

Syphilis • VIH • Chlamydia • Herpès
génital • Condylomes • Gonorrhée
LGV • Syphilis • VIH • Chlamydia •
Herpès génital • Condylomes • Gonorrhée
LGV • Syphilis • VIH • Chlamydia • Herpès
génital • Condylomes • Gonorrhée • LGV
Syphilis • VIH • Chlamydia • Herpès
génital • Condylomes • Gonorrhée • LGV

Populations spécifiques

Consommation de substances psychoactives

Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement

ÉDITION
2006

Lignes directrices canadiennes sur les ITS • Lignes directrices can
canadiennes sur les ITS • Lignes directrices canadiennes sur les
sur les ITS • Lignes directrices canadiennes sur les ITS • Lignes
Lignes directrices canadiennes sur les ITS • Lignes directrices can
canadiennes sur les ITS • Lignes directrices canadiennes sur les
sur les ITS • Lignes directrices canadiennes sur les ITS • Lignes



Agence de santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada

CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

L'objectif du présent chapitre est d'offrir un aperçu des problèmes liés à la consommation de substances psychoactives, notamment en matière de prévention, de prise en charge et de traitement des infections transmissibles sexuellement (ITS). D'autres sources d'information^{1,2} peuvent fournir un aperçu plus détaillé de la prévention et du traitement des personnes qui consomment des substances psychoactives en général.

Définition

L'usage de substances psychoactives peut se faire dans un but médicinal ou non médicinal, et de façon légale ou illégale. Elle se situe dans un continuum, qui va de l'utilisation à titre expérimental à l'utilisation nocive et à la dépendance³ :

- Pas de consommation : la personne ne consomme ni alcool ni drogues.
- Usage à titre expérimental : la personne essaie une substance psychoactive par simple curiosité; elle est susceptible ou non de l'utiliser de nouveau.
- Consommation sociale ou occasionnelle : la personne consomme la substance psychoactive en une quantité ou à une fréquence qui n'est pas nocive (p. ex., pour la santé, la famille, l'école ou le travail).
- Consommation nocive : la personne subit des conséquences néfastes de la consommation (p. ex., problèmes de santé, familiaux, à l'école ou au travail, légaux).
- Dépendance : la personne est psychologiquement et (ou) physiquement dépendante d'une drogue qui est consommée avec excès; elle continue de la consommer malgré les graves problèmes éprouvés.

Épidémiologie

- Le rapport national 2002 du Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies sur les tendances en matière de consommation de drogues révèle que la consommation autodéclarée d'alcool au Canada est en hausse chez les hommes ainsi que chez les femmes, 20,2 % des Canadiens (29,0 % d'hommes et 11,4 % de femmes) déclarant une forte consommation d'alcool (au moins 5 consommations en une seule occasion, au moins 12 fois par an)⁴.
- Le cannabis est la drogue illicite la plus consommée au Canada, aussi bien chez les jeunes que chez les adultes, 18,6 % des répondants déclarant une consommation à vie; 3,6 % déclarent consommer du LSD, des amphétamines ou de l'héroïne; et 2,7 % de la cocaïne⁴.
- On recense environ 50 000 à 100 000 utilisateurs de drogues injectables au Canada, dont la majorité à Vancouver, à Montréal et à Toronto^{5,6}. En 2002, 24 % des rapports de tests positifs du VIH déclarés au Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses étaient attribuables à l'usage de drogues injectables⁷.

- Les Canadiens Autochtones et les jeunes de la rue courent plus de risques et présentent des taux d'abus d'alcool et de substances illicites supérieurs à ceux des autres Canadiens⁵.
- Bien qu'il existe peu de données sur l'abus de solvants au Canada, la consommation de ces produits parmi les jeunes autochtones est particulièrement préoccupante⁴.
- La consommation d'alcool et de drogues illicites est associée à des comportements sexuels à risque. La consommation d'alcool et de drogues illicites, en particulier le crack⁸⁻¹³ et la méthamphétamine^{9,10}, est associée à une utilisation irrégulière et inadéquate de condoms^{9,11,13-19}, à des relations sexuelles avec des partenaires multiples^{9,10,13-21}, à des premières relations sexuelles précoces^{20,22}, au commerce sexuel^{10,11,14,15,18,19}, au recours à la prostitution²³, à des relations sexuelles avec des utilisateurs de drogues injectables connus¹⁹, à la faible connaissance de ses propres capacités à utiliser un condom ou l'habileté perçue d'utiliser un condom¹⁶, et à un manque de connaissances sur le VIH¹⁶.
- L'utilisation de substances psychoactives a également été liée à un risque accru de transmission d'hépatite C^{24,25} et d'ITS¹⁹⁻²³, y compris l'infection au virus Herpes simplex de type 2²¹⁻²⁴, l'hépatite B²⁴, la trichomonase^{20,26}, la syphilis^{24,27}, le VIH^{19,24,27}, la chlamydia^{20,24,26,27} et la gonorrhée^{20,24,26,27}.
- Les utilisateurs de substances psychoactives plus fortement stigmatisées, comme les drogues injectables et le crack, ont davantage tendance à avoir des comportements sexuels à risque que les utilisateurs de drogues moins stigmatisées, comme la marijuana²⁸.
- Les jeunes qui ont une consommation abusive des substances psychoactives sont plus susceptibles d'avoir des comportements sexuels à risque, et de les perpétuer à l'âge adulte tout en continuant de consommer des drogues^{17,29}.
- La consommation de drogues à usage récréatif chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) a augmenté ces dernières années, et a été liée à des comportements sexuels à risque ainsi qu'à une hausse des taux d'ITS (voir le chapitre « Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes/Femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes »)³⁰⁻³⁶. Le citrate de sildénafil (Viagra), le vardénafil (Levitra) ou le tadalafil (Cialis) peuvent être utilisés pour combattre l'effet secondaire de dysfonctionnement érectile associé à la consommation de certaines de ces drogues, pratique qui a été liée au fait d'avoir des partenaires sexuels multiples et à l'acquisition d'ITS^{37,38}.

Prévention

Bien que le fait d'arrêter de prendre des substances psychoactives nocives soit l'approche idéale pour prévenir la consommation de ces substances et réduire le risque d'ITS qui y est associé, cet objectif est difficile à réaliser, voire irréalisable, en particulier lorsque les utilisateurs sont devenus dépendants. Pour les utilisateurs de substances psychoactives, l'abstinence ne devrait pas être l'objectif principal des initiatives de prévention de l'usage de substances psychoactives ou d'ITS, et ne devrait pas non plus être une condition à remplir pour bénéficier des services de traitement des ITS. Deux stratégies de prévention sont recommandées, selon la position du patient sur le continuum de risque³⁹ :

- Évitement des risques : éviter ou prévenir l'adoption de comportements à risque parmi les non-utilisateurs et les utilisateurs à faible risque (p. ex., personnes majeures dont la consommation de boissons alcoolisées est faible ou modérée).
- Réduction des méfaits ou des risques : encourager des modifications acceptables du comportement, même minimes, pour réduire, voire éliminer le risque (p. ex., utilisation d'aiguilles propres par l'entremise d'un programme d'échange d'aiguilles, cessation du partage des aiguilles).

Toute approche de réduction des méfaits proposée doit être sans préjugés et tenir compte des besoins individuels et de plusieurs approches potentielles lors des discussions sur les objectifs réalistes de réduction des risques. Voici quelques stratégies de réduction des méfaits liés à la consommation de substances psychoactives :

- s'abstenir de consommer une ou plusieurs drogues pendant une période limitée ou illimitée;
- diminuer la fréquence et (ou) la quantité de la substance consommée;
- consommer des substances et adopter des méthodes d'administration comportant moins de risques (méthadone, cannabis);
- s'abstenir de consommer des substances psychoactives au volant d'un véhicule, pendant les heures de travail et au cours d'autres activités;
- créer un milieu de consommation plus sécuritaire (où, quand et avec qui; achats/possession plus sécuritaires; l'utilisation des programmes d'échange d'aiguilles; centres d'injection plus sûrs);
- envisager des programmes de traitement, de réhabilitation, de désintoxication, de counselling ou de soutien;
- nouer une relation de confiance avec un professionnel de la santé afin de mieux surveiller son état de santé physique et mentale;
- s'informer sur la prévention et le traitement des surdoses;
- s'occuper des besoins nutritionnels du sujet et des moyens d'améliorer son alimentation.

Parmi les stratégies de réduction des méfaits spécifiques aux utilisateurs de drogues injectables, l'adoption de pratiques d'injection moins risquées est fondamentale⁴⁰.

- Utilisation d'une nouvelle aiguille et d'une nouvelle seringue pour chaque injection.
- Si le partage ne peut être évité, nettoyer correctement la seringue avant son utilisation⁴⁰ :
 - remplir la seringue complètement avec de l'eau propre, la secouer vigoureusement pendant 30 secondes, puis éjecter l'eau;
 - remplir la seringue d'eau de Javel concentrée (non diluée), laisser agir pendant au moins 30 secondes, puis secouer vigoureusement. Éjecter l'eau de Javel. Procéder ainsi au moins deux fois, en remplaçant l'eau de Javel chaque fois;
 - rincer l'eau de Javel de la seringue en répétant la première étape au moins deux fois, en utilisant chaque fois de l'eau propre.
- Éviter les échanges de fioles, de coton et de cuillères, ainsi que de recapuchonner les aiguilles des autres.
- Avant d'injecter la drogue, toujours nettoyer le site d'injection avec un tampon imbibé d'alcool, d'alcool à friction, de lotion après-rasage (contenant de l'alcool) ou de savon et d'eau.
- Stériliser les cuillères avec un tampon imbibé d'alcool ou avec de l'eau de Javel et de l'eau avant chaque utilisation.
- Mélanger les drogues avec de l'eau stérile ou, à défaut, de l'eau récemment bouillie. Pour éliminer les impuretés du mélange, il est préférable de remplir la seringue en aspirant le liquide à travers un filtre de coton (ou un morceau de tampon imbibé d'alcool).

La prévention des ITS devrait être discutée dans le contexte des influences éventuelles sur le comportement sexuel, y compris la consommation de substances psychoactives, et devrait également mettre l'accent sur la réduction des méfaits (voir le chapitre « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement »). Pour les consommateurs de substances psychoactives peu enclins à faire usage du condom ou qui l'utilisent mal, l'acquisition de compétences en la matière et la négociation contribueraient à améliorer l'utilisation des condoms⁴¹. Une approche fondée sur des entretiens motivationnelles pour le counselling préventif peut aider à promouvoir les comportements de réduction des méfaits (voir le chapitre « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement »).

L'utilisation de drogues illicites étant un facteur de risque d'infection au virus de l'hépatite A (VHA) et de l'hépatite B (VHB), et puisque le statut vaccinal de cette population est faible, la vaccination contre le VHA et le VHB est recommandée pour les utilisateurs de drogues injectables. La vaccination contre le VHA est également recommandée pour les utilisateurs de drogues par voie orale dans des conditions non hygiéniques⁴² (voir le chapitre « Infections au virus de l'hépatite B »).

- L'état autodéclaré d'immunisation et d'infection au VHB des utilisateurs de drogues injectables et non injectables n'étant pas forcément exact⁴³, la vaccination devrait être offerte à toutes les personnes appartenant à cette population.
- Afin d'optimiser la couverture, en dehors des établissements de soins primaires, des populations à haut risque, l'immunisation contre le VHB et le VHA peut être effectuée dans des lieux inhabituels (p. ex., intervention communautaire par les infirmiers (ières) de santé publique desservant les zones géographiques avec un taux élevé d'usage de substances psychoactives)⁴⁴.

Note :

Selon le *Guide canadien d'immunisation*⁴², des tests sérologiques effectués avant l'immunisation et visant à déterminer l'immunité à l'égard du VHA devraient être envisagés pour les populations présentant des taux d'immunité potentiellement élevés. Le dépistage sérologique systématique des HBsAg et des anticorps anti-HBs ou anti-HBc pré-immunisation est recommandé pour les personnes présentant un risque élevé d'infection, mais ne convient pas pour des raisons pratiques aux programmes d'immunisation universelle.

Évaluation

- L'évaluation de la consommation de substances psychoactives, courante et antérieure, est un élément important de l'évaluation du risque d'ITS (voir le chapitre « Soins primaires et infections transmissibles sexuellement »). Le tableau 1 ci-dessous présente les six principaux éléments des antécédents de consommation de substances psychoactives, y compris le risque sexuel associé à l'usage de ces substances, et des questions potentielles pour chaque élément.
- Contrairement au terme *abus*, le terme *consommation* n'est lié à aucun jugement de valeur. C'est pourquoi il est préférable de parler de « consommation de drogues » si l'on veut obtenir une réponse franche et ouverte.
- Obtenir des informations sur la consommation de drogues légales, la consommation de drogues illégales et la consommation nocive de drogues vendues dans un but médical.
- Au moment de l'évaluation de la consommation de substances psychoactives dans le cadre de l'évaluation du risque d'ITS, on veillera à utiliser des termes simples pour être facilement compris. Il est important de se familiariser avec les termes utilisés dans votre région ou votre province pour pouvoir communiquer plus efficacement. Le tableau 2 présente une référence rapide des substances les plus répandues avec leurs noms courants et leurs modes d'administration.

Tableau 1. Principaux éléments pour l'évaluation des antécédents de consommation de substances psychoactives⁴⁵

Élément principal	Questions possibles
Consommation de substances psychoactives et d'alcool	Consommez-vous ou avez-vous déjà consommé des drogues? Quelles drogues prenez-vous? À quelle fréquence? Buvez-vous de l'alcool? À quelle fréquence?
Utilisation des drogues injectables et matériel	Avez-vous déjà pris des drogues par voie intraveineuse? Possédez-vous votre propre matériel pour l'injection? Préparez-vous vous-même votre drogue pour l'injection? Avez-vous recours à un programme d'échange d'aiguilles? Avez-vous déjà partagé avec quelqu'un une aiguille, une seringue, une cuillère de préparation, un coton ou de l'eau, même qu'une seule fois?
Autres risques liés à la consommation de drogues	Vous arrive-t-il de renifler de la drogue? Avez-vous déjà partagé une paille pour renifler? Quand vous prenez de la drogue, êtes-vous entouré d'autres personnes qui pourraient vous venir en aide en cas d'urgence?
Relations sexuelles avec facultés altérées	Avez-vous des relations sexuelles sous l'emprise de la drogue ou de l'alcool? Si oui, avez-vous eu plus tendance à avoir des relations sexuelles à risque sous l'emprise, comme des relations non protégées ou des partenaires multiples?
Conséquences	Quel effet la consommation d'alcool ou de drogue a-t-elle eu sur votre vie? Votre consommation de drogue ou d'alcool vous a-t-elle posé des problèmes au travail? avec votre famille? des problèmes de santé?
Autres risques percutanés	Avez-vous déjà eu des perçages corporels (<i>body piercing</i>)? des tatouages? À quel(s) endroit(s) ou établissement(s) les avez-vous faits faire?

Tableau 2. Substances psychoactives les plus répandues et mode d'administration⁴⁶

Substance	Nom courant	Mangée	Épurée*	Inhalée	Injectée	Prise par voie orale	Fumée	Reniflée	Vaporisée dans la bouche
Alcool	Booze, brew, hooch, grog				Parfois	X			
Amphétamines	Speed, ice, crystal, meth uppers				X	X	X		
Barbituriques	Downers, barbs, blue heavens, yellow jackets, red devils				Parfois	X			
Cannabis	Marijuana, pot, herbe, weed, hasch, huile de hasch	X					X		
Cocaïne	Crack, coke, C, coco, neige, poudre, roche ou rock (pour le crack)		X		X		X	X	

POPULATIONS SPÉCIFIQUES

Tableau 2. Substances psychoactives les plus répandues et mode d'administration⁴⁶ (suite)

Substance	Nom courant	Mangée	Épurée*	Inhalée	Injectée	Prise par voie orale	Fumée	Reniflée	Vaporisée dans la bouche
LSD/ hallucinogènes	Dérivés de champignons (psilocybine), de cactus (mescaline), graines de gloire, herbe de Jimson. Autres hallucinogènes : LSD (acide) et PCP (poudre d'ange, angel dust), hog				X	X		X	
Analgésiques et stupéfiants	Dérivés de pavot oriental : opium, codéine, morphine, héroïne			X	X	X	X		
Ritalin [®] , Talwin [®]	Ts & Rs				X	X			
Solvants/ aérosols	colles, essence			X				X	X
Stéroïdes	Anabolisants, vent, pam				X	X			

* Épurée : se dit de la cocaïne consommée en la brûlant et en inhalant la vapeur qui s'en dégage. Pour « purifier » la cocaïne, on la dissout dans un solvant chauffé, puis on sépare et on fait sécher le précipité.

Prélèvement d'échantillons et diagnostic de laboratoire

- Le même que pour tous les autres patients.
- Compte tenu des circonstances qui entourent souvent la consommation de substances psychoactives, il conviendrait d'envisager le dépistage urinaire, le dépistage rapide au point de service, l'autocollecte d'échantillons et le recours aux cliniques locales pour améliorer l'accès aux tests de dépistage des ITS pour cette population.

Prise en charge et traitement

- Lorsque l'adhérence au traitement n'est pas garantie, des schémas thérapeutiques efficaces, à dose unique ou de courte durée sont recommandés pour le traitement des ITS; le traitement épidémiologique ou syndromique sans évaluation complète ni analyses de laboratoire est parfois nécessaire.
- L'intégration du dépistage, du counselling et du traitement des ITS aux programmes de traitement des substances psychoactives et aux programmes d'intervention communautaire a été recommandé^{24,26,47-49}. La participation aux programmes de traitement contre la consommation de substances psychoactives a été liée à une réduction des comportements sexuels à risque⁵⁰.
- Il est important de se rappeler qu'au besoin, les utilisateurs peuvent aussi être orientés vers des programmes de traitement de la consommation de substances psychoactives et des ressources communautaires (y compris les centres d'injection plus sécuritaires, les programmes d'échange d'aiguilles et les réseaux d'entraide).
- Les utilisateurs de substances psychoactives atteints du VIH présentent un risque particulièrement élevé d'effets graves. Par exemple, la consommation de méthamphétamines par les personnes infectées par le VIH peut causer de l'hypertension, de l'hyperthermie, une rhabdomyolyse et des accidents vasculaires cérébraux, en plus d'engendrer de la paranoïa, des hallucinations auditives et un comportement violent lorsque l'utilisateur est intoxiqué⁵¹. Des interactions mortelles entre les médicaments antirétroviraux (stavudine, saquinavir et ritonavir) et les méthamphétamines, de même qu'entre le ritonavir et l'ecstasy (MDMA) ont été signalées⁵¹.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- Comme pour tous les patients, les affections à déclaration obligatoire selon la réglementation provinciale ou territoriale doivent être signalées aux autorités locales de santé publique.
- Les personnes chez qui a été diagnostiquée une infection transmissible par le sang, comme le VIH ou la syphilis infectieuse, et qui partagent leur matériel d'injection de drogues devraient notifier leurs partenaires du risque d'infection et les encourager à passer des tests de dépistage.

- Les raisons pour lesquelles les utilisateurs de substances psychoactives hésitent parfois à communiquer des informations sur leur consommation de telles substances ou sur leurs partenaires sexuels/compagnons d'injection sont diverses et comprennent notamment la peur d'une réaction violente du ou des partenaires, la crainte de répercussions légales, la stigmatisation, les questions de confidentialité, l'absence d'information sur le(s) partenaire(s) et l'oubli.
- Poser des questions avec insistance et relire la liste des partenaires sexuels et des partenaires d'injection de drogues déjà déclarés sont des façons de recueillir des informations sur d'autres partenaires sexuels et partenaires d'injection⁵².

Suivi

Il faut encourager les personnes accusant une forte consommation de substances psychoactives, qui pratiquent des comportements sexuels et (ou) d'injection à risques à passer régulièrement des tests de dépistage des ITS, y compris du VIH. Il faut aussi encourager et aider par les moyens nécessaires les patients dont l'évaluation indique une consommation modérée à grave de substances psychoactives à participer à des programmes de traitement/réhabilitation dans le cadre d'un suivi.

Références

1. Stratégie canadienne antidrogue. Santé Canada, [en ligne]. [www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sca/index.htm] (5 avril 2005).
2. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, [en ligne]. [www.ccsa.ca] (5 avril 2005).
3. Santé Canada. « Les drogues — Faits et méfaits » Ottawa (Ontario) : Santé Canada, 2000. [en ligne]. [www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sca/pdf/drogues_faits.pdf] (5 avril 2005).
4. Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies (RCCET). *2002 Rapport national : Les tendances des toxicomanies et le RCCET*, Ottawa (Ontario) : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies; 2003, [en ligne]. [www.ccsa.ca/ccendu/pdf/report_national_2002_f.pdf] (5 avril 2005).
5. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Centre de toxicomanie et de santé mentale. *Profil canadien : alcool, tabac et autres drogues*, Ottawa (Ontario) : publication commune du CCLAT et du CTSM, 1999.
6. Single, E. « A Socio-demographic Profile of Drug Users in Canada » Ottawa, ON: HIV/AIDS Prevention and Community Action Programs of Health Canada; 2000.
7. Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada. « L'infection au VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues par injection au Canada » Dans : *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida — mai 2004*. Ottawa (Ontario) : Santé Canada, 2004, [en ligne]. [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/epiu-aepi/epi_update_may_04/11_f.html] (5 avril 2005).

8. Ross, M.W., M.L. Williams. « Sexual behavior and illicit drug use », *Annual Review of Sex Research*, vol. 12, 2001, p. 290-310.
9. Wingood, G.M., R.J. DiClemente. « The influence of psychosocial factors, alcohol, drug use on African-American women's high-risk sexual behavior », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 15, 1998, p. 54-59.
10. Baseman, J., M. Ross, M. Williams. « Sale of sex for drugs and drugs for sex: an economic context of sexual risk behavior for STDs », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 26, 1999, p. 444-449.
11. Jones, D.L., K.L. Irwin, J. Inciardi et coll. « The high-risk sexual practices of crack-smoking sex workers recruited from the streets of three American cities. The Multicenter Crack Cocaine and HIV Infection Study Team », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 25, 1998, p. 187-193.
12. Gomez, M.P., A.M. Kimball, H. Orlander, R.M. Bain, L.D. Fisher, K.K. Holmes. « Epidemic crack cocaine use linked with epidemics of genital ulcer disease and heterosexual HIV infection in the Bahamas: evidence of impact of prevention and control measures », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 29, 2002, p. 259-264.
13. Wilson, T.E., H. Minkoff, J. DeHovitz, J. Feldman, S. Landesman. « The relationship of cocaine use and human immunodeficiency virus serostatus to incident sexually transmitted diseases among women », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 25, 1998, p. 70-75.
14. Tyndall, M.W., D. Patrick, P. Spittal, K. Li, M.V. O'Shaughnessy, M.T. Schechter. « Risky sexual behaviours among injection drug users with high HIV prevalence: implications for STD control », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 28, suppl 1, 2002, p. i170-175.
15. Moliter, F., J.D. Ruiz, N. Flynn, J.N. Mikanda, R.K. Sun, R. Anderson. « Methamphetamine use and sexual and injection risk behaviors among out-of-treatment injection drug users », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 23, 1999, p. 475-493.
16. Morrison, T.C., R.J. DiClemente, G.M. Wingood, C. Collins. « Frequency of alcohol use and its association with STD/HIV-related risk practices, attitudes and knowledge among an African-American community-recruited sample », *International Journal of STD & AIDS*, vol. 9, 1998, p. 608-612.
17. Tapert, S.F., G.A. Aarons, G.R. Sedlar, S.A. Brown. « Adolescent substance use and sexual risk-taking behavior », *Journal of Adolescent Health*, vol. 28, 2001, p. 181-189.
18. Castrucci, B.C., S.L. Martin. « The association between substance use and risky sexual behaviors among incarcerated adolescents », *Maternal and Child Health Journal*, vol. 6, 2002, p. 43-47.
19. Moliter, F., S.R. Truax, J.D. Ruiz, R.K. Sun. « Association of methamphetamine use during sex with risky sexual behaviors and HIV infection among non-injection drug users », *Western Journal of Medicine*, vol. 168, 1998, p. 93-97.

20. Novotna, L., T.E. Wilson, H.L. Minkoff et coll. « Predictors and risk-taking consequences of drug use among HIV-infected women », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, vol. 20, 1999, p. 502-507.
21. Cook, R.L., N.K. Pollock, A.K. Rao, D.B. Clark. « Increased prevalence of herpes simplex virus type 2 among adolescent women with alcohol use disorders », *Journal of Adolescent Health*, vol. 30, 2002, p. 169-174.
22. Ramrakha, S., A. Caspi, N. Dickson, T.E. Moffitt, C. Paul. « Psychiatric disorders and risky sexual behaviour in young adulthood: cross sectional study in birth cohort », *British Medical Journal*, vol. 321, 2000, p. 263-266.
23. Sharma, A.K., O.P. Aggarwal, K.K. Dubey. « Sexual behavior of drug-users: it is different? », *Preventive Medicine*, vol. 34, 2002, p. 512-515.
24. Hwang, L.Y., M.W. Ross, C. Zack, L. Bull, K. Rickman, M. Holleman. « Prevalence of sexually transmitted infections and associated risk factors among populations of drug abusers », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 31, 2000, p. 920-926.
25. Stein, M.D., J. Maksad, J. Clarke. « Hepatitis C disease among injection drug users: knowledge, perceived risk and willingness to receive treatment », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 61, 2001, p. 211-215.
26. Bachmann, L.H., I. Lewis, R. Allen et coll. « Risk and prevalence of treatable sexually transmitted diseases at a Birmingham substance abuse treatment facility », *American Journal of Public Health*, vol. 90, 2000, p. 1615-1618.
27. Poulin, C., M. Alary, F. Bernier, J. Ringuet, J.R. Joly. « Prevalence of Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, and HIV infection among drug users attending an STD/HIV prevention and needle-exchange program in Quebec City, Canada », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 26, 1999, p. 410-420.
28. Flom, P.L., S.R. Friedman, B.J. Kottiri et coll. « Stigmatized drug use, sexual partner concurrency, and other sex risk network and behavior characteristics of 18- to 24-year old youth in a high-risk neighborhood », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 28, 2001, p. 598-607.
29. Staton, M., C. Leukefeld, T.K. Logan et coll. « Risky sex behavior and substance use among young adults », *Health and Social Work*, vol. 24, 1999, p. 147-154.
30. Bellis, M.A., P. Cook, P. Clark, Q. Syed, A. Hoskins. « Re-emerging syphilis in gay men: a case-control study of behavioural risk factors and HIV status », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 56, 2002, p. 235-236.
31. Koblin, B.A., M.A. Chesney, M.J. Husnik et coll. « High-risk behaviors among men who have sex with men in 6 US cities: baseline data from the EXPLORE study », *American Journal of Public Health*, vol. 93, 2003, p. 926-932.
32. Colfax, G.N., G. Mansergh, R. Guzman et coll. « Drug use and sexual risk behavior among gay and bisexual men who attend circuit parties: a venue-based comparison », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 28, 2001, p. 373-379.

33. Stall, R., D.W. Purcell. « Intertwining epidemics: a review of research on substance use among men who have sex with men and its connection to the AIDS epidemic », *AIDS and Behavior*, vol. 4, 2000, 181-192.
34. Purcell, D.W., J.T. Parsons, P.N. Halkitis, Y. Mizuno, W.J. Woods. « Substance use and sexual transmission risk behavior of HIV-positive men who have sex with men », *Journal of Substance Abuse*, vol. 13, 2001, p. 185-200.
35. Mattison, A.M., M.W. Ross, T. Wolfson, D. Franklin, San Diego HIV Neurobehavioral Research Center Group. « Circuit party attendance, club drug use, and unsafe sex in gay men », *Journal of Substance Abuse*, vol. 13, 2001, p. 119-126.
36. McNall, M., G. Remafedi. « Relationship of amphetamine and other substance use to unprotected intercourse among young men who have sex with men. », *Archive of Pediatric and Adolescent Medicine*, vol. 153, 1999, p. 1130-1135.
37. Sherr, L., G. Bolding, M. Maguire, J. Elford. « Viagra use and sexual risk behaviour among gay men in London », *AIDS*, vol. 14, 2000, p. 2051-2053.
38. Chu, P.L., W. McFarland, S. Gibson et coll. « Viagra use in a community-recruited sample of men who have sex with men, San Francisco », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 33, 2003, p. 191-193.
39. Prevention Source BC. *The Workbook on Prevention Concepts*, [en ligne]. [www.preventionsource.bc.ca/guides/workbook/index.html] (5 avril 2005).
40. Société canadienne du sida. La transmission du VIH : guide d'évaluation du risque, Ottawa (Ontario) : Société canadienne du sida, 2004.
41. Van Empelen, P., H.P. Schaalma, G. Kok, M.W. Jansen. « Predicting condom use with casual and steady sex partners among drug users », *Health Education Research*, vol. 16, 2001, p. 293-305.
42. Santé Canada. *Guide canadien d'immunisation*, 2002. 6^e éd. Ottawa (Ontario) : Santé Canada; 2002, [en ligne]. [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/pdf/guide_immuniz_cdn-2002-6.pdf] (5 avril 2005).
43. Kuo, I., D.W. Mudrick, S.A. Strathdee, D.L. Thomas, S.G. Sherman. « Poor validity of self-reported hepatitis B virus infection and vaccination status among young drug users », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 38, 2004, p. 587-590.
44. Weatherill, S.A., J.A. Buxton, P.C. Daly. « Immunization programs in non-traditional settings », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 95, 2004, p. 133-137.
45. Santé sexuelle et les infections transmises sexuellement, Santé Canada. « Antécédents de consommation de substances illicites ». Dans : *Module d'auto-apprentissage sur les maladies transmises sexuellement (MTS)*, [en ligne]. [www.phac-aspc.gc.ca/slm-maa/terry/sixdoors_f.html] (5 avril 2005).
46. Santé sexuelle et les infections transmises sexuellement, Santé Canada. « Consultation rapide sur les substances souvent utilisées ». Dans : *Module d'auto-apprentissage sur les maladies transmises sexuellement (MTS)*, [en ligne]. [www.phac-aspc.gc.ca/slm-maa/terry/in02_f.html] (5 avril 2005).

47. Ross, M.W., L.Y. Hwang, L. Leonard, M. Teng, L. Duncan. « Sexual behavior, STDs and drug use in a crack house population », *International Journal of STD & AIDS*, vol. 10, 1999, p. 224-230.
48. Ross, M.W., L.Y. Hwang, C. Zack, L. Bull, M.L. Williams. « Sexual risk behaviours and STIs in drug abuse treatment populations whose drug of choice is crack cocaine », *International Journal of STD & AIDS*, vol. 13, 2002, p. 769-774.
49. Houlding, C., R. Davidson. « Beliefs as predictors of condom use by injecting drug users in treatment », *Health Education Research*, vol. 18, 2003, p. 145-155.
50. Hoffman, J.A., H. Klein, D.C. Clark, F.T. Boyd. « The effect of entering drug treatment on involvement in HIV-related risk behaviors », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 24, 1998, p. 259-284.
51. Urbina, A., K. Jones. « Crystal methamphetamine, its analogues, and HIV infection: medical and psychiatric aspects of a new epidemic », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 38, 2004, p. 890-894.
52. Brewer, D.D., S. Garrett, S. Kulasingam. « Forgetting as a cause of incomplete reporting of sexual and drug injection partners », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 26, 1999, p. 166-176.