

FAQ

sur les programmes d'échange de seringues



Cette Foire aux questions sur les programmes d'échange de seringues (PES) a été préparée par le Dr John Weekes, analyste principal de recherche, et Karen Cumberland, agente responsable des politiques, Recherche et politique, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, avec l'aide de Darlène Palmer, CACTUS Montréal. Le document vise à fournir des renseignements courants, objectifs et empiriques sur les débats qui entourent les PES au Canada¹.

Qu'est-ce que l'utilisation de drogues injectables?

- L'utilisation de drogues injectables est un processus par lequel une ou plusieurs substances psychoactives sont injectées directement dans l'organisme à l'aide d'une seringue hypodermique². Même si de nombreux usagers de drogues n'aiment pas cette façon de prendre des drogues à cause du sentiment d'inconfort ou de crainte que provoquent les aiguilles, c'est souvent la méthode de consommation privilégiée car la drogue entre plus rapidement et plus directement dans le sang qu'avec toute autre méthode (p. ex., en fumant, en avalant ou en reniflant). Les utilisateurs de drogues injectables (UDI) la considèrent comme une méthode plus efficace qui produit moins de pertes.

Quels types de drogues sont injectés?

- Peuvent être injectées dans l'organisme presque toutes les drogues psychoactives licites (légales) ou illicites (illégal) susceptibles d'être liquéfiées. Ces substances proviennent de diverses sources, comme le marché noir ou une prescription détournée. Au Canada, les UDI utilisent fréquemment les drogues suivantes, notamment :
 - Cocaïne
 - Héroïne
 - Combinaisons d'héroïne et de cocaïne (« speedballs »)
 - Amphétamines
 - Talwin et Ritalin (« T et R »)
 - Opioïdes pharmaceutiques (p. ex., Dilaudid, morphine, etc.)
 - Stéroïdes anabolisants

Le problème de l'usage des drogues injectables est-il répandu au Canada?

- Il est difficile d'obtenir des données précises sur la prévalence et le profil de l'utilisation des drogues injectables au Canada et à l'échelle internationale, parce que c'est une activité illégale. De plus, beaucoup d'UDI n'ont pas d'adresse fixe et sont donc difficiles à identifier et à pister. Pour cette raison, les estimations sur l'utilisation des drogues injectables reposent pour la plupart sur des renseignements obtenus des programmes de traitement, des rapports de coroner sur des décès liés à la drogue, des programmes d'échange de seringues et des rapports d'arrestation.
- Au Canada, l'utilisation des drogues injectables est une activité problématique. Dans le passé, on croyait que l'utilisation des drogues injectables se limitait aux grands centres urbains du Canada, comme Vancouver, Toronto et Montréal. Cependant, il est clair qu'il y a beaucoup d'UDI partout au pays, p. ex., à Calgary, à Winnipeg ou à Halifax³.
- Selon des statistiques sur la prévalence au Canada (obtenues à l'aide de méthodologies différentes) :
 - Il y a entre 75 000 et 125 000 utilisateurs de drogues injectables au Canada⁴ (de 0,2 % à 0,4 % environ de la population nationale).

- Environ le tiers des UDI sont des femmes⁵.
- On compte près de 15 000 UDI à Vancouver⁶.
- À Montréal, le nombre de personnes qui se piquent à la cocaïne varierait entre 6 000 et 25 000 et, pour l'héroïne, de 5 000 à 15 000 (certaines personnes pouvant consommer les deux drogues)⁷.
- Les estimations indiquent qu'environ 20 % des UDI au Canada s'injectent des drogues pour améliorer leur performance, comme des stéroïdes anabolisants⁸.

Comment la situation au Canada se compare-t-elle avec celle d'autres pays industrialisés?

- Selon une enquête nationale réalisée en Australie en 1998, plus de 130 000 personnes ont indiqué s'être injecté des drogues dans les 12 mois précédents (0,8 % de la population nationale); 2,1 % de la population ont indiqué avoir utilisé au moins une fois des drogues par injection dans leur vie⁹.
- Aux États-Unis, une enquête nationale menée en 2003 a révélé que sur une période de déclaration de trois ans, environ 338 000 personnes de 12 ans ou plus chaque année avaient utilisé une seringue pour s'injecter des drogues au cours de la période précédente de 12 mois (tout juste un peu plus de 0,1 % de la population nationale); les jeunes adultes de 18 à 25 ans étaient les plus susceptibles de s'engager dans cette activité¹⁰.
- Au R.-U., une étude longitudinale prospective sur les résultats de traitements d'un vaste éventail de problèmes de toxicomanie a révélé que 62 % des bénéficiaires de ces traitements s'étaient injecté des drogues avant le début du traitement. De ce nombre, 53 % avaient pris de l'héroïne, 28 %, des stimulants et 4 %, des benzodiazépines¹¹.
- Une étude récente sur les toxicomanies dans les pays de l'Union européenne et en Norvège a révélé qu'environ 50 % des utilisateurs de drogues problèmes se piquaient; autrement dit, cela représente entre 500 000 et 750 000 des quelque 1 million à 1,5 million d'utilisateurs de drogues problèmes¹².

Pourquoi l'utilisation des drogues injectables est-elle un problème?

- Facteurs de santé
 - L'utilisateur de drogues injectables s'expose grandement à contracter le VIH, l'hépatite C et d'autres infections virales graves transmissibles par le sang s'il partage des seringues contaminées (non stériles) ou, indirectement, un matériel contaminé ayant servi à des injections (cuillères, contenants, filtres, etc.).
 - Le partage des seringues intervient pour une forte proportion des cas de transmission de VIH et d'hépatite C. Par exemple, les recherches indiquent que l'utilisation des drogues injectables figure pour au moins 60 % des incidents de transmission de l'hépatite C au Canada¹³.
 - Sur la côte ouest, l'étude sur les UDI à Vancouver (VIDUS) a révélé que 28 % des UDI qui avaient participé à l'étude sont positifs au VIH et 86 % sont positifs à l'hépatite C¹⁴.
 - L'injection de cocaïne inquiète tout particulièrement, car certains toxicomanes se piquent jusqu'à 20 fois par jour¹⁵ – un taux d'injection qui accroît de façon vertigineuse le risque de contracter divers problèmes de santé.
 - Au nombre des complications sérieuses pour la santé, notons : abcès, infections (peau, cœur et poumon), dommages vasculaires, mauvaise nutrition, endocardite, réactions défavorables aux médicaments, transmission périnatale de maladies infectieuses à des enfants à naître, surdose mortelle et non mortelle^{16,17}, privation de sommeil, aménorrhée, dépression et autres problèmes de santé mentale, suicide et décès. Les coûts de la morbidité, de la mortalité et des soins de santé associés à une maladie chronique et à des soins palliatifs sont notables¹⁸.
- Facteurs personnels et sociaux
 - Souvent les UDI :
 - ▷ éprouvent des difficultés interpersonnelles et un isolement social, cause de problèmes dans leurs relations avec les amis et la famille;
 - ▷ présentent un niveau de scolarité moins élevé, d'où des problèmes d'emploi et un faible revenu;
 - ▷ sont l'objet d'une stigmatisation et de stéréotypes du fait qu'ils sont des « toxicomanes », ce qui accroît encore plus leur isolement social et leur marginalisation;
 - ▷ recourent fortement aux organismes de services sociaux et de santé.
 - On constate une forte corrélation entre l'utilisation de drogues injectables et divers types de comportement criminel et de sous-culture criminelle (contrebande, cambriolages, vols avec effraction)¹⁹. En Angleterre, 19 % des personnes arrêtées ont indiqué avoir utilisé des drogues injectables dans leur vie, et 14 % dans les 12 mois précédents²⁰.

Qu'est-ce qu'un programme d'échange de seringues?

- Les programmes d'échange de seringues sont les mesures de réduction des méfaits les plus courantes à l'égard des UDI. Dans un PES typique, les UDI reçoivent des seringues et un matériel d'injection propres en échange de leurs seringues souillées. Le matériel ainsi récupéré est traité comme des déchets biomédicaux dangereux et détruit en conséquence.
- Les PES représentent une forme centrale de diminution des méfaits. La diminution des méfaits est une approche pragmatique de la santé publique qui vise à mettre l'accent sur les conséquences ou les effets défavorables de la toxicomanie plutôt que sur l'utilisation des drogues ou les taux de consommation. Cette approche se fonde en partie sur le fait que beaucoup d'UDI ne sont ni capables ni désireux de mettre fin à l'utilisation de drogues injectables; leur fournir des aiguilles et un matériel d'injection stériles représente une façon simple et peu coûteuse de diminuer le risque de transmission des maladies infectieuses transmissibles par le sang. Une approche de diminution des méfaits reconnaît que l'abstinence est un des résultats possibles souhaitables, mais accepte pleinement que d'autres méthodes ou interventions contribuent à diminuer les méfaits pendant que la toxicomanie n'est pas nécessairement terminée^{21, 22, 23}.
- Beaucoup de pays ont établi des programmes officiels et non officiels d'échange de seringues pour les UDI, et on les considère largement comme une part importante d'un programme global de lutte contre la propagation du VIH et d'autres maladies transmissibles par le sang chez les UDI et d'autres personnes avec qui elles peuvent avoir des relations intimes.
- La mise en œuvre des PES a souvent lieu en même temps que des campagnes d'information, des programmes de counselling sur le VIH et l'hépatite C et d'autres stratégies de diffusion visant à établir et à préserver des contacts avec les groupes marginalisés d'usagers de drogues. Les PES peuvent comprendre les activités suivantes :
 - Des emplacements fixes et une « distribution » sur le terrain, notamment par des fourgonnettes mobiles ou des travailleurs de rue.
 - Des distributrices d'aiguilles dans des endroits clés (non disponibles au Canada).
 - La distribution de trousseaux – aiguilles, agent de blanchiment, vitamine C (pour aider à dissoudre l'héroïne ou le « crack »), eau stérilisée, coton-tiges pour désinfectant/alcool, cuiseur et étui à seringues. Il est également fréquent que des condoms soient distribués aux UDI.
 - Fournir des renseignements sur des méthodes sécuritaires d'utilisation des seringues.
 - Fournir des renseignements et une éducation sur les autres comportements à risque élevé associés à de telles activités (p. ex., des relations sexuelles protégées).
 - Des renvois à des services appropriés de traitement et de soutien.
 - La prévention et gestion des surdoses, notamment en fournissant du Narcan^{MD} (chlorhydrate de naloxone) pour inverser les effets des opioïdes.

À quand remontent les PES?

- En 1980, la *Junkiebond* (Ligue des toxicos), une espèce de regroupement d'usagers inquiets, voyait le jour à Rotterdam. La collaboration d'UDI associés à ce *Junkiebond* a débouché sur le premier PES à Amsterdam en 1984. Une fois par semaine, les services de santé de la municipalité livraient une grosse quantité de seringues jetables au *Junkiebond*, qui se chargeait ensuite de les distribuer contre des seringues souillées²⁴.
- Au Canada, les premiers PES ont ouvert officieusement leurs portes à Toronto en 1987, et officiellement à Toronto et à Vancouver en 1989. On compte actuellement plus de 30 PES au Canada²⁵. L'Île-du-Prince-Édouard est la seule province qui n'offre pas encore de PES²⁶.
- Beaucoup de pays (comme le Canada, les pays de l'Union européenne, l'Australie et la Nouvelle-Zélande) appuient ou tolèrent les PES comme solution pragmatique de lutte contre la propagation des maladies infectieuses.
- Aux États-Unis, le Congrès a interdit l'utilisation des deniers fédéraux aux fins des PES²⁷. Il est également interdit dans ce pays de consacrer des subventions fédérales à des études sur l'efficacité des PES²⁸. Malgré ces interdictions, des PES existent quand même dans quelques États grâce à des fonds de ces derniers et aux fonds des organismes locaux.
- Les définitions dans le *Code criminel* et dans la *Loi sur les aliments et drogues* au Canada permettent aux programmes d'échange de seringues d'échapper aux lois qui régissent la possession et la distribution de matériel lié aux drogues, en autant que les seringues « servent à prévenir » l'infection par le VIH et aussi parce que l'infection par le VIH est considérée comme une « maladie ». Bref, l'art. 462.2 du *Code criminel* ne considère pas comme une infraction la distribution de seringues dans le but d'empêcher la propagation de l'infection par le VIH²⁹.

- Aucune des trois conventions internationales sur les drogues ne mentionne spécifiquement les PES. Cependant, ces conventions appuient une diversité de mesures de traitement et de réinsertion sociale destinées à atténuer les méfaits liés à l'utilisation des drogues et les problèmes de santé^{30,31,32,33}. Dans ce contexte, l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) appuie en général les initiatives qui ont pour but de réduire l'incidence du partage des aiguilles et la propagation de maladies infectieuses transmissibles par le sang³⁴. Toutefois, l'OICS n'a pas indiqué qu'il appuyait spécifiquement les PES.

Parlez-nous des caractéristiques et des antécédents des utilisateurs des PES.

- Il est difficile de dresser un tableau ou un comportement général des personnes qui font appel aux PES. Des études ont révélé que les UDI qui recouraient aux PES appartiennent à un groupe de personnes qui courent un risque élevé de contracter une maladie infectieuse à cause de problèmes de toxicomanie plus graves que d'autres qui ne recourent pas à de tels services³⁵.
- Selon des renseignements de l'Australie, de la Grande-Bretagne et des États-Unis, les PES, les pharmacies qui fournissent des seringues et les programmes d'échange de seringues attirent des clientèles différentes qui ont chacune un comportement à risque différent. Ces données indiquent aussi que, pour assurer une couverture maximale, il faut offrir des modèles et des activités diversifiés de services et d'échange de seringues³⁶.
- L'utilisation de drogues injectables commence souvent à la fin de l'adolescence, et les jeunes adultes composent un pourcentage important des fréquents utilisateurs³⁷. En général, il s'agit habituellement de personnes socialement marginalisées qui habitent une région urbaine.
- L'injection de drogues est un phénomène beaucoup plus courant chez les jeunes de la rue et en prison que dans les écoles (typiquement dans une proportion de 1 % à 3 %). Par exemple,
 - 21 % des jeunes Autochtones de la rue dans sept grandes villes au Canada s'étaient déjà piqués³⁸;
 - 36 % des jeunes de la rue au Canada s'étaient piqués au moins une fois dans leur vie³⁹;
 - 45 % des jeunes de la rue aux États-Unis s'étaient piqués au moins une fois dans leur vie⁴⁰;
 - 17 % et 38 % des jeunes contrevenants de sexe masculin et féminin respectivement en Australie avaient utilisé des drogues injectables en prison au cours du mois précédent⁴¹.
- Chez les UDI, le ratio hommes-femmes est de trois à un. En revanche, l'âge moyen des UDI de sexe féminin est beaucoup plus bas que chez les hommes. Même si les raisons susceptibles d'expliquer les écarts entre les sexes ne sont pas claires, les études menées auprès des jeunes utilisateurs de drogues injectables révèlent que les femmes commencent à se piquer plus tôt que les hommes⁴².

Qui finance les PES au Canada?

- Entre 1989 et 1993, le gouvernement du Canada a partagé le coût de programmes pilotes avec cinq provinces.
- Plus récemment, des ententes de financement ont varié énormément au Canada. Cependant, bon nombre de partenariats intergouvernementaux ont été créés entre les provinces et les administrations locales. Par exemple, la Ville d'Ottawa et la province d'Ontario partagent à peu près également les coûts d'un PES⁴³.
- Au Québec, la Régie régionale de la santé publique de Montréal-Centre subventionne les PES.

Quels sont les résultats associés à l'existence et à la disponibilité des PES?

- Une diminution du risque (partage moins fréquent des seringues) et des méfaits (taux inférieur de transmission du VIH par injection) est associée aux PES et à une disponibilité accrue des seringues^{44,45}. Les UDI qui participent à un PES diminuent leurs comportements à risque. Une enquête mondiale a révélé que le taux d'infection par VIH chez les UDI avait diminué de 5,8 % par année dans les villes qui offraient des PES, mais qu'il avait augmenté de 5,9 % dans les villes sans PES.
- Les études réalisées dans des pays comme les Pays-Bas, la Grande-Bretagne et l'Australie ont démontré que les PES diminuaient sensiblement le risque d'infection à VIH par l'utilisation de drogues injectables⁴⁶.
- À Montréal, le PES de CACTUS a indiqué que l'utilisation de seringues souillées avait diminué, passant de 37 % à 26 % en six mois, et que l'utilisation de solutions de nettoyage (p. ex., un agent de blanchiment) avait augmenté, passant de 83 % à 93 % chez les participants du PES.

- La disponibilité des PES accroît la probabilité que les UDI acceptent de faire l'objet de mesures de traitement et de prévention⁴⁷.
- Les PES sont rentables car ils aident à éviter le coût important des soins de santé que nécessite le traitement de l'hépatite C, du VIH/SIDA et d'autres affections liées à l'utilisation de drogues injectables⁴⁸. Par exemple,
 - En 1991, le gouvernement de l'Australie a consacré 10 millions de dollars (dollars australiens) aux PES, contribuant ainsi à éviter l'apparition d'environ 3 000 nouveaux cas d'infection à VIH. Pour cette année-là seulement, les économies en soins de santé ont dépassé 266 millions de dollars⁴⁹.
 - Une autre étude réalisée en Australie a indiqué que dès l'an 2000, la mise sur pied des PES en 1988 aura permis d'éviter environ 25 000 infections à VIH chez les utilisateurs de drogues injectables, et que d'ici 2010, près de 4 500 décès auront été évités⁵⁰.
 - Aux États-Unis, le coût de traitement des infections à VIH provenant de l'utilisation de drogues injectables entre 1987 et 1995 se situerait entre 244 millions de dollars et 538 millions de dollars (dollars US)⁵¹.
- Par contraste, le coût d'une « trousse » complète (comprenant seringue, « cuiseur », eau, vitamine C, onguent antibactérien, etc.) est d'un peu plus de 1 \$ (CAN)⁵².

Les PES représentent-ils un risque pour le public?

- Le taux de récupération des seringues souillées est souvent égal ou même supérieur au taux de distribution. Par exemple, Vancouver Coastal Health, qui est responsable du PES dans la ville de Vancouver, a récemment indiqué que, pour les trois années de 2000 à 2002, le nombre de seringues remises par les UDI était plus élevé que le nombre de seringues distribuées⁵³.
- En 1995, le US National Academy Press et le National Research Council and Institute of Medicine ont indiqué que l'existence des PES n'avait pas donné lieu à une élimination inconsidérée du matériel de piquerie ni d'ailleurs à une plus grande incidence des accidents liés à des seringues dans des endroits publics (comme les parcs et les terrains de jeu)⁵⁴.

Comment la police réagit-elle aux PES?

- Les milieux policiers au Canada accordent leur appui aux PES à l'échelon national. En 1995, l'Association canadienne des chefs de police (ACCP) a adopté une résolution appuyant la Stratégie nationale contre le SIDA, laquelle comprenait un PES communautaire⁵⁵. En général, il semble y avoir des relations positives entre les services de police et les organismes qui s'occupent des PES au Canada.
- Toutefois, les services de police et les citoyens ont parfois indiqué que les PES contribuaient à divers maux de société (état d'ébriété, vagabondage, contrebande, prostitution, violence accrue) et à d'autres formes d'activités criminelles associées à la présence d'un plus grand nombre d'UDI et de vendeurs⁵⁶.
- Des études réalisées au Canada et ailleurs dans le monde ont révélé que les campagnes d'application et les « descentes » dans le voisinage des PES avaient eu pour effet :
 - de faire diminuer le nombre de seringues échangées et le nombre de seringues stériles distribuées aux UDI⁵⁷;
 - de faire diminuer le nombre de clients utilisant les PES⁵⁸;
 - de déplacer le « milieu des stupéfiants » à proximité des régions métropolitaines;
 - de décourager l'utilisation de pratiques et l'élimination sécuritaires des seringues;
 - d'augmenter l'incidence des actes de violence et de fraude⁵⁹.
- Les campagnes d'application de la loi ont aussi eu pour effet de diminuer le nombre de bénévoles désireux de participer aux PES⁶⁰.
- Même si l'existence d'un PES et la présence d'UDI risqueraient sans doute d'attirer des vendeurs alléchés par le « pot au miel », un rapport australien note que cela ne s'est pas produit⁶¹.

Y a-t-il des PES dans les établissements de correction?

- Depuis 15 ans, des PES ont été mis en place dans 46 prisons de six pays : Suisse, Allemagne, Espagne, Moldavie, Kirghizistan et Estonie⁶².

- Le principal motif derrière la création de PES dans ces établissements de correction était le risque de transmission de maladies infectieuses par le partage de seringues souillées chez les toxicomanes incarcérés. De fait, des recherches indiquent que le taux d'infection par VIH et l'hépatite C est beaucoup plus élevé dans les populations carcérales que dans la population en général⁶³. Diverses études au Canada ont constaté que les taux d'infection par l'hépatite C se situaient entre 28 % et 40 % dans les prisons⁶⁴ comparativement à environ 2 % au sein de la population canadienne.
- Au Canada, une enquête menée en 1995 auprès des pensionnaires de prisons fédérales a révélé que 11 % avaient indiqué s'injecter des drogues depuis leur incarcération⁶⁵.
- Les PES offerts dans les prisons sont considérés comme une partie intégrante d'une stratégie antidrogue globale, de concert avec le traitement de maintenance à la méthadone, la distribution d'agents de blanchiment, les condoms, les digues dentaires et les traitements contre les toxicomanies, qui vise à réduire les activités à risque élevé des prisonniers.
- Jusqu'à maintenant, aucun cas documenté n'indique que des seringues auraient servi d'armes contre des prisonniers ou des employés d'un établissement de correction⁶⁶.
- Une étude récente a révélé que les prisons qui offraient un PES n'avaient constaté aucune augmentation de la consommation de drogues ou de l'utilisation de drogues injectables⁶⁷.
- À l'heure actuelle, aucun établissement de correction au Canada n'offre de PES.

Quel est l'avenir des PES?

- Les PES sont reconnus en ce moment partout dans le monde comme une forme de diminution des méfaits « à faible seuil ».
- Les PES ont acquis une place importante dans le continuum toujours plus nombreux des méthodes de réduction des méfaits qui ont pour but de diminuer la propagation des maladies transmissibles par le sang à mesure que d'autres stratégies de réduction des méfaits entrent en jeu (p. ex., centres d'injection supervisés, héroïne de prescription).
- La disponibilité de seringues jetables à aiguilles rétractables est prometteuse car elle ferait des PES une ressource encore plus sécuritaire pour les UDI.

Notes en fin de texte

¹ Les auteurs remercient le D^r Benedikt Fischer et le D^{re} Diane Riley de leurs remarques constructives et de leur contribution à une précédente version de ce document. Toute erreur ou omission ne saurait être imputée qu'au CCLAT.

² On définit une seringue comme un dispositif renfermant une aiguille de petite taille servant à injecter (dans les tissus de l'organisme) ou à retirer des liquides. L'injection peut aussi avoir lieu sans aiguille ni seringue, par d'autres instruments ou dispositifs improvisés (pailles, recharges d'encre des stylos billes, etc.).

³ Réseau juridique canadien VIH/SIDA (1999) *L'injection de drogue : questions juridiques et éthiques*, Ottawa, Santé Canada.

⁴ Single, Eric (2000). *A socio-demographic profile of drug users in Canada*. Prepared for the HIV/AIDS Prevention and Community Action Programs of Health Canada. Ottawa, ON: The Author, 2000, p.39–40.

⁵ Santé Canada (2002). *UDI au Canada*. Hépatite C, Centre de documentation, Ottawa, Santé Canada.

⁶ Millar, J. (1998). *Hepatitis and injection drug use in British Columbia—Pay now or later*. Vancouver: Ministry of Health.

⁷ Roy, D. et Cloutier, R. (1994) *L'usage de drogues et l'épidémie du VIH : cadre de référence pour la prévention*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 11–12.

⁸ Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (2001). *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*. Ottawa, Santé Canada.

⁹ Australian National Council on Drugs (2003) *Needle and syringe programs: Position paper*. Canberra: Australian National Council on Drugs.

¹⁰ US Department of Health and Human Services (2003) *The National Household Survey on Drug Abuse: Injection Drug Use*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

¹¹ Gossop, M., Marsden, J. et Stewart, D. (1998). *NTORS at one year: the National Treatment Outcome Research Study: Changes in substance use, health and criminal behaviour one year after intake*. London: Department of Health.

¹² Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (2003). *Rapport annuel 2003 : État du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège*. Lisbonne, Portugal: Observatoire européen des drogues et des toxicomanies.

¹³ Zou, Shimian; Tepper, Martin; Giulivi, Antonio. Situation actuelle de l'hépatite C au Canada. *Revue canadienne de santé publique*, 91(suppl 1) juillet-août: S10- S16, 2000, 7 p.

-
- ¹⁴ Spittal, P. M., Tyndall, M., Li, K., Laliberte, N., Wood, E., Craib, K., O'Shaughnessy, M. V. et Schechter, M. T. (1998). *Vancouver injection drug study*. British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS, St. Paul's Hospital, University of British Columbia.
- ¹⁵ Réseau juridique canadien VIH/SIDA (1999)
- ¹⁶ Australian National Council on Drugs (2003)
- ¹⁷ Alcohol and other Drugs Council of Australia (2003). Needle and syringe programs. Deakin, Australia: Alcohol and other Drugs Council of Australia
- ¹⁸ Single, E. (1999). *The economic implications of injection drug use*. Paper presented at the Conference on Injection Drug Use, Montréal, PQ.
- ¹⁹ Single, E. (1999).
- ²⁰ Bennett, T. (1998). *Drugs and crime: The results of research on drug testing and interviewing arrestees*. London: Home Office Research and Statistics Directorate.
- ²¹ Single, E. (2001). *Harm reduction as the basis for Hepatitis C policy and programming*. Paper presented at the First Canadian Conference on Hepatitis C, Montréal, QC.
- ²² Marlatt, G. A. (1998). *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. New York: Guilford.
- ²³ Riley, D., Sawka, E., Conley, P., Hewitt, D., Mitic, W., Poulin, C., Room, R., Single, E. et Topp, J. (1999). Harm reduction: Concepts and practices. *Substance Use and Misuse*, 34, 9-24.
- ²⁴ Marlatt 1998.
- ²⁵ Riley, D. (1994). *Le modèle de réduction des méfaits : une approche pragmatique sur l'utilisation des drogues aux confins entre l'intolérance et l'apathie*. Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- ²⁶ Nowogorski, D. (personal communication), AIDS, PEI.
- ²⁷ "Sterile syringe access for IDUs in the 21st century: progress and prospects", *International Journal of Drug Policy* 14 (2003) 351-352.
- ²⁸ Vernick, J., Burris, S., Strathdee, S. "Public opinion about syringe exchange programmes in the USA: an analysis of national surveys", *International Journal of Drug Policy* 14 (2003) 431-435.
- ²⁹ Oscapella, Eugene (1995) *How Canadian Laws and Policies on "Illegal" Drugs Contribute to the Spread of HIV Infection and Hepatitis B and C*. Canadian Foundation for Drug Policy.
- ³⁰ Nations Unies. (1961). *Convention unique sur les stupéfiants de 1961*.
- ³¹ Nations Unies. (1971). *Convention sur les substances psychotropes, 1971*.
- ³² Nations Unies. (1988). *Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes*.
- ³³ Conseil économique et social des Nations Unies. (2002). *Commission des stupéfiants, Résolution 45/1 : Le virus de l'immunodéficience humaine et le syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/sida) et l'abus de drogues*. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime.
- ³⁴ United Nations. (1987). *Report of the International Narcotics Control Board for 1987*.
- ³⁵ Bruneau, J. et Schechter, M. T. (1998). *Needle exchange in Vancouver/Montreal worked*. US: NYT Op-ed. Media Awareness Project.
- ³⁶ "Sterile syringe access for IDUs in the 21st century: progress and prospects", *International Journal of Drug Policy* 14 (2003) 351-352.
- ³⁷ Roy, (2000).
- ³⁸ Shields, S., Enhanced Surveillance of Canadian Street Youth—Phase II: Self-Identified Aboriginal Youth. Division of STD Prevention and Control. Bureau of HIV/AIDS, STD and TB, 2000.
- ³⁹ Roy, E. et al., Injection Drug Use among Street Youth: A Dynamic Process. *Canadian Journal of Public Health*. Vol. 89 (4): 239-240, 1998.
- ⁴⁰ Martinez, T. et al., Psychosocial Histories, Social Environment, and HIV Risk Behaviors of Injection and Non-Injection Drug-using Homeless Youths, *Journal of Psychoactive Drugs*, Vol. 30 (1), 1998.
- ⁴¹ Copeland, J. et al., Gender, HIV Knowledge and Risk Taking Behaviour Among Substance Using Adolescents in New South Wales. *Journal of Substance Misuse*, Vol. 3: 206-212. 1998.
- ⁴² Santé Canada (2002). *UDI au Canada*. Hépatite C, Centre de documentation, Ottawa, Santé Canada.
- ⁴³ Lavigne, P. (communication personnelle). Direction de la santé publique et des soins de longue durée, Ville d'Ottawa.
- ⁴⁴ Watters, J., Estilo, M. J., Clark, G. L. et Lorrivick, J. (1994). Syringe and needle exchange as HIV/AIDS prevention for IDUs. *Journal of the American Medical Association*, 271, 115-120.
- ⁴⁵ Hurley, S. F. (1997). Effectiveness of needle-exchange programs for prevention of HIV infection. *Lancet*, 349, 1797.
- ⁴⁶ Desjarlais, D. et Friedman, S. (1996). HIV epidemiology and interventions among IDUs. *International Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS*, 7:57-61.
- ⁴⁷ US Department of Health and Human Services. (2000). *Evidence based findings on the efficacy of syringe exchange programs: An analysis prepared for the Assistant Secretary for Health and Surgeon General*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services.
- ⁴⁸ Lurie, P. et Reingold, A. (1993). *The public health impact of needle exchange programs in the US and abroad. Summary, conclusions, and recommendations*. San Francisco: UCSF Institute for Health Policy Studies.
- ⁴⁹ Australian National Council on Drugs Secretariat. (2003).

-
- ⁵⁰ Commonwealth Department of Health and Aging. *Return on Investment in Needle and Syringe Programs in Australia*. Commonwealth of Australia 2002. [page 2]
- ⁵¹ Lurie, P. et Drucker, E. (1997). An opportunity lost: HIV infections associated with lack of a national needle exchange program in the USA. *Lancet*, 349, 604-608.
- ⁵² Lavigne, P. (communication personnelle). Direction de la santé publique et des soins de longue durée, Ville d'Ottawa.
- ⁵³ Vancouver Coastal Health. (New Release, September 15, 2003). *Injection drug use in the Downtown Eastside*. Vancouver: Vancouver Coastal Health.
- ⁵⁴ Normand, J., Vlahov, D. et Moses, L. (Eds., 1995). *Preventing HIV transmission: The role of sterile needles and syringes*. Washington, DC: National Academy Press for the National Research Council and Institute of Medicine.
- ⁵⁵ Canadian Association of Chiefs of Police. (1995). *AIDS Awareness—Needle Exchange Program*.
- ⁵⁶ Australian Bureau of Crime Statistics and Research. (2000). *Drug Crime Prevention and Mitigation: A Literature Review and Research Agenda*. Sydney, NSW: Australian Bureau of Crime Statistics and Research.
- ⁵⁷ Wood, E., Kerr, T., Small, W., Jones, J., Schechter, M. T. et Tyndall, M. W. (2003). The impact of a police presence on access to needle exchange programs. *Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 34, 116-118.
- ⁵⁸ Bluthenthal, R. N., Kral, A. H., Lorvick, J. et Watters, J. K. (1997). Impact of law enforcement on syringe exchange programs: A look at Oakland and San Francisco. *Medical Anthropology*, 18, 61-83.
- ⁵⁹ Aitken, C., Moore, D., Higgs, P., Kelsall, J. et Kerger, M. (2002). The impact of a police crackdown on a street drug scene: Evidence from the street. *International Journal of Drug Policy*, 13, 189-198.
- ⁶⁰ Bluthenthal et al. (1997).
- ⁶¹ Videnieks, M. (2003). Heroin Deals End Health Service for Drug Users. *The HEP C Review*, Spring Issue: Edition 42 (7).
- ⁶² Stöver, H. et Nelles, J. (2003) Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. *International Journal of Drug Policy*, 14:436-444.
- ⁶³ Jürgens, R. (2003). *HIV/AIDS prevention for drug dependent persons within the criminal justice system*. Paper presented at the Commission on Narcotic Drugs Ancillary Meeting on HIV/AIDS and Drug Abuse, Vienna, Austria.
- ⁶⁴ Ford, P. M., White, C., Kaufmann, H. et al. (1995). Voluntary anonymous linked study of the prevalence of HIV infection and hepatitis C among inmates in a Canadian federal penitentiary for women. *Canadian Medical Association Journal*, 153, 1605-1609.
- Prefontaine, R. G. et Chaudhary, R. K. (1990). Étude séro-épidémiologique des virus de l'hépatite B et C dans les établissements correctionnels fédéraux de Colombie-Britannique. *Rapport hebdomadaire des maladies du Canada*, 16, 265-266.
- ⁶⁵ Robinson, D. et Mirabelli, L. (1996). *Résumé des constatations du Sondage national auprès des détenus réalisé en 1995 par le SCC*. Ottawa, Division de la recherche et de la statistique, Service correctionnel du Canada.
- ⁶⁶ Stöver et Nelles (2003).
- ⁶⁷ Stöver et Nelles (2003).

Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), organisme national canadien de renseignements sur les toxicomanies, a été constitué par une loi du Parlement en 1988. Le CCLAT regroupe les efforts nationaux visant à réduire les méfaits de l'alcoolisme et des toxicomanies sur la santé, la société et l'économie.

Pour plus de renseignements, veuillez communiquer avec :

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

Bureau 300, 75, rue Albert, Ottawa ON K1P 5E7

Tél. : (613) 235-4048; téléc. : (613) 235-8101. Visitez notre site Web à www.cclat.ca.



ISBN 1-896323-32-4

Préparé par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies