

De Point de mire sur la prévention, Printemps 2014



Les nouvelles pratiques exemplaires pour les programmes de réduction des méfaits recommandent la distribution de seringues et aiguilles

par [Carol Strike et Tara Marie Watson](#)

L'Organisation mondiale de la santé¹ a signalé que les programmes de réduction des méfaits, tels que les programmes d'aiguilles et seringues, sont un élément clé d'un programme complet pour la prévention du VIH à l'intention des personnes qui consomment des drogues. Depuis 20 ans, le corpus de données scientifiques sur les meilleures façons de fournir ces programmes ne cesse de s'élargir et de se raffiner. Pour faire en sorte que les programmes canadiens restent à la fine pointe des nouvelles données, un nouveau document de recommandations de pratiques exemplaires vient d'être publié, à l'intention des responsables de programmes de réduction des méfaits qui fournissent des services à des personnes qui consomment des drogues.

En quoi consiste le Projet de recommandations de pratiques exemplaires?

Des fournisseurs de services communautaires ont fait valoir la nécessité pressante d'un ensemble de recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes d'échange de seringues et aiguilles ainsi que les programmes d'inhalation plus sécuritaire. Ils souhaitent vivement intégrer dans leur pratique les recommandations et innovations issues des plus récentes données probantes. Bien que des recommandations aient déjà été publiées par certaines provinces, le document *Best Practice Recommendations for Canadian Harm Reduction Programs that Provide Service to People who Use Drugs and are at Risk of HIV, HCV and Other Harms: Part 1*² [Recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes canadiens de réduction des méfaits : partie 1] a été conçu pour les programmes, à l'échelon national (la partie 2 de l'ouvrage est en préparation - [voir ci-dessous](#)). Le projet a pour but de favoriser des services cohérents et de grande qualité, en matière de réduction des méfaits pour les personnes qui consomment des drogues, au Canada.

Le Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes de réduction des méfaits au Canada, qui a préparé ce document, est une équipe pancanadienne multilatérale qui réunit des chercheurs, des fournisseurs de services, des responsables des politiques ainsi que des personnes qui consomment des drogues ou en ont eu l'expérience. La partie 1 des recommandations fait le point sur l'état actuel des données scientifiques au sujet des risques, des comportements ainsi que de la prévention du VIH, des hépatites C et B et d'autres méfaits.

Comment utilise-t-on les instruments pour l'injection de drogues?

Divers moyens sont utilisés pour prendre des drogues - l'injection n'est pas le seul. Certaines personnes qui consomment des drogues ont recours à l'injection, généralement pour son effet instantané et l'intense sensation de *high* qu'elle procure. Pour s'injecter une drogue, on doit la mélanger avec de l'eau, dans un contenant (comme un chauffoir ou une cuillère; certains le font parfois dans la seringue directement). La solution est parfois chauffée, mais

ce n'est pas toujours le cas. On aspire ensuite la solution dans la seringue, au travers d'un filtre et de l'aiguille. La peau de la personne est nettoyée et un garrot est utilisé afin de repérer une veine pour l'injection.

Problèmes possibles de santé liés à l'utilisation d'aiguilles

L'un des problèmes de santé potentiels que pose l'injection, s'il y a partage de la seringue, de l'aiguille ou d'autre matériel d'injection, réside dans la possibilité qu'elle donne lieu à un contact de sang à sang entre diverses personnes. Le contact de sang à sang augmente les risques de contracter et/ou de transmettre le VIH, l'hépatite C et l'hépatite B. Un autre problème possible est la présence de toute impureté ou de tout contaminant dans la drogue ou dans un instrument (ou à la surface de celui-ci) qui peut causer des dommages à la peau ou aux veines, de même que d'autres infections.

Comment l'aiguille peut-elle transmettre le VIH et les hépatites C et B?

Des études ont examiné si le VIH et les virus des hépatites C et B peuvent survivre dans une aiguille et une seringue. Les virus doivent survivre, pour que la transmission ait lieu. Or la recherche démontre que le VIH peut survivre jusqu'à 30 jours, voire plus longtemps, dans du sang à l'intérieur d'une aiguille – et que sa durée de survie dépend de facteurs comme la quantité de sang, la température et le temps d'entreposage.^{3,4,5} D'ailleurs, on a détecté la présence de VIH^{6,7,8,9} dans des seringues ramassées dans des lieux où des personnes se font des injections, dans la communauté (p. ex., dans des piqueries de fortune); il est clair, par conséquent, que des seringues et aiguilles usagées peuvent contenir le VIH.

En comparaison avec le VIH, le virus de l'hépatite C (VHC) se transmet 10 fois plus facilement par le biais d'une aiguille contaminée.^{10,11} De plus, la recherche a démontré que le VHC peut survivre jusqu'à 63 jours dans une aiguille.¹² Sa présence a également été détectée dans des aiguilles et des instruments d'injection usagés, recueillis dans la communauté.¹³

Toujours en comparaison avec le VIH, le virus de l'hépatite B (VHB) est 100 fois plus contagieux.¹⁴ Le VHB est résilient, également, et facilement transmissible par le partage d'aiguille ou de seringue. À la température de la pièce, le VHB peut survivre au moins une semaine dans du sang séché.¹⁵ L'Agence de la santé publique du Canada a affirmé que le VHB peut survivre plusieurs semaines dans du sang séché, et demeurer stable au moins une semaine sur des surfaces.¹⁶

Compte tenu de ces risques, le Groupe de travail recommande **que les programmes de réduction des méfaits distribuent des aiguilles et seringues (ainsi que d'autres instruments d'injection) pour faciliter l'utilisation d'une aiguille et d'une seringue stériles pour *chaque* injection.**

Combien de personnes qui s'injectent des drogues ont le VIH, l'hépatite C et l'hépatite B, au Canada?

La prévalence du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues, au Canada, d'après les données d'une étude à grande échelle, a été estimée à 13 % – variant entre 3 % à Regina et 24 % à Edmonton.¹⁷ La même étude a également estimé à 66 % la prévalence à vie (c.-à-d. infection actuelle ou antérieure) de l'hépatite C – variant entre 62 % à Winnipeg et 69 % à Sudbury et à Victoria.¹⁷ La prévalence du VHC varie d'une région à l'autre, tout comme celle du VIH.

D'après les estimations nationales de 2011 relatives au VIH, jusqu'à 16 % du nombre total de nouveaux cas d'infection à VIH au Canada (c.-à-d. l'incidence) pourraient être attribuables à l'injection de drogues.¹⁸ Ce pourcentage inclut 435 nouvelles infections à VIH attribuées à l'injection de drogues ainsi que 80 nouvelles infections à VIH attribuables soit à l'injection de drogues, soit à des rapports sexuels entre hommes (ces 80 hommes ayant déclaré ces deux activités antérieures à leur diagnostic de VIH). Parmi les Autochtones et les femmes, une forte proportion des nouveaux cas d'infection à VIH était probablement due à l'injection de drogues. En effet, d'après les estimations nationales de 2011 relatives au VIH, on y attribuait 58 % du nombre estimé de nouveaux cas de VIH chez des Autochtones¹⁸ et 23 % du nombre estimé de nouveaux cas de VIH chez des femmes.¹⁸

Les estimations nationales relatives à l'hépatite C parues en 2007 (l'année la plus récente pour laquelle on dispose de données) chiffrent à 7 945 les nouveaux cas d'infection au virus de l'hépatite C et en attribuent 83 % à l'injection de drogues.¹⁹

Il y a peu de données sur l'hépatite B parmi les personnes qui s'injectent des drogues, au Canada. Cependant, d'après le Système de surveillance accrue des souches de l'hépatite, l'injection de drogues était responsable de 12 % du nombre total de nouveaux cas d'infection à VHB entre 2005 et 2010.¹⁴

Comportements d'injection à risque et mise au rebut

Après plus de 20 ans de programmes de réduction des méfaits et d'éducation en la matière, le partage de seringues a généralement diminué, à l'échelle du pays. Les programmes ne devraient pas faire preuve de complaisance, cependant, car il y a encore partage, à divers taux dans les provinces et territoires.^{17, 20, 21, 22, 23, 24, 25}

Une vaste étude canadienne a démontré que des comportements pouvant transmettre le VIH, le VHC et le VHB ont encore cours, parmi les personnes qui s'injectent des drogues. D'après cette étude, 15 % des personnes qui s'injectent des drogues ont déclaré avoir emprunté au cours des six mois précédents des seringues/aiguilles qu'une autre personne avait utilisées.¹⁷ Les taux allaient de 9 % à 27 %, d'une région à l'autre. De plus, 31 % des personnes qui s'injectent des drogues ont déclaré emprunter d'autres instruments d'injection déjà utilisés par une autre.¹⁷ Les taux allaient de 24 % à 41 % d'une région à l'autre. Des études ont également démontré que les personnes qui ont du mal à s'approvisionner en seringues et aiguilles stériles sont plus susceptibles d'en emprunter et d'en partager.^{21, 26}

Compte tenu de la persistance de comportements à risque et des craintes qu'un accès limité ou inexistant puisse conduire à une augmentation du partage d'instruments d'injection, le Groupe de travail recommande **que des seringues et aiguilles stériles soient distribuées aux clients selon les quantités qu'ils demandent, sans exiger qu'ils retournent celles qu'ils ont utilisées, ni imposer de limite au nombre fourni aux clients par visite**. Ces recommandations aideront à faire en sorte que les personnes qui s'injectent des drogues aient accès à des seringues et aiguilles stériles en nombre suffisant, ce qui en réduira le partage.

Le Groupe de travail recommande également **que les programmes encouragent les clients à retourner et/ou à jeter adéquatement les seringues et aiguilles utilisées**. Un ensemble complet de [recommandations pour assurer une élimination adéquate](#) des seringues et aiguilles usagées est également fourni.

Autres recommandations relatives à la distribution d'aiguilles et de seringues

Les personnes qui s'injectent des drogues peuvent avoir des préférences individuelles quant au calibre d'aiguille, au volume de la seringue et à sa marque, et pourraient ne pas utiliser les services d'un programme qui ne leur procure pas les types qu'elles préfèrent. Les aiguilles de calibre plus élevé sont plus minces (c.-à-d. ont un diamètre plus petit) que celles de calibre inférieur. Plusieurs personnes préfèrent des aiguilles de calibre élevé, puisqu'elles causent souvent moins de douleur et sont moins susceptibles d'endommager la veine.²⁷ Les personnes qui sont expérimentées dans l'injection de drogues préfèrent parfois des aiguilles de calibre moindre, qui peuvent être moins susceptibles de se bloquer et plus appropriées pour percer au travers d'une peau épaissie par une cicatrice.²⁷ Pour faire en sorte que les programmes fournissent les instruments que les clients souhaitent utiliser, le Groupe de travail recommande **que les programmes offrent une variété de types de seringues et d'aiguilles (calibre, grosseur et marque), éduquent les clients à propos de l'utilisation adéquate, et fournissent des trousseaux pré-assemblés d'injection plus sécuritaire (seringues/aiguilles, chauffoirs, filtres, acide ascorbique au besoin, eau stérile pour l'injection, tampons d'alcool, garrots, condoms et lubrifiant) ainsi que du matériel à l'unité**.

Recommandations relatives aux instruments

La partie 1 de l'ouvrage contient des recommandations et un résumé des données probantes concernant les risques, les comportements et la prévention en lien avec d'autres instruments d'injection, y compris les chauffoirs, les filtres, l'acide ascorbique, l'eau stérile, les tampons alcoolisés et les garrots. Puisque tous ces éléments peuvent être en cause dans la transmission d'infections, l'accessibilité de chacun est importante pour contribuer à une

réduction des risques. Le Groupe de travail a formulé des recommandations relatives à chacun de ces éléments, dans des chapitres distincts.

Le Groupe de travail recommande **que les programmes fournissent des trousseaux complets d'injection et chacun de ces éléments séparément**. Un accès plus facile à tous les instruments et accessoires d'injection contribuera à réduire la transmission d'infections et à éviter d'autres problèmes de santé.

Et ensuite?

Nous venons de reprendre les principaux points d'un ensemble de recommandations, mais le document complet contient des recommandations sur plusieurs autres aspects des programmes de réduction des méfaits, notamment la distribution d'autres instruments d'injection, la distribution de matériel plus sécuritaire pour fumer le crack, la mise au rebut et la manipulation d'instruments usagés d'injection de drogues, l'éducation sur les pratiques plus sécuritaires de consommation de drogues, ainsi que la distribution de naloxone pour la prévention en cas de surdose d'opiacés et l'éducation à ce sujet.

Nous développons à présent la partie 2 des *Recommandations de pratiques exemplaires*, qui portera sur des modèles de programmes, le dépistage et la vaccination, les premiers soins, la recommandation à d'autres services et le counseling, de même que les relations avec les instances d'application des lois ainsi que d'autres organismes. Cette seconde phase devrait se terminer vers la fin de 2014.

Remerciements

Les auteurs remercient les Instituts de recherche en santé du Canada, pour le financement des activités de développement du projet. Nous remercions du fond du cœur le Bureau de lutte contre le sida du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, pour le financement du travail de complétion des chapitres sur les seringues et aiguilles, les autres instruments d'injection, le matériel plus sécuritaire pour fumer le crack ainsi que la mise au rebut et la manipulation de matériel usagé.

Le document *Best Practice Recommendations for Canadian Harm Reduction Programs that Provide Service to People who Use Drugs and are at Risk of HIV, HCV and Other Harms: Part 1* est un produit du Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes de réduction des méfaits au Canada. Outre Strike et Watson, ce groupe est composé de 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 et Zurba N.

Ressource

[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](#) – Working Group on Best Practice for Harm Reduction Programs in Canada

Références

1. Organisation mondiale de la Santé. Interventions prioritaires : Prévention, traitement et soins du VIH/sida dans le secteur de la santé; 2009. Consulté à : http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242500233_fre.pdf
2. 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. Best Practice Recommendations for Canadian Harm Reduction Programs that Provide Service to People Who Use Drugs and are at Risk for HIV, HCV, and Other Harms: Part 1. Toronto, ON: Working Group on Best Practice for Harm Reduction Programs in Canada. 2013.
3. Abdala N, Reyes R, Carney JM, Heimer R. Survival of HIV-1 in syringes: effects of temperature during storage. Substance Use and Misuse, 2000;35:1369-1383.
4. Abdala N, Stephens PC, Griffith BP, Heimer R. Survival of HIV-1 in syringes. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology, 1999;20:73-80.
5. Heimer R, Abdala N. Viability of HIV-1 in syringes: implications for interventions among injection drug users. AIDS Reader, 2000;10:410-417.
6. Chitwood DD, McCoy CB, Inciardi JA, McBride DC, Comerford M, Trapido E, McCoy V, Page B, Griffin J, Fletcher MA, Ashman MA. HIV seropositivity of needles from shooting galleries in south Florida. American Journal of Public Health, 1990;80:150-152.
7. Heimer R, Kaplan EH, Khoshnood K, Jariwala B, Cadman EC. Needle exchange decreases the prevalence of HIV-1 proviral DNA in returned syringes in New Haven, Connecticut. American Journal of Medicine, 1993; 95:214-220.

8. Shah SM, Shapshak P, Rivers JE, Stewart RV, Weatherby NL, Xin KQ. Detection of HIV-1 DNA in needle/syringes, paraphernalia, and washes from shooting galleries in Miami: a preliminary laboratory report. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1996;11:301-306.
9. Shapshak P, Fujimura RK, Page JB, Segal D, Rivers JE, Yang J. HIV-1 RNA load in needles/syringes from shooting galleries in Miami: a preliminary laboratory report. *Drug and Alcohol Dependence* 2000;58:153-157.
10. Kiyosawa K, Sodeyama T, Tanaka E, Nakano Y, Furuta S, Nishioka K, Purcell RH, Alter HJ. Hepatitis C in hospital employees with needlestick injuries. *Annals of Internal Medicine*, 1991; 115:367-369.
11. Mitsui T, Iwano K, Masuko K, Yamazaki C, Okamoto H, Tsuda F, Tanaka T, Mishiro S. Hepatitis C virus infection in medical personnel after needlestick accident. *Hepatology*, 1992;16:1109-14.
12. Paintsil E, He H, Peters C, Lindenbach BD, Heimer R. Survival of hepatitis C virus in syringes: Implication for transmission among injection drug users. *The Journal of Infectious Diseases*, 2010;202(7):984-990.
13. Crofts N, Caruana S, Bowden S, Kerger M. Minimising harm from hepatitis C virus needs better strategies. *British Medical Journal*, 2000;321:899.
14. [a.](#) [b.](#) Agence de la santé publique du Canada. Rapport sommaire : Infection par le virus de l'hépatite B au Canada. Division de la surveillance et de l'épidémiologie, Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses. 2011. Consulté à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/id-mi/pdf/hepB-fra.pdf>
15. Thompson SC, Boughton CR, Dore GJ. Bloodborne viruses and their survival in the environment: is public concern about community needlestick exposures justified? *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 2003;27(6):602-607.
16. Agence de la santé publique du Canada, Direction de la réglementation des agents pathogènes. Virus de l'hépatite B (VHB) Fiche technique santé-sécurité : agent pathogène — Agent infectieux; 2011. Consulté à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/lab-bio/res/psds-ftss/hepatitis-b-fra.php>
17. [a.](#) [b.](#) [c.](#) [d.](#) [e.](#) 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. Ottawa : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada; 2006. Consulté à : <http://library.catie.ca/PDF/P36/23689.pdf>
18. [a.](#) [b.](#) [c.](#) Agence de la santé publique du Canada. Résumé : Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2011. Division de la surveillance et de l'épidémiologie, Division des lignes directrices professionnelles et des pratiques de santé publique, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2012. Consulté à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/estim2011-fra.php>
19. Robert Remis. *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. Disponible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/sti-its-surv-epi/model/pdf/model07-fra.pdf>
20. Fischer B, Rehm J, Brissette S, Brochu S, Bruneau J, El-Guebaly N, et al. Illicit opioid use in Canada: comparing social, health, and drug use characteristics of untreated users in five cities (OPICAN study). *Journal of Urban Health*, 2005;82(2):250-266.
21. [a.](#) [b.](#) Fischer B, Manzoni P, Rehm J. Comparing injecting and non-injecting illicit opioid users in a multisite Canadian sample (OPICAN Cohort). *European Addiction Research*, 2006;12(4):230-239.
22. Ivsins A, Chow C, Macdonald S, Stockwell T, Vallance K, Marsh DC, Michelow W, Duff C. 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 July;23(4):338-340.
23. Millson M, Leonard L, Remis RS, Strike C, Challacombe L. Injection drug use, HIV and HCV infection in Ontario: The situation in 2004. University of Toronto: Unité d'études sociales, comportementales et épidémiologiques sur le VIH. 2005.
24. Roy E, Boudreau JF, Leclerc P, Boivin JF, Godin G. Trends in injection drug use behaviors over 10 years among street youth. *Drug and Alcohol Dependence*, 2007;89(2-3):170-175.
25. Urban Health Research Initiative of the British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS. Drug situation in Vancouver. 2009. Disponible à : www.vandu.org/documents/drug_situation_vancouver_2009.pdf
26. Bluthenthal RN, Ridgeway G, Schell T, Anderson R, Flynn NM, Kral AH. Examination of the association between syringe exchange program (SEP) dispensation policy and SEP client-level syringe coverage among injection drug users. *Addiction*, 2007 Apr;102(4):638-646.
27. [a.](#) [b.](#) Zule WA, Desmond DP, Neff JA. Syringe type and drug injector risk for HIV infection: a case study in Texas. *Social Science and Medicine*, 2002;55(7):1103-1113.

À propos de l'auteur

Carol Strike, Ph.D., est professeure agrégée à l'École de santé publique Dalla Lana de l'Université de Toronto. Elle possède dix années d'expérience en recherche sur la réduction des méfaits, le traitement de la toxicomanie et les services de santé.

Tara Marie Watson est titulaire d'un doctorat du Centre de criminologie et d'études socio-juridiques de l'Université de Toronto. Elle s'intéresse de longue date à la recherche et possède une grande expérience dans le domaine des politiques sur les drogues, la réduction des méfaits et les établissements correctionnels.

Produit par:



La source canadienne
de renseignements sur
le VIH et l'hépatite C

555, rue Richmond Ouest, Bureau 505, boîte 1104
Toronto (Ontario) M5V 3B1 Canada
téléphone : 416.203.7122
sans frais : 1.800.263.1638
télécopieur : 416.203.8284
site Web : www.catie.ca
numéro d'organisme de bienfaisance : 13225 8740 RR

Déni de responsabilité

Toute décision concernant un traitement médical particulier devrait toujours se prendre en consultation avec un professionnel ou une professionnelle de la santé qualifié(e) qui a une expérience des maladies liées au VIH et à l'hépatite C et des traitements en question.

CATIE fournit des ressources d'information aux personnes vivant avec le VIH et/ou l'hépatite C qui, en collaboration avec leurs prestataires de soins, désirent prendre en mains leurs soins de santé. Les renseignements produits ou diffusés par CATIE ou auxquels CATIE permet l'accès ne doivent toutefois pas être considérés comme des conseils médicaux. Nous ne recommandons ni n'appuyons aucun traitement en particulier et nous encourageons nos utilisateurs à consulter autant de ressources que possible. Nous encourageons vivement nos utilisateurs à consulter un professionnel ou une professionnelle de la santé qualifié(e) avant de prendre toute décision d'ordre médical ou d'utiliser un traitement, quel qu'il soit.

CATIE s'efforce d'offrir l'information la plus à jour et la plus précise au moment de mettre sous presse. Cependant, l'information change et nous encourageons les utilisateurs à s'assurer qu'ils ont l'information la plus récente. Toute personne mettant en application seulement ces renseignements le fait à ses propres risques. Ni CATIE ni aucun de ses partenaires ou bailleurs de fonds, ni leurs personnels, directeurs, agents ou bénévoles n'assument aucune responsabilité des dommages susceptibles de résulter de l'usage de ces renseignements. Les opinions exprimées dans le présent document ou dans tout document publié ou diffusé par CATIE ou auquel CATIE permet l'accès ne reflètent pas nécessairement les politiques ou les opinions de CATIE ni de ses partenaires ou bailleurs de fonds.

L'information sur l'usage plus sécuritaire de drogues est offerte comme service de santé publique pour aider les personnes à prendre de meilleures décisions de santé et ainsi réduire la propagation du VIH, de l'hépatite virale et de toute autre infection. Cette information n'a pas pour but d'encourager ni de promouvoir l'utilisation ou la possession de drogues illégales.

La permission de reproduire

Ce document est protégé par le droit d'auteur. Il peut être réimprimé et distribué dans son intégralité à des fins non commerciales sans permission, mais toute modification de son contenu doit être autorisée. Le message suivant doit apparaître sur toute réimpression de ce document : *Ces renseignements ont été fournis par CATIE (le Réseau canadien d'info-traitements sida). Pour plus d'information, veuillez communiquer avec CATIE par téléphone au 1.800.263.1638 ou par courriel à info@catie.ca.*

© CATIE

La production de cette revue a été rendue possible grâce à une contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada.

Disponible en ligne à

<https://www.catie.ca/fr/pdm/printemps-2014/les-nouvelles-pratiques-exemplaires-les-programmes-reduction-mefaits-recommandent>