'héroïne dans le quartier Cabratta (connu pour la consommation d'héroïne), à Sydney, afin d'observer l'impact de diverses opérations

policières intensives qui ont été effectuées pendant cette période. Pendant les opérations policières visant le milieu de la drogue, les personnes s'injectant des drogues ont déclaré être plus réticentes à conserver du matériel d'injection sur elles; certaines ont déclaré avoir ramassé des seringues jetées dans la rue, ou en avoir empruntées de leurs amis.

### ***Arrestation, détention et harcèlement, y compris la saisie de matériel***

Des pratiques policières de routine impliquant des personnes s'injectant des drogues, dans les locaux de programmes de réduction des méfaits et à l'extérieur de ces locaux, ont des effets sur l'accès aux programmes et sur les comportements à risque. Ces effets sont semblables à ceux qui découlent de l'intensification de l'activité policière. À l'aide de données d'une étude qualitative effectuée auprès de 15 PSA ontariens, Strike (2001) a rapporté que des PSA avaient été la cible d'une surveillance policière qui a découragé des clients de les fréquenter. Notamment, un véhicule de police suivait les véhicules de PSA dans la communauté, mettait en détention des clients qui sortaient des locaux de PSA, et confisquait du matériel que des clients s'étaient procuré auprès de PSA. Dans un rapport basé sur des consultations impliquant près de 50 informateurs clés, au Québec (incluant des clients de PSA, des intervenants communautaires et des représentants de la santé publique et de la police), Noël et al. (2012) ont indiqué que les clients de PSA craignent d'être interrogés, arrêtés et harcelés par des policiers à proximité des PSA. La crainte de voir leurs seringues saisies par des policiers a conduit certains clients à réduire le nombre de seringues en leur possession, à réutiliser plus souvent du matériel d'injection et à éviter de retourner leurs seringues usagées aux PSA. Dans l'étude susmentionnée de Davis et al. (2005), aux États-Unis, des clients de PSA ont signalé de nombreux cas de harcèlement policier; et au moins un client a été arrêté pour possession de seringues reçues sur le site du PSA. Dans l'étude de Maher et Dixon (1999), en Australie, certains participants ont vu leurs seringues détruites par des policiers ou ont été contraints de les détruire eux-mêmes. De plus, certains participants à cette étude ont déclaré avoir avalé l'héroïne qu'ils avaient placée dans leur bouche afin d'éviter d'être arrêtés en possession de drogues, ce qui a conduit à des surdoses presque mortelles.

Dans une étude auprès de 465 personnes s'injectant des drogues à Vancouver, 130 (28 %) participants ont déclaré avoir été placés en détention sans arrestation, par des policiers, au cours des six mois précédents (Werb et al., 2008). Dans une analyse multivariée, les facteurs associés à l'arrestation, à la fouille ou à la détention par la police incluaient : l'itinérance, l'incarcération récente, la

consommation fréquente de crack, le besoin d'assistance pour s'injecter, de même que le prêt de seringues (Werb et al., 2008). Parmi les participants qui avaient été placés en détention par la police, 34 % ont déclaré qu'on avait saisi leurs drogues et, de ce groupe, 51 % ont déclaré qu'on avait saisi également leurs seringues. De ce groupe, 47 % se sont immédiatement procuré des seringues neuves auprès d'un programme de distribution, 11 % ont acheté des seringues neuves et 6 % ont immédiatement emprunté des seringues usagées. Ti et al. (2013) ont examiné les réponses à un questionnaire, par 991 participants à la cohorte prospective At-Risk Youth Study (ARYS). Dans des analyses multivariées, les facteurs associés de manière importante au fait d'avoir été « interpellé, fouillé ou détenu par la police, sans arrestation » incluaient : le sexe masculin, l'itinérance, l'incarcération récente, la consommation quotidienne de cannabis, l'injection quotidienne d'héroïne, le partage de pipe à crack ou de seringue, l'injection de toute drogue, la consommation de drogues en public, le travail du sexe et le trafic de drogues (Ti et al., 2013). Des 991 participants, 188 (19 %) ont déclaré qu'il leur était déjà arrivé que des policiers saisissent leur matériel de consommation de drogues sans les arrêter; et 167 (17 %) ont déclaré avoir été violentés par des policiers pendant la durée de l'étude.

Dans d'autres pays que le Canada, les États-Unis et les pays industrialisés similaires, diverses activités policières ont également des effets négatifs en termes de comportements associés à la consommation de drogues, notamment des pratiques d'hygiène précipitées ou omises, des injections faites à la hâte et le partage de seringues (p. ex., en Russie, Sarang et al., 2008; au Mexique, Volkman et al., 2011). Signalons également que la peur d'être arrêté ou d'avoir des interactions négatives avec des policiers est souvent une raison pour laquelle des personnes qui consomment des drogues s'abstiennent d'appeler le 911 si une surdose se produit (Davidson et al., 2002; Pollini et al., 2006; Sherman et al., 2008; Tracy et al., 2005). Cette peur pourrait également faire entrave à l'administration de naloxone (Worthington et al., 2006). Cet obstacle à l'obtention de services de santé en cas d'urgence médicale est préoccupant, en particulier chez les personnes qui s'injectent des drogues comme l'héroïne ou d'autres opioïdes.

### **Groupes à risque plus élevé d'interférence policière**

Deux études ont démontré une association entre la race et les pratiques policières à l'égard des programmes de réduction des méfaits ainsi que de leurs clients. Beletsky et al. (2011c) ont effectué une enquête transversale auprès de gestionnaires de PSA, aux États-Unis; 111 programmes, dans 34 États et territoires, ont participé. Le cadre juridique

dans lequel évoluaient ces programmes variait. Quarante-trois pour cent (43 %) des gestionnaires ont déclaré que des clients étaient harcelés par des policiers au moins une fois par mois, 23 % au moins une fois par semaine et 11 % chaque jour (Beletsky et al., 2011). Des gestionnaires de PSA ont également mentionné fréquemment « la saisie non autorisée du matériel d'injection des clients ». Trente et un pour cent (31 %) des répondants ont affirmé que cela se produisait au moins une fois par mois, 13 % au moins une fois par semaine et 6 % chaque jour. Vingt-huit pour cent (28 %) ont déclaré que des clients étaient arrêtés alors qu'ils se rendaient au site d'un programme ou en sortaient, à une fréquence d'au moins une ou deux fois par année; et 12 % ont déclaré recevoir une ou deux fois par année la visite de policiers sans les avoir invités. L'analyse a révélé, par ailleurs, que le fait de servir principalement des personnes qui ne sont pas de race blanche (mais plutôt des Afro-américains ou des personnes d'origine hispanique) était associé de façon indépendante avec les déclarations, par des gestionnaires, de cas de saisie non autorisée de matériel et d'arrestation de clients qui se dirigeaient vers un PSA ou qui quittaient le site.

Une étude de cartographie sociale a permis de constater que des travailleuses du sexe de la rue, à Vancouver, évitaient les services de santé et de distribution de seringues en raison de la récente violence et de la présence de policiers ainsi que de harcèlement de leur part (Shannon et al., 2008). Dans ce groupe, les plus susceptibles d'éviter de recourir à ces services étaient les femmes plus jeunes, les femmes autochtones, les femmes s'injectant des drogues et celles qui inhalaient du crack quotidiennement (Shannon et al., 2008).

### **Données concernant des activités policières qui créent des risques pour la santé et la sécurité des personnes qui inhalent du crack**

En comparaison avec les impacts des pratiques policières sur les personnes qui s'injectent des drogues et sur les programmes qui s'adressent à elles, les impacts sur les personnes qui inhalent du crack ont été moins étudiés. Certains articles ont toutefois documenté des expériences de contacts avec des policiers, parmi ce groupe. À l'aide des données de deux études de cohortes prospectives réalisées dans la région métropolitaine de Vancouver, Ti et al. (2012) ont constaté que, des 914 personnes inhalant du crack et ayant complété le suivi dans le cadre de l'étude, 33 % avaient rencontré des difficultés à se procurer des pipes à crack. Dans une étude multivariée, le fait de remarquer une présence policière sur les lieux de l'achat ou de la consommation de drogues, parmi d'autres caractéristiques comme l'exercice

du travail du sexe et le partage de pipe à crack, a été associé de façon indépendante à la difficulté d'accès à des pipes à crack (Ti et al., 2012). Dans leur étude de la distribution de trousse pour l'inhalation plus sécuritaire de crack à Victoria (C.-B.), Ivsins et al. (2011) ont observé qu'après la fermeture du seul PSA à site fixe de la ville, la police « a procédé à l'application de la loi de façon plus agressive et au détriment des consommateurs de drogues de la rue » (p. 294). Des entrevues ont été réalisées avec 31 personnes inhalant du crack et certaines d'entre elles ont déclaré que l'interférence policière était l'un des principaux obstacles à la distribution de trousse pour l'inhalation plus sécuritaire de crack. Près de la moitié des participants ont affirmé que des policiers avaient déjà saisi ou détruit leurs pipes. Certains participants ont par ailleurs déclaré être réticents à porter des pipes sur eux parce que les conditions de leur remise en liberté ou de leur ordonnance de probation interdisaient qu'ils soient en possession de matériel pour la consommation de drogues. Des incidents où la police a saisi et/ou détruit des pipes obtenues auprès de programmes d'inhalation plus sécuritaire de crack ont également été signalés à Vancouver (Johnson et al., 2008), à Toronto (Hopkins et al., 2012) et à Ottawa (Leonard, 2010; Leonard et al., 2006).

En Ontario, on a observé que l'opposition à la distribution de matériel pour l'inhalation plus sécuritaire de crack a été beaucoup plus marquée à Ottawa qu'à Toronto (O'Byrne & Holmes, 2008); il a d'ailleurs été signalé que le service de police de la ville d'Ottawa n'appuyait pas la distribution de trousse pour l'inhalation plus sécuritaire de crack (Garmaise, 2005, 2007). Dans le rapport final de l'évaluation du Programme d'inhalation plus sécuritaire (PIPS), à Ottawa, qui distribue du matériel à cette fin, il a été signalé qu'il y avait eu de la surveillance policière auprès des organismes partenaires du PIPS, autour de la camionnette de distribution de matériel ainsi que dans la communauté, et que cette surveillance et les craintes à l'égard de la police avaient dissuadé certaines personnes de recourir aux services (Leonard, 2010). La même évaluation a également observé une augmentation considérable du nombre de participants inhalant du crack qui ont déclaré jeter leurs tiges de verre dans des lieux publics (p. ex., dans la rue ou dans des parcs) parce qu'ils craignaient que la police les surprenne avec ces objets sur eux. Quarante-trois pour cent (43 %) des participants ont signalé ce problème deux mois après le début du programme, puis 69 % 11 mois après le début du programme.

Le Réseau juridique canadien VIH/sida (2008) a affirmé : « La police n'a pas le pouvoir légal de détruire arbitrairement les possessions personnelles d'un individu. Un agent de police qui écraserait du pied une pipe à crack porterait atteinte à

ce principe » (p. 6). Le Réseau juridique (2008) a également signalé que les policiers peuvent être en droit d'arrêter un individu qu'ils aperçoivent en possession d'une pipe à crack dans des circonstances pertinentes à la consommation de drogues, au motif de soupçons raisonnables de possession de cocaïne; et qu'ils sont en droit de saisir la pipe à crack d'un individu dont ils procèdent à l'arrestation. Des personnes qui inhalent du crack en public ont affirmé qu'elles seraient disposées à fréquenter des établissements d'inhalation supervisée; cette disposition était associée au fait d'avoir eu des contacts avec la police (DeBeck et al., 2011; Shannon et al., 2006). Dans l'étude d'évaluation de la consommation supervisée de drogues à Toronto et Ottawa (l'étude TOSCA), certaines des raisons les plus fréquemment citées par les personnes inhalant du crack pour expliquer pourquoi elles seraient disposées à fréquenter un établissement d'inhalation supervisée, incluaient d'être à l'abri de la police et à l'abri du crime (Bayoumi et al., 2012). Au moment où nous rédigeons le présent document, il n'existait au Canada aucun établissement autorisé pour l'inhalation supervisée.

### Données concernant les relations coopératives

Bien que la littérature au Canada et dans d'autres pays mette en relief d'importants défis caractérisant les relations entre les autorités policières et les programmes de réduction des méfaits ainsi que leurs clients, il est important de reconnaître que ces relations ne sont pas toutes négatives, et que des relations peuvent évoluer et s'améliorer avec le temps. Une présence policière accrue, par exemple, n'entraîne pas nécessairement d'augmentation des préjudices. Small et al. (2012), à l'aide de données observationnelles, d'entrevues et de statistiques sur l'utilisation d'un service d'injection supervisée (SIS), ont signalé qu'en dépit d'une plus forte présence policière dans le quartier DTES de Vancouver lors des Jeux olympiques de 2012, les personnes s'injectant des drogues ont continué de recourir aux services de santé pendant cette période. Contrairement à ce qui avait été observé lors de l'opération policière de 2003, les marchés des drogues ne se sont pas déplacés considérablement et on n'a documenté aucun cas de saisie de seringue ou de dissuasion de fréquenter les programmes de réduction des méfaits. Small et al. (2012) ont noté que la police locale a développé une politique départementale concernant les drogues. Cette politique cadre la consommation de drogues dans une perspective de santé, encourage des pratiques permettant aux personnes d'avoir accès aux programmes de réduction des méfaits, et met l'accent sur « une application discrétionnaire de la loi » (p. 132), en ce qui a trait à la possession et à la consommation de drogues dans le DTES.

D'autres exemples offrent des leçons utiles pour repérer et encourager des relations coopératives. Au Québec, des consultations ont révélé que certains PSA et services de police (en milieu urbain ainsi qu'en région non urbaine) ont développé des partenariats productifs dans le cadre desquels ils sont en contact périodique afin de coordonner les pratiques et de les améliorer (Noël et al., 2012). Les exemples de collaboration à l'échelon communautaire incluent que des policiers aient dans leurs véhicules des contenants pour l'élimination sécuritaire de matériel d'injection afin d'aider à récupérer et à retourner le matériel usagé; que la police réfère des personnes s'injectant des drogues vers des services de PSA; que des organismes communautaires éduquent les policiers à propos de leur rôle dans la prévention du VIH; et que des comités et groupes de travail soient formés pour des collaborations entre la police, la communauté et les parties prenantes des PSA (Noël et al., 2012). Small et al. (2006a) ont affirmé qu'un « changement de culture » s'était produit, en termes de soutien du public et des agences gouvernementales, qui a permis la création du SIS de Vancouver – y compris l'expression d'appui par certains policiers en dépit de la forte réticence de la police en général. À partir de l'analyse de données collectées auprès de 1 090 personnes ayant fréquenté ce SIS, DeBeck et al. (2008) ont constaté que 182 (près de 17 %) des participants avaient été référés vers le SIS par des policiers. Dans une analyse multivariée, les facteurs associés de façon indépendante à une référence au SIS par la police étaient le travail du sexe, l'injection fréquente de cocaïne et l'élimination non sécuritaire de seringues. DeBeck et al. (2008) ont avancé que le SIS constitue pour la police un outil de promotion des objectifs d'ordre public et de sécurité. Il est à noter que ces exemples sont de Vancouver, une ville unique au Canada en raison d'un marché concentré de drogues dans le DTEs, et en raison également de la réponse des pouvoirs municipaux qui ont abordé la situation comme une crise de santé publique (voir MacPherson et al., 2006).

### Développer des protocoles et formations

Il y a peu de littérature concernant les moyens d'éviter que les autorités policières n'aient d'impact négatif sur les objectifs des services de réduction des méfaits, mais on y trouve des suggestions de stratégies possibles pour développer des relations positives entre les programmes et la police. Un protocole de résolution de conflit (incluant par exemple un système pour consigner et communiquer les incidents) permettra de rehausser de façon générale la reddition de comptes et l'intégrité entre les programmes de réduction des méfaits et les autorités policières.

La collaboration entre les programmes de réduction des méfaits et la police peut améliorer la compréhension des policiers à l'égard de la nécessité des services de réduction des méfaits et leurs bienfaits pour la santé publique. Une collaboration signifie que les autorités policières et les programmes de réduction des méfaits travaillent ensemble à développer des stratégies pour réduire les effets sociaux et de santé néfastes pouvant être associés à la consommation de drogues, tout en permettant aux policiers d'appliquer la loi. Les efforts pour développer et maintenir des relations de travail peuvent inclure une formation pour les policiers et d'autres mesures visant à réduire la « désinformation et la peur » qui caractérisent souvent les perceptions des autorités policières à l'égard des personnes qui s'injectent des drogues (Beletsky et al., 2005).

Dans leur rapport sur les interventions policières entourant le recours à des PSA au Québec, Noël et al. (2012) ont recommandé les mesures suivantes pour développer des relations fructueuses et collaboratives :

- Former des groupes de travail et organiser des rencontres régulières de partage d'information pour faciliter la communication
- Utiliser des approches intégrées, coordonnées, diversifiées et novatrices afin que les différents acteurs travaillent ensemble, en réseau, plutôt qu'isolément
- Déterminer la marche à suivre appropriée lorsque les autorités policières doivent intervenir dans un PSA ou à proximité, et élaborer une approche de résolution de problèmes
- Impliquer tous les acteurs concernés, y compris les utilisateurs de PSA
- Renforcer le rôle des policiers sociocommunautaires puisqu'ils favorisent les liens entre la police et le milieu communautaire
- Obtenir un appui à des niveaux supérieurs par les associations de policiers concernant les problèmes des PSA
- Inviter les autorités de la santé publique à assumer un rôle de leadership

Des rétroactions d'employés de PSA indiquent qu'il est utile d'encourager le médecin-hygiéniste et/ou le directeur général d'un organisme communautaire à s'entretenir directement avec le chef de police au sujet du programme de réduction des méfaits, de ses objectifs et des interactions possibles (ou non) entre le programme et les autorités policières (Strike, 2001). Dans la même étude qualitative, Strike (2001) a signalé que les autorités policières et les PSA

se font parfois interférence dans leur travail respectif. Au moment de l'étude (à la fin des années 1990), la plupart des PSA de l'Ontario déclaraient une bonne relation avec les autorités policières locales, mais certains faisaient état d'un harcèlement continu de leurs employés et clients. Les PSA ayant déclaré avoir de bonnes relations ont également affirmé qu'un policier prenait part au conseil consultatif et/ou que le médecin-hygiéniste et/ou le directeur général d'un organisme communautaire avaient établi un ensemble de procédures et de politiques concernant la relation entre le PSA et les autorités policières. Des participants ont noté que les changements de personnel au sein du PSA et/ou du service de police nécessitaient de revoir régulièrement les relations entre les deux.

Une relation entre les programmes de réduction des méfaits et les autorités policières devrait être établie le plus tôt possible, y compris lors des phases de planification et de développement du programme. Somlai et al. (1999) ont signalé que l'inclusion des autorités policières dans la planification du PSA de Milwaukee, appelé Lifepoint, avait réduit considérablement l'opposition des agents de police. Les autorités policières ont obtenu de l'information de services de police d'autres localités pour développer des lignes directrices et des politiques de collaboration avec le PSA. Les autorités policières locales ont adopté une position neutre à l'égard du PSA et ont convenu de ne pas enquêter activement sur le programme ou ses clients.

Des études examinant des programmes de formation à l'intention des policiers, au sujet des programmes de réduction des méfaits et des notions élémentaires de la transmission des maladies, ont donné des résultats mitigés. Beletsky et al. (2011a) ont examiné une intervention de formation impliquant un exposé de 30 minutes à l'intention de policiers du Rhode Island. Le contenu incluait une description des programmes de santé publique et des PSA ainsi que de leur fondement; des données démontrant que les PSA et l'accès à des seringues en pharmacie aidaient à réduire la transmission des infections hématogènes; des données démontrant que les PSA pouvaient aider à réduire les blessures accidentelles par piqûre d'aiguille en contexte professionnel; des notions élémentaires concernant les modes de transmission du VIH, du VHC et d'autres infections hématogènes, et des stratégies de prévention; des protocoles pour signaler et prendre en charge les blessures par aiguille; les lois et procédures concernant les activités d'application de la loi sur les drogues; des normes pour déterminer quand considérer la possession de seringues comme un motif possible de fouille ou une preuve d'activité illicite; et la communication de la légalité de la possession de seringues, lors de fouilles, aux personnes

qui s'injectent des drogues (Beletsky et al., 2011a). Quarante-deux policiers ont participé à l'évaluation initiale et 78 ont participé à l'évaluation post-formation. Avant la formation, 51 % des répondants étaient d'avis que l'accès à des seringues encourageait la consommation de drogues; 58 % ont affirmé qu'il augmentait les risques de blessure par aiguille pour les policiers, et 38 % qu'il ne réduisait pas les maladies. Seulement 7 % des répondants comprenaient correctement la loi de l'État sur la possession de seringues. Une vaste majorité de l'échantillon (92 %) identifiait la transmission du VHC comme étant le risque le plus probable des blessures par aiguille; seule une minorité (13 %) savait que le risque de contracter le VIH par une telle blessure est relativement faible. Beletsky et al. (2011a) ont constaté que les connaissances et les croyances ne s'étaient que légèrement améliorées, après la formation, ce qui indique « des croyances culturelles et professionnelles enracinées » (p. 2014).

Des programmes de formation similaires ont été mis en œuvre à Philadelphie, Pennsylvanie, et à Wilmington, Delaware (Davis & Beletsky, 2009). Des séances de formation ont été préparées pour chaque ville; bien qu'elles duraient moins de 30 minutes, elles mettaient l'accent sur la sécurité au travail et incluaient la participation de représentants de PSA locaux qui répondaient aux questions et décrivaient les avantages d'une collaboration entre les autorités policières et les programmes. Davis et Beletsky (2009) ont noté qu'aucun des services de police qu'ils ont approchés n'a refusé de participer; une formation pilote a été fournie à environ 600 policiers, dans trois villes. En général, les policiers étaient relativement réceptifs à l'information fournie au sujet des PSA; les auteurs ont conclu que le fait de jumeler cette information à des stratégies pour améliorer la sécurité en milieu de travail peut accroître la réceptivité. Les policiers sont particulièrement préoccupés par les blessures par aiguille en contexte professionnel (Beletsky et al., 2005; Davis & Beletsky, 2009; Noël et al., 2012). Dans une étude de cas portant sur l'expérience de Wilmington, Silverman et al. (2012) ont indiqué avoir rencontré le chef de police pour discuter des procédures standards concernant la manipulation et l'élimination des seringues et pour conclure une entente de participation des policiers à la formation. Des employés du PSA ont donné une formation axée sur les objectifs de santé publique du programme et sur les procédures de sécurité au travail, relativement aux blessures par aiguilles. Après la formation, le directeur du PSA a également obtenu de la direction du service de police l'autorisation de former des employés pour présenter la formation.

Dans un sondage auprès de directeurs de PSA, 107 programmes (57 % des PSA étatsuniens de l'époque) ont répondu à des questions sur la formation policière. Parmi ceux-ci, 21 (20 %) ont déclaré y participer et 15 (14 %) ont déclaré offrir la formation (Beletsky et al., 2011b). À l'issue d'une analyse multivariée, la participation à la formation policière était associée de manière significative au fait d'avoir une exception de l'État permettant aux clients de PSA de posséder des seringues sans ordonnance, à des arrestations plus fréquentes de clients à l'entrée ou à la sortie d'un PSA, et à l'existence d'un système pour consigner les événements indésirables. Beletsky et al. (2011b) ont noté que les programmes ayant vécu des événements indésirables pourraient être plus motivés à discuter des problèmes dans le cadre d'une formation policière.

Silverman et al. (2012) ont signalé certaines contraintes concernant les ateliers de formation, notamment le temps limité dont les policiers disposent pour y participer et les occasions peu fréquentes d'impliquer l'ensemble d'un service de police. Un autre problème potentiel est que les policiers pourraient ne pas retenir toute l'information reçue lors d'une formation. En réponse à cette problématique, Silverman et al. (2012) ont développé des cartes de format portefeuille à distribuer aux policiers lors des formations et contenant des informations sur la prévention des blessures par aiguille, la loi autorisant les PSA et un numéro de téléphone où les policiers peuvent appeler s'ils ont des questions ou pour obtenir des références à des PSA.

Des évaluations plus formelles d'initiatives de formation des policiers devraient être publiées. À la lumière de la littérature existante, il est difficile de formuler des recommandations précises quant à la façon dont les programmes devraient élaborer leurs cours ou ateliers de formation policière; une approche de programmes uniformes pour l'ensemble des juridictions canadiennes pourrait ne pas répondre aux besoins de tous les programmes et services de police.

Outre la formation policière, il est important d'éduquer les clients des programmes de réduction des méfaits quant à leurs droits élémentaires et aux façons d'interagir avec les autorités policières, afin d'améliorer les relations. Pour réduire le harcèlement et la saisie du matériel de réduction des méfaits, certains PSA distribuent des cartes identifiant leurs titulaires comme étant des clients du programme (Millson & Strike, 2003). Certains PSA ont négocié avec les autorités policières une politique visant à ce que les policiers ne saisissent pas les seringues et le matériel des titulaires de cartes (Loue et al., 1995). Toutefois, des employés de PSA se sont dits préoccupés par la possibilité que des clients qui seraient arrêtés par la police dans une situation non liée à la

consommation de drogues illicites et qui seraient titulaires d'une carte d'identité d'un PSA fassent l'objet d'enquêtes et/ou de fouilles plus exhaustives que ne le justifie la situation pour laquelle ils sont détenus (Strike, 2001).

Silverman et al. (2012) ont recommandé que les clients sachent ce qu'ils devraient dire, comment agir et à qui poser leurs questions, afin de réduire les interactions potentiellement négatives avec la police. Ces auteurs ont créé des cartes de format portefeuille, pour les clients, employés des PSA et avocats, présentant des informations au sujet de la loi ainsi qu'un numéro de téléphone pour signaler un incident avec la police ou pour qu'un policier puisse vérifier l'adhésion du client à un PSA. En outre, Silverman et al. (2012) ont fait état d'ateliers « Connaitre ses droits » pour les personnes qui s'injectent des drogues. Dans ces séances d'une heure, on présentait de l'information sur les lois générales de la rue, les interactions avec la police et les avantages juridiques de l'adhésion à un PSA. Les programmes pourraient également envisager d'établir un système de surveillance des incidents, qui pourrait inclure un questionnaire détaillé, le maintien de bases de données et une ligne d'assistance téléphonique. Cet outil pourrait servir à documenter systématiquement les expériences de clients avec la police, à développer des systèmes d'avertissement et à produire des données pour éclairer les décisions des autorités policières (Silverman et al., 2012).

Sutton et James (1996) ont examiné le travail de divers services de police australiens; interviewé des membres du personnel occupant des postes de haut niveau en matière de politiques, de gestion et d'opérations; évalué des données pertinentes de la justice pénale; et élaboré des méthodes pour aider à rendre plus rationnelle et imputable l'application de la loi sur les drogues en Australie. À la lumière de leurs constats, il a été recommandé que les énoncés de politiques précisent comment les politiques et pratiques d'application de la loi répondent aux normes et principes de la réduction des méfaits; et qu'ils identifient des résultats comme la réduction attendue de l'approvisionnement en drogues illicites ainsi que des stratégies pour résoudre les conflits possibles entre l'objectif de réduire l'approvisionnement et celui de réduire les méfaits. Afin de poursuivre ces objectifs et de renforcer la capacité des agences d'application des lois sur les drogues, il a été recommandé que celles-ci participent à des collaborations multisectorielles pour développer une approche intégrée à la réduction de l'approvisionnement et à la réduction des méfaits, une compréhension commune de la réduction des méfaits et une stratégie intégrée de formation à l'intention des autorités policières et d'autres acteurs.

## Perceptions des autorités policières à l'égard de la réduction des méfaits

Plusieurs études ont examiné les perceptions des policiers concernant les programmes de réduction des méfaits. Beletsky et al. (2005) ont interviewé 14 policiers du Rhode Island et constaté que les participants :

- n'étaient généralement pas informés qu'il était légal d'acheter et de posséder des seringues, ou étaient mal informés sur le sujet. Toutefois, la connaissance des lois n'avait pas tendance à influencer leurs comportements en situation d'intervention (p. ex., les policiers traitaient les seringues comme des articles de contrebande, même si leur possession est légale);
- étaient inquiets quant à la possibilité de blessure accidentelle par piqûre d'aiguille et n'avaient pas de formation concernant ce risque professionnel; et
- étaient frustrés de l'échec du système de justice criminelle à décourager et à modifier les comportements et les obstacles structurels contribuant à la consommation de drogues et à la criminalité.

Dans une étude qualitative des perceptions des autorités policières à l'égard des centres de consommation supervisée (y compris les SIS), Watson et al. (2012) ont indiqué que les policiers croient que les programmes de réduction des méfaits favorisent la consommation de drogues et la dépendance. Des entrevues et des groupes de discussion ont été réalisés auprès de 18 policiers et dirigeants de services de police à Ottawa et Toronto. Certains participants reconnaissent les bienfaits de programmes de réduction des méfaits comme les PSA, l'entretien à la méthadone et le travail de proximité. Les auteurs ont noté que ces programmes n'avaient pas toujours été appuyés par la police, ce qui démontre que les attitudes peuvent évoluer au fil du temps.

Des perceptions négatives à l'égard de la réduction des méfaits peuvent constituer un obstacle considérable au fonctionnement du programme, à la fois dans la rue et à des échelons structurels supérieurs. D'après Tempalski et al. (2007), la résistance des autorités policières et de la communauté locale, de même que des forces politiques plus générales, font échec à la mise en œuvre de politiques et programmes de réduction des méfaits à plus grande échelle. Toutefois, les autorités policières peuvent développer une opinion favorable à la réduction des méfaits, même dans un contexte où l'on n'offre pas d'accès légal à des seringues. Dans une étude de Davis et al. (2014), 350 agents de police de la Caroline du Nord ont été interrogés sur les blessures par piqûre d'aiguille, leurs perceptions du risque de maladie hématogène et leurs attitudes à l'égard de la

décriminalisation des seringues (puisque les lois de l'État criminalisent la possession et la distribution de seringues pour la consommation de drogues – voir également la section sur la « Variation des cadres juridiques », ci-dessous). Quarante-deux pour cent des répondants ont affirmé que la possibilité de contracter le VIH est une « grande préoccupation » pour eux. Approximativement 63 % d'entre eux convenaient que la décriminalisation des seringues serait bénéfique à la communauté, alors que 60 % considéraient qu'elle serait « bonne pour les autorités policières ». Une minorité (3,8 %) des participants ont déclaré s'être déjà blessés accidentellement avec une aiguille en contexte professionnel. Davis et al. (2014) ont signalé la nécessité de données supplémentaires concernant ces blessures chez les policiers.

## La criminalité et les programmes de réduction des méfaits

Quelques études ont évalué l'impact des PSA et d'autres programmes de réduction des méfaits sur la criminalité dans les quartiers avoisinants. Elles portent surtout sur les délits liés aux drogues, et moins sur la violence et les crimes contre la propriété. Marx et al. (2000) ont examiné les tendances dans les arrestations à Baltimore, Maryland, six mois avant et après l'ouverture de deux sites de PSA, en 1994. En dépit d'une augmentation des arrestations pour possession de drogues dans les environs peu après l'ouverture des PSA, les résultats ont révélé que les arrestations liées aux drogues n'avaient pas augmenté de façon plus marquée dans le voisinage des PSA que dans d'autres secteurs de la ville, après l'introduction du programme. Le nombre accru d'arrestations pour possession de drogues était probablement associé à des descentes policières survenues peu après le début du programme. En ce qui concerne les autres types de programmes de réduction des méfaits, la recherche sur la criminalité à proximité des centres de consommation supervisée et des SIS fait état de résultats mitigés. Des données de Sydney, Australie, et de Vancouver ont indiqué que les SIS ne sont pas associés à une hausse des cambriolages, des vols, des agressions ou des effractions de véhicules (Freeman et al., 2005; Wood et al., 2006). Toutefois, une étude de 15 centres européens de consommation supervisée a révélé que six d'entre eux avaient signalé une augmentation du trafic de drogues dans le voisinage et que trois avaient déclaré des incidents violents et une hausse des délits mineurs à proximité (Kimber et al., 2005). Des études canadiennes et internationales n'ont pas décelé d'augmentation des problèmes d'ordre public ou de sécurité près des cliniques offrant le traitement à l'héroïne (Lasnier et al., 2010; Ribeaud, 2004). Une étude réalisée à Baltimore a évalué la criminalité à proximité de

13 centres de traitement d'entretien à la méthadone et, à des fins de comparaison, près de 13 dépanneurs, 13 points résidentiels et 10 hôpitaux (Boyd et al., 2012). À l'aide d'une base de données du service de police de Baltimore, Boyd et al. (2012) n'ont observé aucune variation significative du nombre de crimes en s'éloignant des centres de traitement d'entretien à la méthadone, ce qui porte à croire que ceux-ci ne sont pas géographiquement associés à la criminalité. Par ailleurs, des recherches supplémentaires sont requises au sujet de l'impact des programmes de réduction des méfaits sur l'ordre public, puisque les partenaires communautaires et les autorités policières sont particulièrement préoccupés par ces enjeux (Bayoumi et al., 2012; Watson et al., 2012).

### Variation des cadres juridiques

Au Canada, la distribution et la possession de seringues neuves ou inutilisées sont légales; ailleurs dans le monde, la situation juridique de l'accès à des seringues varie considérablement. Aux États-Unis, Beletsky et al. (2008) ont noté qu'un nombre croissant d'États avaient adopté des lois autorisant les PSA, la vente de seringues en pharmacie, ou les deux. Un certain nombre de conseils de villes et de comtés ont autorisé les PSA. Beletsky et al. (2008) ont indiqué que l'autorisation des PSA au palier des États était « optimale », car elle légitimise les opérations d'un programme aux yeux d'autres agences comme les services de police locaux.

Martinez et al. (2007) ont examiné des données autodéclarées d'individus fréquentant des PSA dans 16 comtés de la Californie. À cette époque, 11 de ces comtés avaient légalisé les PSA mais cinq ne l'avaient pas fait (par une loi les autorisant afin d'éviter les poursuites contre des employés). Dans ces comtés, la possession d'« accessoires facilitant la consommation de drogues », incluant des seringues, demeurait illégale pour les personnes s'injectant des drogues. Martinez et al. (2007) ont constaté que, comparativement aux clients de PSA illégaux, les clients de PSA légaux avaient de plus fortes chances d'être arrêtés ou accusés pour possession de matériel de consommation de drogues, sur une période de six mois. Les auteurs ont indiqué que les activités policières étaient possiblement plus concentrées autour des PSA légaux parce que ces programmes sont probablement devenus plus visibles après leur décriminalisation; or la visibilité accrue du programme augmentait probablement la visibilité des clients. D'autres données concernant l'accès aux PSA et les taux d'arrestations sont issues d'une analyse géospatiale des districts de santé de la Ville de New York (Cooper et al., 2012). Les districts ayant un accès accru à des PSA présentaient des taux accrus d'arrestations liées aux drogues, ce qui pourrait avoir nui à l'effet protecteur des services de PSA. Cooper et al. (2012)

ont par ailleurs signalé des taux réduits d'injection au moyen de seringues non stériles dans les endroits où les taux d'arrestations liées aux drogues étaient plus faibles.

Les écarts entre les lois écrites ou les politiques officielles et les pratiques réelles d'application de la loi ont été discutés dans d'autres contextes internationaux, notamment au Mexique (Miller et al., 2008) et au Vietnam (Jardine et al., 2012). En particulier, la Russie offre des exemples de pratiques d'application de la loi qui incluent des violations de droits comme l'extorsion, la brutalité et la fabrication de preuves (Sarang et al., 2010). Toutefois, dans des pays généralement reconnus pour leurs réponses sévères d'application de la loi sur les drogues, notamment certains pays de l'Asie du Sud-Est, des progrès ont été observés vers des politiques de réduction des méfaits (p. ex., Sharma & Chatterjee, 2012; Thomson et al., 2012).

### Évaluation des pratiques d'application de la loi sur l'offre et l'usage de drogues

Des chercheurs et des commentateurs ont traité du peu de succès des pratiques d'application de la loi à réduire l'offre de drogues et la consommation de celles-ci (Strang et al., 2012). Dans un commentaire sur une pénurie d'héroïne en Australie, Wodak (2008) a conclu que l'application de la loi pourrait avoir joué un rôle modeste dans la réduction de l'offre de drogues, comparativement à d'autres facteurs comme une baisse de sa production. Wodak (2008) a également fourni des exemples d'utilisation de données peu fiables pour appuyer des mesures d'application de la loi sur les drogues. L'auteur a recommandé qu'à l'instar des interventions en santé, les pratiques d'application de la loi soient astreintes à des normes élevées de preuves empiriques.

Une étude de Friedman et al. (2006) aux États-Unis a examiné l'impact d'arrestations pour possession de cocaïne ou d'héroïne, le nombre de policiers par habitant et les dépenses correctionnelles par habitant, sur la prévalence de l'injection de drogues et du VIH au niveau populationnel. Les résultats n'ont pas démontré de lien entre les trois facteurs et la prévalence de l'injection de drogues, mais ont révélé une association entre ceux-ci et la prévalence du VIH. Friedman et al. (2011) ont examiné l'hypothèse selon laquelle des taux accrus d'arrestations liées aux drogues prédisaient des taux réduits d'injection de drogues. Les auteurs ont collecté des données d'arrestations liées aux drogues (c.-à-d., cocaïne et opiacés) tirées du Programme uniforme de déclaration des crimes du FBI, puis ils ont estimé le nombre de personnes s'injectant des drogues dans les plus grandes régions métropolitaines des États-Unis entre 1992

et 2002. Des analyses statistiques ont révélé que les taux d'arrestation ne prédisaient pas les changements des taux d'injection de drogues dans la population. Ces observations contredisent les affirmations voulant que les arrestations liées aux drogues découragent l'injection de drogues. Friedman et al. (2011) ont toutefois signalé qu'ils n'avaient examiné qu'un petit nombre de variables; de plus, ils ne savent pas clairement combien de personnes arrêtées pour des drogues dures s'injectaient également des drogues.

Une littérature canadienne et internationale abondante a remis en question l'utilité des pratiques d'application de la loi sur les drogues, en signalant qu'elles avaient conduit à d'importantes augmentations de l'incarcération, de la violence dans le marché des drogues illicites, des méfaits pour la santé des individus et pour la santé publique, de même qu'à une marginalisation des personnes qui consomment des drogues (p. ex., Carter & MacPherson, 2013; Kerr et al., 2005; Room & Reuter, 2012; Werb et al., 2011). Cette littérature dépasse toutefois la portée du présent document.

### Lectures supplémentaires et matériel de formation

Gouvernement du Québec (2014). Vers une meilleure cohérence des interventions en matière de santé et de sécurité publiques auprès des personnes utilisatrices de drogues par injection. Guide de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang à l'intention des services policiers, des groupes communautaires et des établissements de santé et de services sociaux; 2014. Ministère de la Santé et des Services sociaux et ministère de la Sécurité publique. Consulté en février 2015 à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-313-03W.pdf>

Harm Reduction International, site Internet, pour une collection de documents sur les pratiques policières et la réduction des méfaits : <http://www.ihra.net/sub-catagories-policing-and-harm-reduction-illicit-drugs>

HIV/AIDS Asia Regional Program (HAARP). Law Enforcement and Harm Reduction Manual; 2009. <http://www.haarp-online.org/Publications/Resources.aspx>

Law Enforcement and HIV Network (LEARN), site Internet, pour une variété de ressources, notamment du matériel de formation : <http://www.leahn.org/resources/>

The Foundation for AIDS Research (amFAR). Public Safety, Law Enforcement, and Syringe Exchange (feuillet d'information); 2011. [http://www.amfar.org/uploadedFiles/In\\_the\\_Community/Publications/factsheetJan2010.pdf](http://www.amfar.org/uploadedFiles/In_the_Community/Publications/factsheetJan2010.pdf)

Vancouver Police Department. Guidelines for Police Attending Illicit Drug Overdoses: <http://vancouver.ca/police/policeboard/documents/0648DrugOverdosePolicy2006Jun14.pdf>

### Vidéos en ligne

California Department of Public Health, Office of AIDS. The Risks of the Job: Preventing Needle Stick Injuries to Law Enforcement. <http://vimeo.com/6599539>

Prevention Point Philadelphia. Sterile Syringe Access: Protecting Law Enforcement and the Community. <http://www.preventionpointphilly.org/policy/video.php>

---

## Sommaire des données sur les relations avec les autorités policières

La plupart des données qui éclairent ce chapitre et ses recommandations sont issues d'études qualitatives et observationnelles. Des études réalisées à partir d'entrevues qualitatives dont les échantillons incluaient souvent des personnes qui s'injectent des drogues ont permis de documenter une grande partie des connaissances sur les interactions entre clients et policiers à proximité et dans les programmes de réduction des méfaits, et les impacts des activités policières régulières et intensifiées, y compris les comportements à risque accru chez les clients. De nombreuses études qualitatives ont brossé un portrait des perceptions de la police à l'égard des programmes de réduction des méfaits, et certaines études incluaient un volet observationnel. Des études transversales et quelques études de cohorte prospectives ont également contribué à notre compréhension des interactions entre la police et les personnes qui consomment des drogues, y compris les impacts sur les comportements à risque. De plus, ces méthodologies ont été utilisées pour étudier les interactions entre les programmes et les services de police et la formation policière, dans le cadre d'examens de PSA. Nous avons cité des études évaluatives, principalement des rapports de la littérature grise sur des programmes pour l'inhalation plus sécuritaire de crack. Ces rapports contiennent des éléments qualitatifs qui ont apporté un éclairage plus spécifique sur les interactions entre la police et les personnes qui inhalent du crack. Compte tenu de la nature des relations avec les autorités policières, l'étude empirique de ces enjeux ne se prête pas à des méthodes expérimentales.

Certaines études ont utilisé des données policières, en particulier des données sur les arrestations, pour examiner les tendances de l'application de la loi sur les drogues. De nombreuses études de cas ont apporté d'importants détails sur les activités de formation policière. D'autres méthodologies et documents (p. ex., analyses de politiques, commentaires) ont fourni des informations pour ce chapitre, mais dans une moindre mesure. Malgré un corpus croissant de données, d'importantes lacunes persistent dans la littérature sur les relations avec les autorités policières. En général, on constate un manque d'analyses détaillées d'initiatives de formations policières, d'interventions connexes et d'évaluations adéquatement conçues à leur sujet. Ces recherches aideraient encore plus les programmes canadiens de réduction des méfaits à établir leurs propres protocoles et interventions auprès des autorités policières locales.

## Références

- Aitken C, Moore D, Higgs P, Kelsall J, Kerger M. The impact of a police crackdown on a street drug scene: evidence from the street. *International Journal of Drug Policy*, 2002;13(3):193-202.
- Bayoumi AM, Strike C, Jairam J, Watson T, Enns E, Kolla G, Lee A, Shepherd S, Hopkins S, Millson M, Leonard L, Zaric G, Luce J, Degani N, Fischer B, Glazier R, O'Campo P, Smith C, Penn R, Brandeau M. Report of the Toronto and Ottawa Supervised Consumption Assessment Study. Toronto, Ontario: St. Michael's Hospital and the Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto; 2012. Consulté en mai 2013 à : [www.toscastudy.ca/TOSCA\\_Report\\_files/TOSCA%20report-web.pdf](http://www.toscastudy.ca/TOSCA_Report_files/TOSCA%20report-web.pdf)
- Beletsky L, Agrawal A, Moreau B, Kumar P, Weiss-Laxer N, Heimer R. Police training to align law enforcement and HIV prevention: preliminary evidence from the field. *American Journal of Public Health*, 2011a Nov;101(11):2012-2015.
- Beletsky L, Davis CS, Anderson E, Burris S. The law (and politics) of safe injection facilities in the United States. *American Journal of Public Health*, 2008 Feb;98(2):231-237.
- Beletsky L, Grau LE, White E, Bowman S, Heimer R. Prevalence, characteristics, and predictors of police training initiatives by US SEPs: building an evidence base for structural interventions. *Drug and Alcohol Dependence*, 2011b Dec;119(1-2):145-149.
- Beletsky L, Grau LE, White E, Bowman S, Heimer R. The roles of law, client race and program visibility in shaping police interference with the operation of US syringe exchange programs. *Addiction*, 2011c Feb;106(2):357-365.
- Beletsky L, Macalino GE, Burris S. Attitudes of police officers towards syringe access, occupational needle-sticks, and drug use: a qualitative study of one city police department in the United States. *International Journal of Drug Policy*, 2005;16:267-274.
- Boyd SJ, Fang LJ, Medoff DR, Dixon LB, Gorelick DA. Use of a 'microecological technique' to study crime incidents around methadone maintenance treatment centers. *Addiction*, 2012 Sep;107(9):1632-1638.
- Carter CI, MacPherson D. Se rendre au lendemain : un rapport sur les politiques canadiennes sur les drogues. Vancouver, Colombie-Britannique : Coalition canadienne des politiques sur les drogues; 2013. Consulté en juillet 2013 à : [http://drugpolicy.ca/report/CDPC2013\\_fr.pdf](http://drugpolicy.ca/report/CDPC2013_fr.pdf)
- Cooper H, Moore L, Gruskin S, Krieger N. The impact of a police crackdown on drug injectors' ability to practice harm reduction: a qualitative study. *Social Science and Medicine*, 2005; 61(3):673-684.
- Cooper HL, Des Jarlais D, Tempalski B, Bossak BH, Ross Z, Friedman SR. Drug-related arrest rates and spatial access to syringe exchange programs in New York City health districts: combined effects on the risk of injection-related infections among injectors. *Health and Place*, 2012;18(2):218-228.
- Davidson PJ, Ochoa KC, Hahn JA, Evans JL, Moss AR. Witnessing heroin-related overdoses: The experiences of young injectors in San Francisco. *Addiction*, 2002;97(12):1511-1516.
- Davis CS, Beletsky L. Bundling occupational safety with harm reduction information as a feasible method for improving police receptiveness to syringe access programs: evidence from three U.S. cities. *Harm Reduction Journal*, 2009 Jul;6:16.
- Davis CS, Burris S, Kraut-Becher J, Lynch KG, Metzger D. Effects of an intensive street-level police intervention on syringe exchange program use in Philadelphia, Pa. *American Journal of Public Health*, 2005;95(2):233-236.
- Davis CS, Johnston J, de Saxe Zerden L, Clark K, Castillo T, Childs R. Attitudes of North Carolina law enforcement officers toward syringe decriminalization. *Drug and Alcohol Dependence*, 2014 Nov;144:265-269.
- DeBeck K, Buxton J, Kerr T, Qi J, Montaner J, Wood E. Public crack cocaine smoking and willingness to use a supervised inhalation facility: implications for street disorder. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2011;6:4.
- DeBeck K, Wood E, Zhang R, Tyndall M, Montaner J, Kerr T. Police and public health partnerships: evidence from the evaluation of Vancouver's supervised injection facility. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2008 May;3:11.
- Freeman K, Jones CG, Weatherburn DJ, Rutter S, Spooner CJ, Donnelly N. The impact of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre (MSIC) on crime. *Drug and Alcohol Review*, 2005;24(2):173-184.
- Friedman SR, Cooper HLF, Tempalski B, Keem M, Friedman R, Flom PL, DesJarlais DC. Relationships of deterrence and law enforcement to drug-related harms among drug injectors in US metropolitan areas. *AIDS*, 2006;20:93-99.

- Friedman SR, Pouget ER, Chatterjee S, Cleland CM, Tempalski B, Brady JE, Cooper HLF. Drug arrests and injection drug deterrence. *American Journal of Public Health*, 2011 Feb;101(2):344-349.
- Garmaise D. Ottawa – Le conseil municipal approuve la distribution de trousseaux aux utilisateurs de crack. *Revue VIH/sida, droit et politiques/Réseau juridique canadien VIH/sida*, août 2005;10(2):16-17.
- Garmaise D. La police d'Ottawa accusée de nuire au programme de distribution de pipes à crack. *Revue VIH/sida, droit et politiques/Réseau juridique canadien VIH/sida*, mai 2007;12(1):27.
- Hopkins S, Shepherd S, Strike C, Millson P, Leonard L, Boelhoefer L, Sethi P, McKenzie M, Smith C. Toronto Public Health, Safer Crack Use Program Start Up Phase Review; février 2012.
- Ivsins A, Roth E, Nakamura N, Krajden M, Fischer B. Uptake, benefits of and barriers to safer crack use kit (SCUK) distribution programmes in Victoria, Canada – a qualitative exploration. *International Journal of Drug Policy*, 2011;22(4):292-300.
- Jardine M, Crofts N, Monaghan G, Morrow M. Harm reduction and law enforcement in Vietnam: influences on street policing. *Harm Reduction Journal*, 2012 Jul;9:27.
- Johnson J, Malchy L, Mulvogue T, Moffat B, Boyd S, Buxton J, Bungay V, Loudfoot J. Lessons learned from the SCORE project. A document to support outreach and education related to safer crack use; 2008. Consulté en décembre 2012 à : [http://vancouver.ca/fourpillars-/documents/SCOREReport\\_FINAL.pdf](http://vancouver.ca/fourpillars-/documents/SCOREReport_FINAL.pdf)
- Kerr T, Small W, Wood E. The public health and social impacts of drug market enforcement: A review of the evidence. *International Journal of Drug Policy*, 2005;16(4):210-220.
- Kimber J, Dolan K, Wodak A. Survey of drug consumption rooms: service delivery and perceived public health and amenity impact. *Drug and Alcohol Review*, 2005;24(1):21-24.
- Lasnier B, Brochu S, Boyd N, Fischer B. A heroin prescription trial: case studies from Montreal and Vancouver on crime and disorder in the surrounding neighbourhoods. *International Journal of Drug Policy*, 2010 Jan;21(1):28-35.
- Leonard L. Improving services for people in Ottawa who smoke crack: Ottawa's Safer Inhalation Program – Final Evaluation Report; 2010. Consulté en avril 2013 à : <http://www.med.uottawa.ca/epid/assets/documents/Improving%20Services%20for%20People%20in%20Ottawa%20who%20smoke%20crack.pdf>
- Leonard L, DeRubeis E, Birkett N. Santé publique Ottawa – Initiative pour l'usage plus sécuritaire du crack : rapport d'évaluation; 2006. Consulté en avril 2013 à : [http://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=69460](http://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice_display&id=69460)
- Loue S, Lurie P, Lloyd LS. Ethical issues raised by needle exchange programs. *Journal of Law, Medicine, and Ethics*, 1995;23:382-388.
- MacPherson D, Mulla Z, Richardson L. The evolution of drug policy in Vancouver, Canada: strategies for preventing harm from psychoactive substance use. *International Journal of Drug Policy*, 2006 Mar;17(2):127-132.
- Maher L, Dixon D. Policing and public health: Law enforcement and harm minimisation in a street-level drug market. *British Journal of Criminology*, 1999;39(4):488-512.
- Martinez AN, Bluthenthal RN, Loric J, Anderson R, Flynn N, Kral AH. The impact of legalizing syringe exchange programs on arrests among injection drug users in California. *Journal of Urban Health*, 2007 May;84(3):423-435.
- Marx MA, Crape B, Brookmeyer RS, Junge B, Latkin C, Vlahov D, Strathdee SA. Trends in crime and the introduction of a needle exchange program. *American Journal of Public Health*, 2000; 90(12):1933-1936.
- Miller CL, Firestone M, Ramos R, Burris S, Ramos ME, Case P, Brouwer KC, Fraga MA, Strathdee SA. Injecting drug users' experiences of policing practices in two Mexican-U.S. border cities: public health perspectives. *International Journal of Drug Policy*, 2008 Aug;19(4):324-331.
- Millson M, Strike C. COUNTERfit Harm Reduction Program South Riverdale Community Health Centre: evaluation report; 2003.
- Monaghan G, Bewley-Taylor D. Modernising drug law enforcement – Report 1 Police support for harm reduction policies and practices towards people who inject drugs. Londres, Royaume-Uni: International Drug Policy Consortium; 2013. Consulté en mai 2013 à : <http://idpc.net/publications/2013/02/police-support-for-harm-reduction-policies-and-practices-towards-people-who-inject-drugs>

- Noël L, Gagné D, Gagnon F, Lambert R, Bouchard LM, Bruneau S. Partenariat entre les services de police et les programmes d'échange de seringues : les enjeux de l'action intersectorielle. Institut national de santé publique Québec; 2012. Consulté en février 2015 à : [www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1600\\_ParteneriatServPoliceProgEchangeSering\\_EnjeuxActionIntersec.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1600_ParteneriatServPoliceProgEchangeSering_EnjeuxActionIntersec.pdf)
- O'Byrne P, Holmes D. Evaluating crack pipe distribution in Canada: a systems change case study. *Addiction Research and Theory*, 2008;16(2):181-192.
- Pollini RA, McCall L, Mehta SH, Celentano DD, Vlahov D, Strathdee SA. Response to overdose among injection drug users. *American Journal of Preventive Medicine*, 2006 Sep;31(3):261-264.
- Réseau juridique canadien VIH/sida. La distribution de trousse pour un usage plus sécuritaire de crack, au Canada; septembre 2008. Consulté en avril 2013 à : [http://www.aidslaw.ca/site/wp-content/uploads/2013/09/Crack-kitsQA\\_Sep08-FRA.pdf](http://www.aidslaw.ca/site/wp-content/uploads/2013/09/Crack-kitsQA_Sep08-FRA.pdf)
- Ribeaud D. Long term impacts of the Swiss heroin prescription trials on crime of treated heroin users. *Journal of Drug Issues*, 2004;34(1):163-194.
- Room R, Reuter P. How well do international drug conventions protect public health? *Lancet*, 2012 Jan;379(9810):84-91.
- Sarang A, Rhodes T, Platt L. Access to syringes in three Russian cities: implications for syringe distribution and coverage. *International Journal of Drug Policy*, 2008 Apr;19(Suppl1):S25-S36.
- Sarang A, Rhodes T, Sheon N, Page K. Policing drug users in Russia: risk, fear, and structural violence. *Substance Use and Misuse*, 45(6):813-864.
- Shannon K, Ishida T, Morgan R, Bear A, Oleson M, Kerr T, Tyndall MW. Potential community and public health impacts of medically supervised safer smoking facilities for crack cocaine users. *Harm Reduction Journal*, 2006 Jan;3.
- Shannon K, Rusch M, Shoveller J, Alexson D, Gibson K, Tyndall MW. Mapping violence and policing as an environmental-structural barrier to health service and syringe availability among substance-using women in street-level sex work. *International Journal of Drug Policy*, 2008;19(2):140-147.
- Sharma M, Chatterjee A. Partnering with law enforcement to deliver good public health: the experience of the HIV/AIDS Asia regional program. *Harm Reduction Journal*, 2012 Jul;9:24.
- Sherman SG, Gann DS, Scott G, Carlberg S, Bigg D, Heimer R. A qualitative study of overdose responses among Chicago IDUs. *Harm Reduction Journal*, 2008 Jan;5:2.
- Silverman B, Davis CS, Graff J, Bhatti U, Santos M, Beletsky L. Harmonizing disease prevention and police practice in the implementation of HIV prevention programs: up-stream strategies from Wilmington, Delaware. *Harm Reduction Journal*, 2012 May;9:17.
- Small D, Palepu A, Tyndall MW. The establishment of North America's first state sanctioned supervised injection facility: a case study in culture change. *International Journal of Drug Policy*, 2006a Mar;17(2):73-82.
- Small W, Kerr T, Charette J, Schechter MT, Spittal PM. Impacts of intensified police activity on injection drug users: evidence from an ethnographic investigation. *International Journal of Drug Policy*, 2006b Mar;17(2):85-95.
- Small W, Krusi A, Wood E, Montaner J, Kerr T. Street-level policing in the Downtown Eastside of Vancouver, Canada, during the 2010 Winter Olympics. *International Journal of Drug Policy*, 2012 Mar;23(2):128-133.
- Somlai AM, Kelly JA, Otto-Salaj L, Nelson D. "Lifepoint": a case study in using social science community identification data to guide the implementation of a needle exchange program. *AIDS Education and Prevention*, 1999;11(3):187-202.
- Strang J, Babor T, Caulkins J, Fischer B, Foxcroft D, Humphreys K. Drug policy and the public good: evidence for effective interventions. *Lancet*, 2012 Jan;379(9810):71-83.
- Strike C. Organizational responses to illegitimacy: the case of needle exchange programs in Ontario. University of Toronto, Ph.D. Dissertation, 2001.
- Sutton A, James S. Evaluation of Australian drug anti-trafficking law enforcement. Payneham, Australie: National Police Research Unit. 1996.
- Tempalski B, Friedman R, Keem M, Cooper H, Friedman SR. NIMBY localism and national inequitable exclusion alliances: the case of syringe exchange programs in the United States. *Geoforum*, 2007;38(6):1250-1263.
- Thomson N, Moore T, Crofts N. Assessing the impact of harm reduction programs on law enforcement in Southeast Asia: a description of a regional research methodology. *Harm Reduction Journal*, 2012 Jul;9:23.

- Ti L, Buxton J, Wood E, Shannon K, Zhang R, Montaner J, Kerr T. Factors associated with difficulty accessing crack cocaine pipes in a Canadian setting. *Drug and Alcohol Review*, 2012 Nov;31(7):890-896.
- Ti L, Wood E, Shannon K, Feng C, Kerr T. Police confrontations among street-involved youth in a Canadian setting. *International Journal of Drug Policy*, 2013 Jan;24(1):46-51.
- Tracy M, Piper TM, Ompad D, Bucciarelli A, Coffin PO, Vlahov D, Galea S. Circumstances of witnessed drug overdoses in New York City: Implications for intervention. *Drug and Alcohol Dependence*, 2005;79(2):181-190.
- Volkman T, Lozada R, Anderson CM, Patterson TL, Vera A, Strathdee SA. Factors associated with drug-related harms related to policing in Tijuana, Mexico. *Harm Reduction Journal*, 2011 Apr;8:7.
- Watson TM, Bayoumi A, Kolla G, Penn R, Fischer B, Luce J, Strike C. Police perceptions of supervised consumption sites (SCSs): a qualitative study. *Substance Use and Misuse*, 2012 Mar;47(4):364-374.
- Werb D, Rowell G, Guyatt G, Kerr T, Montaner J, Wood E. Effect of drug law enforcement on drug market violence: A systematic review. *International Journal of Drug Policy*, 2011 Mar;22(2):87-94.
- Werb D, Wood E, Small W, Strathdee S, Li K, Montaner J, Kerr T. Effects of police confiscation of illicit drugs and syringes among injection drug users in Vancouver. *International Journal of Drug Policy*, 2008;19(4):332-338.
- Wodak A. What caused the recent reduction in heroin supply in Australia? *International Journal of Drug Policy*, 2008 Aug;19(4):279-286.
- Wood E, Spittal PM, Small W, Kerr T, Li K, Hogg RS, Tyndall MW, Montaner, JSG, Schechter, MT. Displacement of Canada's largest public illicit drug market in response to a police crackdown. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2004;170(10):1551-1556.
- Wood E, Tyndall M, Lai C, Montaner J, Kerr T. Impact of a medically supervised safer injecting facility on drug dealing and other drug related crime. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2006;1(1):1-13.
- Worthington N, Piper TM, Galea S, Rosenthal D. Opiate users' knowledge about overdose prevention and naloxone in New York City: A focus group study. *Harm Reduction Journal*, 2006 Jul;3:19.

# 13 Éducation et autres services dans le contexte carcéral



**POLITIQUES RECOMMANDÉES POUR DES PRATIQUES EXEMPLAIRES** afin de rehausser l'accès à l'éducation sur la prévention du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), du virus de l'hépatite C (VHC), du virus de l'hépatite B (VHB) et d'autres pathogènes, et à d'autres services de réduction des méfaits et de soutien pour les détenus qui consomment des drogues et pour ceux qui seront bientôt remis en liberté d'une prison fédérale ou d'un établissement correctionnel provincial (ces deux milieux étant appelés « prisons », ci-dessous) :

- Établir et maintenir des relations avec les prisons à proximité afin de développer et d'y fournir des interventions éducatives sur la prévention du VIH, du VHC, du VHB et d'autres pathogènes
- Développer des interventions éducatives pouvant être offertes par des pairs formés
- Offrir aux détenus des interventions éducatives dans une variété de formules conçues pour favoriser la réduction des comportements à risque liés à l'injection de drogues (p. ex., réutilisation et partage de seringues et d'autres types de matériel pour l'injection) et associés à la transmission de pathogènes et à d'autres méfaits de la consommation de drogues
- Impliquer des détenus, lorsque possible, dans la conception et l'évaluation du matériel éducatif afin d'assurer l'acceptabilité, la pertinence et la compréhension des messages. Adapter les messages éducatifs selon les populations et les prisons desservies par le programme, en portant une attention particulière aux besoins des femmes détenues et des détenus autochtones
- Offrir au personnel carcéral des interventions éducatives sur la réduction des méfaits et des informations de base sur le VIH et le VHC (p. ex., leur transmission)
- Référer les détenus prochainement remis en liberté et les personnes nouvellement remises en liberté à différents services communautaires, y compris des programmes de réduction des méfaits (en mettant l'accent sur l'éducation à la prévention des surdoses) et d'autres services sociaux et de santé
- Évaluer et publier toute initiative réalisée.

## Pourquoi inclure dans ce document des recommandations sur la réduction des méfaits dans le contexte carcéral?

Les détenus et les personnes nouvellement remises en liberté sont à risque élevé pour la transmission du VIH, du VHC et du VHB, en particulier par l'injection de drogues (Jürgens, 2007; Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2005). Les prisons sont par conséquent des lieux importants pour les efforts d'éducation et de prévention. Au Canada, un nombre considérable de personnes qui s'injectent des drogues ont une expérience d'incarcération. Dans le cadre de l'enquête I-Track, une vaste étude pancanadienne de surveillance des comportements à risque chez les personnes s'injectant des drogues, on demandait aux participants d'identifier tous les endroits où ils avaient logé dans les six mois précédant l'entrevue. Les données de la Phase 3 révèlent que parmi les 2 683 participants, 11,5 % avaient été dans un établissement carcéral (pénitencier, centre correctionnel, prison) au cours des six mois précédents; les hommes ont déclaré cette forme de logement instable dans une proportion considérablement

plus forte (12,5 %) que les femmes (9,3 %; Agence de la santé publique du Canada, 2014). Une vaste majorité des participants à la Phase 3 (82,5 %) ont déclaré avoir été incarcérés au cours de leur vie.

Le présent chapitre porte sur les manières par lesquelles des organismes communautaires peuvent fournir des programmes de réduction des méfaits aux détenus et aux personnes qui seront bientôt remises en liberté, en complément aux services de santé et autres services offerts en milieu carcéral. Nous nous concentrons sur le travail de proximité d'organismes communautaires, c'est-à-dire l'offre aux détenus et aux employés correctionnels d'une éducation sur la prévention du VIH et du VHC et sur d'autres éléments, dans les établissements. La mise en œuvre de tels programmes a d'importants avantages, comme l'amélioration de la cohérence des services et de la communication entre le personnel carcéral et les éducateurs (Dyer & Tolliday, 2009). Ces programmes offrent également une source d'information additionnelle aux détenus, qui n'ont généralement pas accès à Internet et qui peuvent avoir

des préoccupations de sécurité et un manque de confiance à l'égard du personnel carcéral.

Les efforts pour joindre des populations de détenus peuvent être exigeants, vu l'incompatibilité perçue entre l'objectif de réduire les comportements à risque et le mandat de sécurité et d'application de la loi de la plupart des systèmes carcéraux (voir OMS, 2005, 2007). Les intervenants en réduction des méfaits peuvent rencontrer plusieurs défis pour avoir accès aux détenus. Les programmes doivent également être adaptés au contexte carcéral ou approuvés par les autorités; par conséquent, ils diffèrent souvent des programmes offerts dans la communauté, quant à la portée et la prestation des services. Lorsqu'un intervenant communautaire se voit accorder l'accès à une prison, il peut rencontrer des défis additionnels dans l'offre de services aux détenus en raison des politiques de tolérance zéro en matière de drogues et des efforts d'application de la loi qui y sont en vigueur. En particulier, des détenus pourraient être réticents à dévoiler leur consommation de drogues aux travailleurs, par peur d'en subir des répercussions. Le financement limité des interventions comportementales et éducatives et le manque de recherche sur celles-ci sont également problématiques (De Groot et al., 2006). En général, nous incitons les programmes de réduction des méfaits à se faire créatifs et flexibles, et à être persistants dans leurs efforts de prestation de services pour améliorer la santé et la situation des détenus qui consomment des drogues ainsi que des employés correctionnels et autres. Le corpus de données concernant ces programmes est limité. Par conséquent, nous recommandons également aux organismes communautaires d'évaluer leurs programmes dans les établissements et d'en publier les résultats.

Des données démontrent que les programmes de seringues et d'aiguilles en prison (PSAP) sont des services de santé efficaces, qui contribuent à ce que les détenus aient accès à la même norme de soins que dans la communauté générale (Abbing, 2013; Betteridge & Dias, 2007; Chu & Elliott, 2009; Kerr et al., 2004; Peate, 2011). Dans ce chapitre, nous mettons l'accent sur les interventions d'éducation s'adressant aux détenus, dans les établissements, et ne formulons pas de recommandations sur les PSAP, et ce pour diverses raisons. En dépit de preuves de l'existence de comportements à risque (abordées ci-dessous), les programmes de prévention du VIH et de réduction des méfaits fournis par les établissements correctionnels du Canada sont limités et n'incluent pas (au moment de la rédaction du présent rapport) la distribution de seringues et d'aiguilles. Des lignes directrices de pratiques exemplaires sont accessibles aux PSAP, dans les pays où il en existe (Stöver, 2014; voir aussi OMS, 2007). Par ailleurs, dans le contexte canadien, des efforts sont en cours pour

introduire des PSAP et pour développer des lignes directrices de pratiques exemplaires (van der Meulen & Chu, 2015; voir aussi [www.urgencesanteprison.ca](http://www.urgencesanteprison.ca)). Il est impératif de continuer à militer pour la mise en œuvre de programmes complets de réduction des méfaits (y compris de PSA) dans les prisons du Canada (Betteridge & Dias, 2007; Bollini et al., 2002; OMS, 2005).

Reconnaissant le besoin persistant de programmes complets de réduction des méfaits dans les prisons canadiennes, le présent chapitre porte sur le corpus de données relativement limité qui indique que les organismes communautaires sont bien placés pour offrir une éducation dans ces établissements. De plus, nous y abordons brièvement l'éducation et les références pour les personnes qui seront bientôt remises en liberté, et en particulier le besoin d'une éducation sur la prévention des surdoses.

### La prévalence du VIH et du VHC dans les prisons canadiennes

Le système carcéral fédéral est géré par le Service correctionnel du Canada (SCC), qui supervise l'administration des peines de deux ans et plus. Les taux de VIH dans les prisons fédérales sont passés de 14 cas déclarés, en janvier 1989, à 159 en mars 1996, et à 217 en décembre 2000 (Lines, 2002). En 2005 et 2006, plus de la moitié des nouveaux détenus admis dans les prisons du SCC ont accepté un test de dépistage sanguin du VIH (SCC, 2011). L'estimation de la prévalence ponctuelle du VIH en fin d'année était de 1,67 % (n=204) en 2005, dans les établissements du SCC, et de 1,64 % (n=218) en 2006, comparativement à une prévalence estimée à 0,2 % dans la population canadienne générale (SCC, 2011). Au cours de la même période, environ la moitié des nouveaux détenus ont accepté un test de dépistage du VHC. L'estimation de la prévalence ponctuelle du VHC était de 29,3 % (n=3,581) en 2005 et de 27,6 % (n=3,661) en 2006, comparativement à une prévalence estimée à 0,8 % dans la population canadienne générale. Selon le SCC, le VHC « représente le fardeau le plus lourd pour ce qui est des maladies transmissibles », dans ses prisons. Compte tenu de la nature volontaire du programme de dépistage des nouveaux détenus, ces chiffres constituent probablement des sous-estimations de la prévalence du VIH et du VHC dans les prisons fédérales. Toutefois, le Bureau de l'enquêteur correctionnel (2014) a récemment noté que le SCC offre un programme « assez rigoureux » de protocoles de vaccination, de surveillance et de dépistage pour le VIH, l'hépatite et les infections transmissibles sexuellement (ITS).

Le recours au dépistage semble avoir augmenté. En 2007, le SCC a réalisé un sondage national auprès des détenus sur les maladies infectieuses et les comportements à risque

(SNDMICR), impliquant un vaste échantillon de détenus ( $n=3\ 370$ ) de prisons fédérales canadiennes (Zakaria et al., 2010). Le rapport du SNDMICR a révélé que la plupart des hommes (71 %) et des femmes (85 %) avaient été dépistés pour le VIH lors de leur plus récente incarcération dans un établissement du SCC. La plupart des hommes (74 %) et des femmes (83 %) avaient également été dépistés pour le VHC. Parmi les individus dépistés, 4,5 % des hommes et 7,9 % des femmes s'autodéclaraient séropositifs au VIH, alors que 30,8 % des hommes et 37 % des femmes s'autodéclaraient séropositifs au VHC. Comparativement aux hommes, les femmes détenues ont des taux encore plus élevés d'infection à VIH et à VHC, au Canada (SCC, 2011; Lines, 2002). Selon des données préliminaires récentes et inédites du SCC, la prévalence annuelle du VIH est demeurée stable, soit entre 1,5 et 2 %, de 2000 à 2012, alors que la prévalence annuelle du VHC a atteint 30 % en 2008, mais a diminué à 18,5 % en 2012.

Fait important, les taux de VIH et de VHC en prison sont disproportionnés parmi les populations autochtones, en particulier les femmes autochtones (11,7 % pour le VIH et 49,1 % pour le VHC chez les détenues autochtones; Zakaria et al., 2010). Il est important de souligner que l'on observe une surreprésentation générale des groupes autochtones dans les prisons canadiennes. Approximativement 4 % de la population canadienne est autochtone, mais ce groupe représente environ 23 % de l'ensemble des détenus de ressort fédéral au Canada (Bureau de l'enquêteur correctionnel, 2013), et cette proportion est encore plus forte dans les provinces des Prairies (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2008).

Les provinces et territoires gèrent leurs propres systèmes correctionnels pour l'administration des peines d'une durée allant jusqu'à deux ans moins un jour. Certaines études ont été réalisées sur le VIH et le VHC dans les prisons provinciales et territoriales, mais il est grandement nécessaire de produire un aperçu complet et à jour de l'ensemble des systèmes. Les données existantes indiquent que les taux de VIH et de VHC sont nettement plus élevés dans les prisons provinciales que dans la population générale. Selon le Réseau juridique canadien VIH/sida (2008), des études de la Colombie-Britannique, de l'Ontario et du Québec ont mesuré des taux de séroprévalence du VIH de plus de 10 fois plus élevés dans les prisons provinciales que dans la population générale. Par exemple, une étude auprès de 1 607 détenus dans sept prisons du Québec a mesuré des taux de VIH de 2,4 % chez les hommes et de 8,8 % chez les femmes (Poulin et al., 2007). La même étude a mesuré des taux de VHC de 16,6 % chez les hommes et de 29,2 % chez les femmes. Dans une étude réalisée dans un établissement correctionnel de la Colombie-

Britannique pour détenues de ressort provincial et fédéral, 52 % des participantes ont déclaré avoir l'infection à VHC (Martin et al., 2005; voir aussi Calzavara et al., 2007 pour plus d'information sur l'Ontario).

### Données sur les comportements à risque en prison

En dépit d'une politique de tolérance zéro et d'efforts d'application de la loi pour empêcher que des drogues entrent en prison, des données démontrent que la consommation de drogues – y compris de diverses drogues illicites et de médicaments, et l'injection de drogues – est une réalité dans les prisons canadiennes (Milloy et al., 2008; Small et al., 2005; Comité permanent de la sécurité publique et nationale, 2012). Dans les études basées sur l'autodéclaration des comportements de consommation, il est possible que l'ampleur de la consommation de drogues soit sous-estimée, vu les inquiétudes des détenus quant aux conséquences de la divulgation de leur consommation de drogues.

Faisant état des conclusions du SNDMICR, Zakaria et al. (2010) ont signalé que 17 % des hommes et 14 % des femmes déclaraient s'être injecté des drogues au cours des six mois précédents, et que 34 % des hommes et 25 % des femmes avaient consommé des drogues par d'autres moyens que l'injection, pendant leur incarcération. De ceux qui déclaraient s'en être injecté, 55 % des hommes et 41 % des femmes avaient utilisé une seringue usagée, et 38 % des hommes et 29 % des femmes avaient partagé une seringue avec une personne vivant avec le VIH ou le VHC, ou dont le statut sérologique était inconnu (Zakaria et al., 2010). Les hommes étaient plus susceptibles que les femmes de déclarer avoir partagé du matériel (p. ex., eau, contenant de chauffage) avec une personne vivant avec le VIH ou le VHC, ou dont le statut était inconnu. Puisque les seringues sont interdites dans les prisons canadiennes, elles sont généralement une denrée rare – ce qui augmente les probabilités que les seringues disponibles soient réutilisées et partagées par plusieurs personnes (Chu & Peddle, 2010; Small et al., 2005). L'étude de Martin et al. (2005) auprès de détenues dans des prisons de la Colombie-Britannique a révélé que 36 % des 104 participantes avaient consommé des drogues illégales pendant leur incarcération et que 21 % s'en étaient injecté. Dans leur étude sur les prisons provinciales du Québec, Poulin et al. (2007) ont décrit l'injection de drogues comme étant « de loin le plus important facteur de risque pour les infections à VIH et à VHC; plus de 90 % des participants vivant avec l'une ou l'autre de ces infections s'étaient adonnés à cette pratique avant leur incarcération » (p. 254). La littérature internationale démontre également que la consommation de drogues et les comportements d'injection à risque comme le partage de matériel sont chose

courante en prison (p. ex., Long et al., 2004; Pollini et al., 2009; OMS, 2005).

Le partage et la réutilisation d'instruments pour le perçage et le tatouage sont d'autres comportements à risque pour le VIH, le VHC et le VHB qui s'observent dans les prisons canadiennes et internationales (SCC, 2009; Crofts et al., 1996; Dolan et al., 1999; Hellard & Aitken, 2004; Hunt & Saab, 2009; Kinner et al., 2012; Samuel et al., 2001; WHO, 2007). Voir le chapitre 2 (*Distribution de matériel stérile pour l'injection de stéroïdes anabolisants, l'injection d'hormones, le perçage et/ou le tatouage*) du présent document pour plus d'information sur ce sujet.

### La distribution de matériel de réduction des méfaits dans les prisons canadiennes

Au moment d'écrire ces lignes, il n'y avait pas de PSA dans les prisons canadiennes (provinciales/territoriales et fédérales); par conséquent, les détenus n'ont pas d'accès autorisé à des seringues neuves et à d'autres types de matériel d'injection stérile. Le SCC autorise la distribution de condoms, de lubrifiant, de digues dentaires et d'eau de Javel dans ses prisons (Betteridge & Dias, 2007; Lines, 2002; Zakaria et al., 2010). D'après Zakaria et al. (2010), 89 % des détenus étaient au courant que le SCC fournit des condoms et 87 % savaient qu'il fournit de l'eau de Javel. Le SCC offre également le traitement d'entretien à la méthadone, dans ses établissements (TEM; Betteridge & Dias, 2007; Lines, 2002). Toutes les prisons fédérales offrent l'amorce du TEM, ou sa continuation dans le cas de détenus qui le recevaient déjà dans la communauté; certains systèmes correctionnels provinciaux offrent l'amorce du TEM et sa continuation (Betteridge & Dias, 2007; Réseau juridique canadien VIH/sida, 2008; Luce & Strike, 2011).

Dans l'étude de Zakaria et al. (2010), 57 % des détenus fédéraux interrogés ont déclaré une tentative (fructueuse ou non) d'obtenir de l'eau de Javel en prison au cours des six mois précédents. Les auteurs notent également qu'une majorité des répondants qui déclaraient s'être injectés des drogues ou s'être fait faire un tatouage ou un perçage en prison avaient utilisé de l'eau de Javel pour nettoyer leur matériel. Voir le chapitre 1 (*Distribution de seringues*) de la Partie 1 des Recommandations de pratiques exemplaires, pour plus d'information sur la fourniture d'eau de Javel (Strike et al., 2013). Il manque de données probantes pour appuyer l'efficacité de la fourniture d'eau de Javel comme mesure de réduction de la transmission du VIH et du VHC dans la communauté et en prison (Lines, 2002; WHO, 2004); par conséquent, nous ne recommandons pas la distribution d'eau de Javel comme moyen de prévention. Par ailleurs, il

existe des obstacles à l'accès à l'eau de Javel en prison; des irrégularités ont été signalées dans les politiques d'accès et dans la qualité de l'eau de Javel distribuée (Kerr et al., 2004; Lines, 2002; Small et al., 2005). Parmi les participants au SNDMICR ayant signalé des problèmes d'accès à l'eau de Javel (Zakaria et al., 2010), les problèmes techniques (p. ex., distributeurs brisés, eau de Javel diluée) étaient les plus fréquents; et 48 % des femmes ont déclaré qu'elles devaient faire une demande pour en obtenir. La nature du milieu carcéral (c.-à-d., tolérance zéro à l'égard des drogues et mesures strictes d'application de la loi) rend difficile aux détenus de nettoyer leur matériel d'injection même s'ils ont accès à de l'eau de Javel. Small et al. (2005) ont signalé que les détenus sont peu susceptibles d'avoir le temps de nettoyer à fond leurs seringues usagées. De plus, les détenus convenaient que l'eau de Javel n'est pas une solution aux méfaits liés à l'injection de drogues en prison.

### Programmes d'éducation en prison

Les programmes d'éducation font depuis longtemps partie des services de prévention et de réduction des méfaits dans les prisons (Ehrmann, 2002; Polonsky et al., 1994); ils sont importants à la fois pour les détenus et pour le personnel. À l'issue d'un examen des défis et des occasions pour les soins en matière de VIH en prison, De Groot et al. (2006) ont recommandé qu'« une éducation par des pairs et des interventions comportementales pour réduire les comportements à risque pour le VIH soient offertes dans chaque établissement correctionnel » (p. 175).

#### Contenu éducatif

L'OMS (2005) recommande que les programmes d'éducation abordent les risques liés à l'injection de drogues et au partage de matériel, et qu'ils fournissent des conseils quant aux façons de réduire les comportements à risque. Selon De Groot et al. (2006), les Centers for Disease Control and Prevention recommandent que les efforts de prévention du VIH dans les établissements traitent des comportements à risque comme les rapports sexuels entre hommes, l'injection de drogues et le tatouage. Dans un examen sur la prévention des maladies infectieuses en contexte correctionnel, Niveau (2006) a indiqué que l'éducation à la santé devrait inclure des informations sur les maladies (p. ex., tuberculose, VIH, hépatites, ITS), les modes de transmission, les facteurs de risque, les stratégies de prévention, les résultats des maladies et les traitements possibles. L'éducation visant la prévention des surdoses est une autre composante essentielle pour les programmes d'éducation. Les surdoses et le fait d'être témoin d'une telle situation sont des réalités courantes en prison (Albizu-García et al., 2009). La nature dissimulée de

la consommation de drogues, en prison, couplée à d'autres facteurs comme la tolérance réduite à l'égard de certaines drogues (p. ex., opiacés), la piètre qualité des drogues et l'irrégularité de l'approvisionnement peuvent accroître le risque de surdose. Des détenus pourraient vouloir une éducation sur divers autres sujets comme les effets des drogues, les numéros de lignes d'assistance téléphonique et d'autres coordonnées utiles, et des conseils pratiques pour éviter de consommer des drogues en prison et après la mise en liberté (Seddon, 2001).

La connaissance des facteurs de risque pour la transmission des infections transmissibles sexuellement et par le sang varie, dans les populations carcérales (Getaz & Wolff, 2011). Dans le cadre du SNDMICR, on a posé aux détenus 14 questions sur le VIH et le VHC (Zakaria et al., 2010). Pour le VIH, les hommes et les femmes ont répondu correctement à 80 % et 83 % des questions, respectivement; pour le VHC, les réponses étaient correctes chez 69 % et 74 %, respectivement. Ces résultats indiquent la nécessité de rehausser l'éducation sur le VIH et encore davantage sur le VHC. Zakaria et al. (2010) ont également signalé que les détenus qui avaient participé à des programmes d'éducation à la santé étaient un peu plus connaissant que les non-participants.

Les agents correctionnels et le personnel infirmier en milieu carcéral pourraient avoir une opinion plus favorable à l'éducation sur des enjeux comme les maladies transmissibles qu'à d'autres stratégies proposées de réduction des méfaits en prison (p. ex., tatouage plus sécuritaire); toutefois, ils pourraient ne pas s'entendre quant aux façons et au moment de fournir cette éducation aux détenus (Miller et al., 2013). Des employés d'organismes communautaires peuvent jouer un rôle dans le soutien aux agents et infirmier(ère)s correctionnels et dans leur formation sur des méthodes d'éducation efficaces, complètes et cohérentes.

### ***Prestation de l'éducation***

Il existe peu de descriptions et d'évaluations de programmes de prévention et de réduction des méfaits dans les prisons, mais des données indiquent l'importance de la collaboration entre les organismes communautaires, le personnel carcéral et d'autres intervenants pour fournir des programmes coordonnés et complets en prison (De Groot et al., 2006; Ehrmann, 2002). Les éducateurs communautaires aident à impliquer les détenus dans le dépistage du VIH et les services de counselling, à former des pairs éducateurs, à éduquer et à former le personnel carcéral, à préparer et à mettre à jour le matériel éducatif et à collecter des données d'évaluation. Les stratégies généralement utilisées par les organismes communautaires pour offrir des programmes incluent

l'éducation par des pairs et la planification de la mise en liberté (Ehrmann, 2002).

Les efforts de réduction des risques et d'éducation à la prévention en prison peuvent être offerts par des éducateurs communautaires, des employés, des détenus/pairs ou une combinaison de ceux-ci, dans le cadre de séances individuelles ou de groupe. Comparativement aux éducateurs communautaires, les pairs éducateurs peuvent augmenter les chances d'obtenir la confiance des détenus et constituer une source additionnelle de soutien. De plus, ils sont bien placés pour comprendre quels types d'approches d'éducation sont susceptibles de mieux fonctionner dans leur prison (Kerr et al., 2004). Un counselling par des pairs et/ou des séances individuelles peuvent être souhaitables puisque la vie privée et la confidentialité sont d'importantes préoccupations pour les détenus (voir Pulford et al., 2013). Selon l'OMS (2005) : « L'implication des utilisateurs de drogues dans le développement, la conception et la provision des documents informatifs est essentielle à rehausser la pertinence et la portée de ce matériel » (p. 8). L'OMS (2005) recommande également de disséminer l'information par diverses méthodes, et note que la communication ou le counselling individuel peut offrir l'avantage d'un « processus de clarification et de renforcement » (p. 8). Bien que les programmes par des pairs comportent des avantages, certains obstacles à la formation et à la supervision des pairs éducateurs peuvent limiter l'élaboration et la prestation d'interventions efficaces et d'initiatives de soins pour les populations de détenus. Les éléments considérés comme « essentiels » à la réussite des programmes entre pairs incluent le respect du pair conseiller par les autres détenus; un bureau accessible, hors de la vue des agents de sécurité; l'accès à un ordinateur et à une imprimante pour produire du matériel éducatif et pour correspondre avec des organismes communautaires; un soutien de la part du personnel de soins de santé de la prison; et la possibilité de distribuer du matériel approuvé concernant la prévention du VIH et du VHC et la réduction des méfaits (p. ex., condoms, lubrifiant, eau de Javel; Betteridge & Dias, 2007).

Outre le counselling en personne, les autres types d'outils éducatifs utiles incluent les brochures en langage simple, les cartes postales et les vidéos (voir Seddon, 2001). Le matériel éducatif développé pour les détenus doit être accessible pour divers groupes linguistiques et pour un niveau d'alphabétisation plus élémentaire. Il peut être exigeant de développer des programmes d'éducation et de soutien qui répondent à l'ensemble des besoins des détenus, et aux divers emplacements, tailles et niveaux de sécurité des prisons (Dyer & Tolliday, 2009). En ce qui concerne l'accès, certains établissements n'acceptent pas ou interdisent le

matériel éducatif et les dépliants contenant de l'information sur la réduction des méfaits (Watson, 2014). Le genre et la diversité culturelle sont des considérations importantes, en particulier dans le contexte canadien, en raison du profil à risque des femmes incarcérées et de la surreprésentation des communautés autochtones, en prison. Par conséquent, une emphase spécifique et des programmes sur mesure sont requis pour les femmes détenues et les détenus autochtones (Betteridge & Dias, 2007).

### **Efforts au Canada**

L'évaluation des efforts d'éducation concernant la prévention et la réduction des méfaits dans les prisons canadiennes constitue un défi. En 2002, Lines expliquait qu'au Canada, « l'éducation préventive sur le VIH et le VHC, à l'intention des détenus, est piètre. Cette éducation n'est pas obligatoire dans la grande majorité des milieux; certains systèmes correctionnels n'offrent aucun programme d'éducation élémentaire sur le VIH » (p. iii). Il semble cependant que les efforts se soient intensifiés et améliorés avec le temps.

Plusieurs organismes canadiens tentent de répondre à ces lacunes; nous citons ci-dessous quelques exemples notables, bien qu'ils ne reflètent pas l'éventail complet des organismes impliqués et des efforts en cours à travers le pays. En Ontario, l'organisme PASAN ([www.pasan.org](http://www.pasan.org)) est un chef de file du plaidoyer pour la santé des détenus. Fondé en 1991, PASAN se consacre exclusivement à fournir une éducation sur la prévention du VIH et du VHC ainsi que du soutien aux détenus et ex-détenus. Son site Internet offre de nombreux outils et ressources sur la réduction des méfaits, des listes d'organismes communautaires à travers le Canada et des descriptions de leurs services d'éducation et d'intervention. Les employés de PASAN offrent des ateliers et des formations à des intervenants œuvrant auprès de détenus, d'ex-détenus et de personnes qui consomment des drogues. L'organisme a également formulé des recommandations sur l'offre de services d'éducation dans les prisons, notamment : permettre à d'anciens détenus de rencontrer des détenus dans le cadre d'activités d'éducation et de formation par des pairs; augmenter le financement des organismes communautaires œuvrant auprès des détenus pour le développement de programmes d'éducation; embaucher des infirmières en éducation à la santé de l'extérieur, pour travailler avec les détenus et le personnel des prisons fédérales et provinciales; organiser des foires annuelles de santé dans les prisons fédérales et provinciales; et développer du matériel d'éducation approprié à la culture (en particulier pour les populations autochtones) et adapté au niveau d'alphabétisation; et fournir ces documents dans plusieurs langues.

La Colombie-Britannique et le Québec sont également actifs en matière de programmes sur la santé des détenus. Le Collaborating Centre for Prison Health and Education (CCPHE; <http://ccphe.ubc.ca/>) est un regroupement de nombreux partenaires qui crée des occasions de collaboration en recherche, d'implication dans les services et de plaidoyer sur des enjeux pertinents à la santé des détenus. Positive Living effectue du travail de proximité en prison, offrant des programmes d'éducation sur le VIH aux détenus et aux employés de prisons provinciales et fédérales. Le site Internet de son programme fournit des ressources éducatives sur le soutien aux détenus vivant avec le VIH et le tatouage plus sécuritaire ([www.positivelivingbc.org/service/prison-outreach](http://www.positivelivingbc.org/service/prison-outreach)). Reconnaisant les besoins particuliers des femmes détenues, plusieurs programmes communautaires/carcéraux ont été développés en Colombie-Britannique, notamment un programme de proximité fournissant des soins pour le VIH dans un centre correctionnel provincial pour femmes (Granger-Brown et al., 2012). Au Québec, divers organismes offrent des services aux détenus et aux ex-détenus, y compris de l'éducation dans des prisons provinciales et fédérales (voir Perron et al., 2006; voir également <http://reductiondesmefaits.aitq.com/index.php/capsules-itss-mainmenu-49>) pour des capsules d'information pertinentes.

En ce qui concerne les autres programmes d'éducation pour les détenus à travers le pays, Lines (2002) a constaté d'importantes variations (p. ex., prisons avec et sans lien avec un personnel médical externe, des organismes de lutte contre le sida et d'autres organismes communautaires qui visitent les prisons pour y fournir une éducation; certaines prisons offraient une éducation par des pairs, mais l'éducation prend souvent la forme d'un counselling individuel avec des employés de l'unité de santé ou des soins infirmiers de la prison). On notait également d'importantes variations dans l'éducation et la formation du personnel (p. ex., composante de la formation obligatoire sur les maladies infectieuses dans certaines régions, offre occasionnelle de séances de « révision des notions »). Il est possible que la situation se soit améliorée avec le temps, mais nos connaissances demeurent incomplètes. À la lumière d'un examen plus récent des programmes, des politiques et du matériel de formation de toutes les instances juridiques du Canada et de visites dans des prisons fédérales, provinciales et territoriales dans huit provinces, Betteridge et Dias (2007) ont compilé des renseignements sur les services liés au VIH, au VHC et des services connexes. Ces auteurs ont décrit en détail certains programmes d'éducation sur la prévention et la réduction des méfaits fournis par des pairs et par des intervenants communautaires, à l'intention des détenus, ainsi que des

programmes de formation et d'éducation pour le personnel carcéral. Selon les résultats de leur aperçu des politiques, les prisons fédérales et huit systèmes correctionnels provinciaux et territoriaux étaient dotés de politiques concernant l'éducation et l'information sur le VIH et le VHC pour les détenus adultes, alors que les prisons fédérales et neuf systèmes provinciaux et territoriaux avaient des politiques sur l'éducation du personnel (p. 24). Betteridge et Dias (2007) ont également noté que, bien que toutes les prisons du SCC devraient être dotées d'un programme d'éducation par les pairs et de counselling, ce n'était pas le cas de toutes. Ils ont aussi signalé que les programmes fournis par des organismes communautaires variaient d'une prison à l'autre. Il est évident que les variations et les limites sont nombreuses, et que les évaluations rigoureuses sont rares. De plus, les renseignements sur les politiques et programmes clés dataient de la première moitié de 2006, ce qui signifie qu'ils pourraient être obsolètes. Néanmoins, ce rapport est une ressource que les programmes pourraient souhaiter consulter pour prendre connaissance de programmes locaux qui ont été réalisés et qui existent peut-être encore, et pour trouver des contacts afin de s'informer des efforts en cours dans leur région.

Betteridge et Dias (2007) ont dressé une liste d'orientations stratégiques pour l'action, qui incluent d'établir un consensus sur « les politiques et pratiques exemplaires, au Canada, en matière de prévention du VIH et du VHC et de réduction des méfaits en prison, afin d'établir la norme que toutes les juridictions canadiennes devraient viser à atteindre, en tenant compte de leurs circonstances particulières » (p. 3).

### **Éducation et références pour les personnes qui seront bientôt libérées de prison**

Après leur mise en liberté, les individus sont à risque accru de reprise et/ou d'augmentation de leur consommation de drogues, de comportements à risque élevé pour la transmission de pathogènes hématogènes, de vie instable et de facteurs stressants (Ehrmann, 2002; Rich et al., 2001). L'offre de services pour maintenir ou améliorer la continuité des soins peut aider à atténuer ces problèmes. Une planification efficace de la mise en liberté doit commencer avant la date de libération et établir des liens avec des services sociaux et de santé complets dans les communautés où les ex-détenus retourneront. Les personnes qui sortent de prison, y compris celles vivant avec le VIH, pourraient avoir besoin de références vers divers services communautaires, notamment en matière de traitement du VIH, de logement, de traitement de la dépendance, de santé mentale et d'emploi (Rich et al., 2001). Pour les personnes qui consomment des drogues, les

liens à des programmes communautaires de traitement de la dépendance et de réduction des méfaits comme le TEM et les PSA contribuent à la continuité des soins et procurent l'accès à du matériel plus sécuritaire pour la consommation de drogues et à des services d'éducation.

L'éducation à la prévention des surdoses et la provision de trousse de naloxone et/ou de références à des programmes qui offrent ces éléments sont des composantes cruciales de l'éducation et de la planification pour les personnes qui seront bientôt libérées de prison. La période suivant immédiatement l'incarcération entraîne un risque élevé de surdose et de décès lié aux drogues (Binswanger et al., 2007, 2013; Merrall et al., 2010). Dans une méta-analyse d'études ayant examiné la mortalité chez des adultes au cours des 12 semaines suivant leur mise en liberté de prison, Merrall et al. (2010) ont mesuré un risque de décès lié aux drogues de trois à huit fois supérieur au cours des deux premières semaines suivant la mise en liberté, comparativement aux semaines 3 à 12.

La naloxone renverse la dépression respiratoire qui survient en cas de surdose d'opioïdes. Un essai clinique contrôlé randomisé (N-ALIVE) est en cours, concernant la distribution de naloxone à des personnes consommant des drogues et ayant été récemment libérées de prison (Strang et al., 2013; voir [www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/addictions/research/drugs/N-ALIVE.aspx](http://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/addictions/research/drugs/N-ALIVE.aspx)). Cette étude enrôlera 5 600 participants dans le cadre d'un essai pilote, puis s'étendra à 56 000 participants pour l'essai complet (Strang et al., 2013). Quelques études ont déjà démontré que la provision de naloxone à des personnes nouvellement sorties de prison peut être un moyen efficace pour prévenir les décès par surdose (Green et al., 2014; Information Services Division, 2014). Voir le Chapitre 11 (Prévention des surdoses d'opioïdes : éducation et distribution de naloxone) de la Partie 1 des Recommandations de pratiques exemplaires, pour un examen des données sur la distribution de naloxone dans la communauté (Strike et al., 2013). Un examen systématique plus récent de 21 études auprès d'échantillons du milieu communautaire a conclu que « des interventions d'éducation et de formation impliquant la provision de naloxone réduisent la mortalité liée aux surdoses » (OEDT, 2015, p. 11). Des données moins fiables mais néanmoins consistantes, appuient des interventions d'éducation et de formation sur la naloxone pour les « patients ayant une dépendance aux opioïdes et leurs pairs » en tant que moyen efficace pour rehausser les connaissances et les attitudes positives à l'égard de l'utilisation adéquate de la naloxone (EMCDDA, 2015). Au moment d'écrire ces lignes, le SCC ne fournissait pas de formation sur la naloxone dans le processus de mise en liberté. Toutefois, dans ses lignes

directrices sur la planification de la mise en liberté et de transfert, le SCC a récemment reconnu que les détenus ont besoin de ressources communautaires et d'information sur la réduction des méfaits, y compris de trousse de naloxone pour la prévention des surdoses mortelles (Buxton, communication personnelle, 2015). Cette reconnaissance inhabituelle du SCC à l'égard des ressources de réduction des méfaits pourrait être le signe d'efforts collaboratifs accrus entre les programmes communautaires

---

### **Sommaire des données sur l'éducation et autres services dans le contexte carcéral**

Les données qui éclairent ce chapitre sont issues principalement d'une combinaison d'études qualitatives, d'examen de la littérature, d'études observationnelles et de littérature grise comprenant des rapports qui contiennent des revues de la littérature ou des examens en profondeur. Des études transversales ont apporté des informations sur la prévalence des infections transmissibles par le sang et sur les comportements à risque en prison. Il existe relativement peu d'études empiriques abordant explicitement les interventions d'organismes communautaires dans des établissements carcéraux ou l'éducation sur la réduction des méfaits pour les détenus.

## Références

- Abbing HR. Prisoners right to healthcare, a European perspective. *European Journal of Health Law*, 2013 Mar;20(1):5-19.
- Agence de la santé publique du Canada. Résumé des résultats clés de la phase 3 du système I-Track (2010 à 2012); 2014. Consulté en décembre 2014 à : [www.catie.ca/sites/default/files/64-02-14-1237\\_I-Track-Phase3-Summary\\_FR-FINAL-WEB.pdf](http://www.catie.ca/sites/default/files/64-02-14-1237_I-Track-Phase3-Summary_FR-FINAL-WEB.pdf)
- Albizu-García CE, Hernández-Viver A, Feal J, Rodríguez-Orengo JF. Characteristics of inmates witnessing overdose events in prison: Implications for prevention in the correctional setting. *Harm Reduction Journal*, 2009;6:15.
- Betteridge G, Dias G. Temps dur : programmes de prévention du VIH et de l'hépatite C pour les détenus au Canada; 2007. Réseau juridique canadien VIH/sida, PASAN. Consulté en septembre 2014 à : <http://librarypdf.catie.ca/PDF/P47/24876.pdf>
- Binswanger IA, Blatchford PJ, Mueller SR, Stern MF. Mortality after prison release: Opioid overdose and other causes of death, risk factors, and time trends from 1999 to 2009. *Annals of Internal Medicine*, 2013;159(9):592-600.
- Binswanger IA, Stern MF, Deyo RA, Heagerty PJ, Cheadle A, Elmore JG, Koepsell TD. Release from prison--a high risk of death for former inmates. *New England Journal of Medicine*, 2007 Jan;356(2):157-165.
- Bollini P, Laporte J-, Harding TW. HIV prevention in prisons: Do international guidelines matter? *European Journal of Public Health*, 2002;12(2):83-89.
- Bureau de l'enquêteur correctionnel. Document d'information : Délinquants autochtones – Une situation critique; 2013. Consulté en février 2015 à : [www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/oth-aut/oth-aut20121022info-fra.aspx](http://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/oth-aut/oth-aut20121022info-fra.aspx)
- Bureau de l'enquêteur correctionnel. Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2013-2014; 2014. Enquêteur correctionnel du Canada. Consulté en décembre 2014 à : [www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/annrpt/annrpt20132014-fra.aspx](http://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/annrpt/annrpt20132014-fra.aspx)
- Calzavara L, Ramuscak N, Burchell AN, Swantee C, Myers T, Ford P, Fearon M, Raymond S. Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Ontario remand facilities. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2007;177(3):257-261.
- Chu S, Elliott R. Pour changer net : argumentaire en faveur de programmes d'échange de seringues en prison au Canada; 2009. Réseau juridique canadien VIH/sida. Consulté en septembre 2014 à : [www.aidslaw.ca/site/clean-switch-the-case-for-prison-needle-and-syringe-programs-in-canada/?lang=fr](http://www.aidslaw.ca/site/clean-switch-the-case-for-prison-needle-and-syringe-programs-in-canada/?lang=fr)
- Chu S, Peddle K. Sous la peau – Témoignages individuels démontrant la nécessité de programmes d'échange de seringues en prison; 2010. Réseau juridique canadien VIH/sida. Consulté en février 2015 à : [www.aidslaw.ca/site/wp-content/uploads/2013/09/UndertheSkin-FRA.pdf](http://www.aidslaw.ca/site/wp-content/uploads/2013/09/UndertheSkin-FRA.pdf)
- Comité permanent de la sécurité publique et nationale. La présence de drogues et d'alcool dans les pénitenciers fédéraux : une problématique alarmante; 2012. Consulté en septembre 2014 à : [www.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/411/SECU/Reports/RP5498869/securp02/securp02-f.pdf](http://www.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/411/SECU/Reports/RP5498869/securp02/securp02-f.pdf)
- Crofts N, Thompson S, Wale E, Hernberger F. Risk behaviours for blood-borne viruses in a Victorian prison. *Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 1996;29(1):20-28.
- De Groot AS, Dilorenzo M, Sylla M, Bick J. Challenges and opportunities for HIV care in jails and prisons in the United States. *International Journal of Prisoner Health*, 2006;2(3):173-191.
- Dolan K, Wodak A, Hall W. HIV risk behaviour and prevention in prison: A bleach programme for inmates in NSW. *Drug and Alcohol Review*, 1999;18(2):139-143.
- Dyer J, Tolliday L. Hepatitis C education and support in Australian prisons: Preliminary findings of a nationwide survey. *Health Promotion Journal of Australia*, 2009 Apr;20(1):37-41.
- Ehrmann T. Community-based organizations and HIV prevention for incarcerated populations: Three HIV prevention program models. *AIDS Education and Prevention*, 2002;14(5 Suppl B):75-84.
- Getaz L, Wolff H. Hepatitis B: Prevalence, risk factors and knowledge of transmission modes among inmates in a Swiss prison. *Journal of General Internal Medicine*, 2011 May;26(Suppl):S144-S145.
- Granger-Brown A, Buxton JA, Condello L-L, Feder D, Hislop TG, Martin RE, Salmon A, Smith M, Thompson J. Collaborative community-prison programs for incarcerated women in BC. *BC Medical Journal*, 2012;54(10):509-513.

- Green TC, Ray M, Bowman SE, McKenzie M, Rich JD. Two cases of intranasal naloxone self-administration in opioid overdose. *Substance Abuse*, 2014;35(2):129-132.
- Hellard ME, Aitken CK. HIV in prison: What are the risks and what can be done? *Sexual Health*, 2004;1(2):107-113.
- Hunt DR, Saab S. Viral hepatitis in incarcerated adults: A medical and public health concern. *American Journal of Gastroenterology*, 2009;104(4):1024-1031.
- Information Services Division. National naloxone programme Scotland – naloxone kits issued in 2012/2013 (revision); 2014. Consulté en décembre 2014 à : [www.isdscotland.org/Health-Topics/Drugs-and-Alcohol-Misuse/Publications/2014-05-27/2014-05-27-Naloxone-Report.pdf](http://www.isdscotland.org/Health-Topics/Drugs-and-Alcohol-Misuse/Publications/2014-05-27/2014-05-27-Naloxone-Report.pdf)
- Jürgens R. Le VIH/sida en milieu carcéral – Une bibliographie sélective et annotée (deuxième édition); 2007. Santé Canada. Consulté en septembre 2014 à : [www.aidslaw.ca/site/hiv-aids-and-hcv-in-prisons-a-select-annotated-bibliography-second-edition/?lang=fr](http://www.aidslaw.ca/site/hiv-aids-and-hcv-in-prisons-a-select-annotated-bibliography-second-edition/?lang=fr)
- Kerr T, Wood E, Betteridge G, Lines R, Jurgens R. Harm reduction in prisons: A 'rights based analysis'. *Critical Public Health*, 2004 Dec;14(4):345-360.
- Kinner SA, Jenkinson R, Gouillou M, Milloy MJ. High-risk drug-use practices among a large sample of Australian prisoners. *Drug and Alcohol Dependence*, 2012;126(1-2):156-160.
- Lines R. La lutte au VIH/sida dans nos prisons : trop peu, trop tard — Un rapport d'étape; 2002. Réseau juridique canadien VIH/sida. Consulté en août 2014 à : [www.aidslaw.ca/site/action-on-hiv-aids-in-prisons-too-little-too-late-a-report-card-2/?lang=fr](http://www.aidslaw.ca/site/action-on-hiv-aids-in-prisons-too-little-too-late-a-report-card-2/?lang=fr)
- Long J, Allwright S, Begley C. Prisoners' views of injecting drug use and harm reduction in Irish prisons. *International Journal of Drug Policy*, 2004 Apr;15(2):139-149.
- Luce J, Strike C. A cross Canada scan of methadone maintenance treatment policy developments. A report prepared for the Canadian Executive Council on Addictions; 2011. Consulté en novembre 2014 à : [www.canadianharmreduction.com/node/1975](http://www.canadianharmreduction.com/node/1975)
- Martin RE, Gold F, Murphy W, Remple V, Berkowitz J, Money D. Drug use and risk of bloodborne infections: A survey of female prisoners in British Columbia. *Revue canadienne de santé publique*, 2005;96(2):97-101.
- Merrall ELC, Kariminia A, Binswanger IA, Hobbs MS, Farrell M, Marsden J, Hutchinson SJ, Bird SM. Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison. *Addiction*, 2010 Sep;105(9):1545-1554.
- Miller ER, Moore JM, Bi P. Harm reduction behind bars: Prison worker perspectives. *SAGE Open*, 2013;3(3):1-12.
- Milloy M-J, Wood E, Small W, Tyndall M, Lai C, Montaner J, Kerr T. Incarceration experiences in a cohort of active injection drug users. *Drug and Alcohol Review*, 2008 Nov;27(6):693-699.
- Niveau G. Prevention of infectious disease transmission in correctional settings: A review. *Public Health*, 2006;120(1):33-41.
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Preventing fatal overdoses: A systematic review of the effectiveness of take-home naloxone; EMCDDA Papers, 2015. Consulté en janvier 2015 à : [www.emcdda.europa.eu/publications/emcdda-papers/naloxone-effectiveness](http://www.emcdda.europa.eu/publications/emcdda-papers/naloxone-effectiveness)
- Organisation mondiale de la santé. Health in prisons: A WHO Guide to the essentials in prison health; 2007. Consulté en septembre 2014 à : [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/99018/E90174.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf)
- Organisation mondiale de la santé. Note d'orientation : fourniture de matériel d'injection stérile pour réduire la transmission du VIH; 2004. Consulté en septembre 2014 à : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70666/1/WHO\\_HIV\\_2004.03\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70666/1/WHO_HIV_2004.03_fre.pdf)
- Organisation mondiale de la santé. Status Paper on prisons, drugs and harm reduction; 2005. Consulté en septembre 2014 à : [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/78549/E85877.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/78549/E85877.pdf)
- Peate I. Prisoner health: HIV infection and other blood-borne viral infections. *British Journal of Nursing*, 2011;20(10):605-610.
- Perron C et al. Portrait de situation sur les services de santé offerts aux détenus par le système carcéral fédéral et les actions menées par le milieu communautaire au Québec; 2006. Consulté en décembre 2014 à : [www.capahc.com/savoir-positif-comite-carceral/](http://www.capahc.com/savoir-positif-comite-carceral/)
- Pollini RA, Alvelais J, Gallardo M, Vera A, Lozada R, Magis-Rodriguez C, Strathdee SA. The harm inside: Injection during incarceration among male injection drug users in Tijuana, Mexico. *Drug and Alcohol Dependence*, 2009;103(1-2):52-58.

- Polonsky S, Kerr S, Harris B, Gaiter J, Fichtner RR, Kennedy MG. HIV prevention in prisons and jails: Obstacles and opportunities. *Public Health Reports*, 1994;109(5):615-625.
- Poulin C, Alary M, Lambert G, Godin G, Landry S, Gagnon H, Demers É, Morarescu E, Rochefort J, Claessens C. Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Quebec provincial prisons. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2007;177(3):252-256.
- Pulford AJ, Aspinall E, Hardie S, Murphy L, McDevitt RM, Watts M. Prisoners' self-reported health and attitudes to health promotion initiatives in a Scottish Prison. *Health Education Journal*, 2013 Jan;72(1):5-12.
- Réseau juridique canadien VIH/sida. VIH et hépatite C en prison : les faits; 2008. Consulté en décembre 2014 à : [www.catie.ca/fr/ressources/vih-et-hepatite-c-en-prison-les-faits](http://www.catie.ca/fr/ressources/vih-et-hepatite-c-en-prison-les-faits)
- Rich JD, Holmes L, Salas C, Macalino G, Davis D, Ryczek J, Flanigan T. Successful linkage of medical care and community services for HIV-positive offenders being released from prison. *Journal of Urban Health*, 2001;78(2):279-289.
- Samuel MC, Doherty PM, Bulterys M, Jenison SA. Association between heroin use, needle sharing and tattoos received in prison with hepatitis B and C positivity among street-recruited injecting drug users in New Mexico, USA. *Epidemiology and Infection*, 2001 Dec;127(3):475-484.
- Seddon T. Improving the health of drug-using prisoners: An exploratory study of drug information needs in male Young Offender Institutions. *Health Education Journal*, 2001;60(1):17-25.
- Service correctionnel du Canada. Rapport d'évaluation : Initiative sur les pratiques de tatouage sécuritaires, Service correctionnel du Canada; 2009. Consulté en septembre 2014 à : [www.csc-scc.gc.ca/text/pa/ev-tattooing-394-2-39/index-fra.shtml](http://www.csc-scc.gc.ca/text/pa/ev-tattooing-394-2-39/index-fra.shtml)
- Service correctionnel du Canada. Surveillance des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens 2005-2006; 2011. Consulté en septembre 2014 à : [www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/infdscfp-2005-06/tb-fra.shtml](http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/infdscfp-2005-06/tb-fra.shtml)
- Small W, Kain S, Laliberte N, Schechter MT, O'Shaughnessy MV, Spittal PM. Incarceration, addiction and harm reduction: Inmates experience injecting drugs in prison. *Substance Use and Misuse*, 2005;40(6):831-843.
- Stöver H. A handbook for starting and managing needle and syringe programmes in prisons and other closed settings; 2014. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime.
- Strang J, Bird SM, Parmar MK. Take-home emergency naloxone to prevent heroin overdose deaths after prison release: Rationale and practicalities for the N-ALIVE randomized trial. *Journal of Urban Health*, 2013 Oct;90(5):983-996.
- Strike C, Hopkins S, Watson TM, Gohil H, Leece P, Young S, Buxton J, Challacombe L, Demel G, Heywood D, Lampkin H, Leonard L, Lebounga Vouma J, Lockie L, Millson P, Morissette C, Nielsen D, Petersen D, Tzemis D, Zurba N. Recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes canadiens de réduction des méfaits qui fournissent des services aux utilisateurs de drogues qui sont à risque de contracter le VIH et le VHC, et d'autres méfaits : Partie 1. 2013. Consulté en septembre 2014 à : [www.catie.ca/fr/programmation/meilleures-pratiques-reduction-mefaits](http://www.catie.ca/fr/programmation/meilleures-pratiques-reduction-mefaits)
- van der Meulen E, Chu SKH. Réduction des méfaits derrière les barreaux : Les programmes de seringues et d'aiguilles en prison. Point de mire sur la prévention, 2015. Consulté en février 2015 à : [www.catie.ca/fr/pdm/printemps-2015/reduction-mefaits-derriere-les-barreaux-les-programmes-seringues-aiguilles-prison](http://www.catie.ca/fr/pdm/printemps-2015/reduction-mefaits-derriere-les-barreaux-les-programmes-seringues-aiguilles-prison)
- Watson TM. The politics of harm reduction in federal prisons. *International Journal of Drug Policy*, 2014;25(5):916-923.
- Zakaria D, Thompson JM, Jarvis A, Borgatta F. Résumé des premiers résultats du Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque; 2010. Service correctionnel du Canada. Consulté en septembre 2014 à : [www.csc-scc.gc.ca/recherche/005008-0211-01-fra.shtml](http://www.csc-scc.gc.ca/recherche/005008-0211-01-fra.shtml)

## Annexe A – Méthodes. Aperçu des résultats de la recherche : revue et synthèse

Les revues et synthèses des données scientifiques sur les interventions de santé publique sont complexes, puisque celles-ci comportent des éléments multiples (p. ex., information, éducation, renforcement et maîtrise des compétences) et que les types et la qualité des données scientifiques disponibles présentent des variations (Centre for Reviews and Dissemination, 2009; Jackson & Waters, 2005; Pawson et al., 2005). Pour préparer les chapitres du présent document, nous avons utilisé une méthode de synthèse narrative. Cette approche est appropriée à la complexité et à la multiplicité de composantes des programmes de réduction des méfaits, qui fournissent un éventail de services aux personnes utilisant des drogues et qui sont vulnérables au VIH, au VHC et à d'autres méfaits. Elle combine une collecte systématique, une évaluation de la qualité et une synthèse de plusieurs types d'études et de données de recherche – études expérimentales, études observationnelles et études qualitatives – à l'aide de méthodes rigoureuses et reproductibles. Nous avons adopté un système semblable à celui de la synthèse narrative en sept étapes, décrit par Popay et al. (2006) :

- 1) Identifier le point de mire de la revue de la littérature, puis chercher et répertorier les données disponibles (c.-à-d., décrire les types d'interventions, les devis utilisés et le volume de littérature)
- 2) Développer une « théorie » ou une explication, quant à la façon dont l'intervention/activité produit l'effet désiré
- 3) Préciser une question d'examen des données scientifiques, incluant la population, les interventions et les résultats
- 4) Identifier des études à inclure dans l'examen
- 5) Extraire les données et évaluer leur qualité
- 6) Résumer les données des études
- 7) Faire état des résultats de la revue de la littérature

Nous avons conçu notre projet de manière à intégrer une série d'activités itératives et qui se recoupent, y compris l'identification, l'extraction et la synthèse des données et le développement de recommandations de pratiques exemplaires. Tout au long du projet, nous avons eu des conférences téléphoniques régulières pour obtenir le consensus de l'équipe sur l'ensemble des activités et des résultats.

### Développement d'une table des matières et d'un plan de travail

Notre équipe a utilisé une approche décisionnelle par consensus pour développer une table des matières énumérant les principaux domaines de pratique à inclure dans les nouvelles recommandations de pratiques exemplaires, à la fois pour les Parties 1 et 2. Nous avons ensuite développé une proposition de recherche officielle et un plan de travail pour réaliser les revues et synthèses de littérature nécessaires et pour intégrer les données dans les recommandations de pratiques exemplaires.

### Identification et extraction des données de recherche pertinentes à chaque domaine principal de pratique

Des recherches dans Medline, Embase, PsycINFO, Sociological Abstracts, CINAHL et Scopus ont été effectuées pour chaque domaine de contenu. À quelques exceptions près, les bases de données ont été consultées à partir de 2006, année correspondant aux recommandations de pratiques exemplaires les plus anciennes au Canada (c.-à-d., les recommandations de pratiques exemplaires de l'Ontario pour les programmes de seringues et d'aiguilles; Strike et al., 2006).

Les critères pour l'inclusion des documents dans l'examen étaient : (a) un sujet pertinent au domaine de contenu; (b) un texte publié en anglais ou en français; et (c) des résultats déclarés qui étaient pertinents au contexte du système de santé publique canadien. La liste des références dans les articles admissibles a été examinée afin de repérer tout autre article susceptible de correspondre aux critères d'inclusion. Dans le cas des articles qui ne répondaient pas aux critères d'inclusion pour un domaine de contenu donné, nous avons réévalué leur pertinence pour d'autres domaines de contenu. Ceux qui étaient considérés comme potentiellement appropriés ont été retenus pour l'examen dans la perspective de ces autres domaines de contenu. Tous les articles restants ont été exclus. Nous avons ajouté à ces documents des évaluations de programmes canadiens non publiés et d'autres éléments de la littérature grise.

## Évaluation de la qualité d'études sélectionnées et synthèse des données

Conformément à notre objectif de fournir les orientations les plus appropriées au contexte canadien (tout en reconnaissant les variations d'une province et d'un territoire à l'autre), nous avons adapté une approche d'évaluation des données à partir de méthodes du National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2012) correspondant à la portée de notre projet. Après l'extraction des articles pertinents, nous avons évalué la qualité des études et le niveau de preuve (p. ex., essais contrôlés randomisés, études transversales) décrit dans les méthodes NICE. À partir des types d'études inclus et des tendances observées (p. ex., les données sur les comportements à risque sont principalement issues d'études de cohortes prospectives et d'études transversales), un sommaire de la qualité des données a été préparé pour chaque chapitre. Les encadrés des sommaires sont intentionnellement concis et rédigés en langage simple.

Pour chaque chapitre, les encadrés de sommaires des données extraites et d'évaluation de la qualité ont été examinés et comparés à l'explication du fonctionnement de l'intervention, de l'activité ou du modèle de programme (p. ex., les programmes mobiles élargissent la portée des services de réduction des méfaits; la distribution de seringues pour l'injection de stéroïdes anabolisants peut réduire les comportements à risque liés à l'injection). Pour certains chapitres de la Partie 2, les données publiées étaient limitées et/ou celles que nous avons trouvées étaient de faible qualité. Dans ces cas, nous avons recommandé des activités de programme pour évaluer le besoin de services et de fournitures spécifiques, plutôt que de recommander des politiques de pratiques exemplaires. Nous nous sommes efforcés d'utiliser un langage simple pour la rédaction des sommaires des données dans chaque domaine principal.

## Développement des recommandations de pratiques exemplaires pour chaque domaine de contenu

Lors des réunions de l'équipe, des encadrés de sommaires des données et d'évaluation de la qualité ont été examinés et évalués; nous avons utilisé un processus décisionnel par consensus pour « approuver » le contenu de chaque chapitre, y compris les recommandations de pratiques exemplaires et d'activités de programmes spécifiques. Avant les conférences téléphoniques, les membres de l'équipe recevaient les ébauches des chapitres. On leur demandait de commenter les sommaires des données et de déterminer si du travail supplémentaire était requis ou si les sommaires étaient suffisants pour ensuite ébaucher des

recommandations de pratiques exemplaires sur le domaine de contenu en question. Chaque recommandation a été rédigée en langage simple.

## Références

Centre for Reviews and Dissemination. Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care. 2009. Consulté en avril 2015 à : [www.york.ac.uk/media/crd/Systematic\\_Reviews.pdf](http://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic_Reviews.pdf)

Jackson N, Waters E. Criteria for the systematic review of health promotion and public health interventions. *Health Promotion International*, 2005;20(4):367-374.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *Methods for the development of NICE public health guidance (third edition)*. 2012. Consulté en avril 2015 à : [www.nice.org.uk/article/pmg4/chapter/1%20Introduction](http://www.nice.org.uk/article/pmg4/chapter/1%20Introduction)

Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. Realist review - a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2005;10(Suppl. 1):21-34.

Popay J, Roberts H, Sowden A, Petticrew M, Arai L, Rodgers M, Britten N, et al. *Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews: A product from the ESRC Methods Programme*. 2006.

Strike C, Leonard L, Millson M, Anstice S, Berkeley N, Medd E. *Les programmes d'échange de seringues en Ontario : recommandations de pratiques exemplaires*. Toronto : Comité ontarien de coordination de l'échange de seringues; 2006. Consulté en avril 2015 (version originale anglaise) à : [www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/aids/reports/ontario\\_needle\\_exchange\\_programs\\_best\\_practices\\_report.pdf](http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/aids/reports/ontario_needle_exchange_programs_best_practices_report.pdf) (traduction française accessible à [www.ohrdp.ca/wp-content/uploads/pdf/Pratiques\\_Exemplaires.pdf](http://www.ohrdp.ca/wp-content/uploads/pdf/Pratiques_Exemplaires.pdf)).

