



## La distribution de matériel plus sécuritaire pour fumer le crack (cocaïne) : lignes directrices exhaustives pour des pratiques exemplaires

par Carol Strike, Hemant Gohil et Tara Marie Watson

Les personnes qui fument du crack sont exposées au risque de contracter le VIH, l'hépatite C et l'hépatite B, par les lésions que cause cette activité et si elles ont des rapports sexuels sans condom.<sup>1,2,3,4</sup> Les programmes de seringues et aiguilles (PSA) sont bien établis en tant que programmes de prévention du VIH à l'échelle du Canada, mais les programmes de distribution de matériel plus sécuritaire pour fumer le crack sont moins nombreux; dans certaines régions du pays, on n'en trouve tout simplement pas. Dans le présent article, nous discutons de nouvelles recommandations fondées sur les données probantes concernant la distribution de matériel plus sécuritaire pour fumer le crack.

### Qu'est-ce que le crack?

Le crack est un stimulant; il s'agit de cocaïne en poudre qui a été convertie en roches à cristaux. Lorsqu'une roche est chauffée à une température élevée, elle fond et se transforme rapidement en vapeur qui peut être inhalée (« fumée »). Le crack procure un effet bref, mais intense. La consommation de crack est associée à des préjudices importants (dommages physiques, dépendance et préjudices sociaux).<sup>5</sup>

### Combien de personnes ont le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C, parmi les fumeurs de crack au Canada?

Des études réalisées au Canada font état de taux élevés de VIH parmi les personnes qui fument du crack (en comparaison à ceux observés dans le grand public). Le taux de prévalence du VIH parmi les personnes qui fument du crack, dans diverses régions du pays, est par exemple de 19 % à Vancouver, de 6 % à Toronto et de 11 % à Ottawa.<sup>6,7,8</sup> Ces chiffres sont considérablement plus élevés que dans la population canadienne en général (0,2 %).<sup>9</sup> Toutefois, les statistiques de Toronto incluaient des personnes qui avaient consommé des drogues par injection, bien qu'elles ne s'en étaient pas injecté depuis six mois. Le risque de transmission du VIH est plus élevé lors du partage de matériel d'injection que dans le partage de matériel pour fumer du crack, mais la recherche n'a pas établi la cause de l'infection chez les personnes qui ont à la fois des antécédents d'injection de drogue et de consommation de crack en le fumant. Les causes possibles d'infection sont le partage de matériel pour s'injecter ou fumer des drogues et les pratiques sexuelles à risque. Des recherches plus poussées sont nécessaires pour mieux comprendre le risque de transmission précis associé à l'inhalation de vapeur de crack.

En ce qui concerne l'hépatite C, une étude a permis de détecter du matériel génétique du virus de l'hépatite C (son ARN) sur une pipe à crack usagée;<sup>2</sup> d'autres études ont démontré que le virus de l'hépatite C (VHC) peut survivre entre 7 et 28 jours sur diverses surfaces.<sup>10,11</sup> Par conséquent, nous savons qu'il est possible qu'une pipe à crack contribue à transmettre le VHC. Des études ont décelé des taux élevés d'hépatite C parmi les personnes qui fument du crack. Le taux de prévalence du VHC parmi les personnes qui fument du crack, dans diverses régions du pays, est par exemple de 37 % à Ottawa, de 43 % à Vancouver et de 29 % à Toronto.<sup>6,7,8</sup> Ces chiffres sont considérablement plus élevés que dans la population canadienne en général (0,7 %).<sup>12</sup>

Bien que les données soient limitées, il y a également un potentiel de transmission de l'hépatite B, d'autres infections

transmissibles sexuellement, de tuberculose et de pneumonie, parmi les personnes qui fument du crack. [13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26](#)

## Quel est le lien entre les pipes et la transmission du VIH et du VHC?

Les pipes pour fumer le crack peuvent être de fabrication rudimentaire, à partir d'objets comme des bouteilles de verre, des cannettes de boisson gazeuse, des bouteilles de plastique, des antennes de voitures ou des tuyaux de métal. Lorsqu'une pipe artisanale est utilisée pour fumer du crack, une surface chaude et aux bords déchiquetés peut causer des lésions aux mains et à la bouche, y compris une inflammation orale, des coupures, des brûlures et des plaies. Du sang de ces lésions peut se retrouver sur la pipe. Le VIH ou le VHC contenus dans le sang, le cas échéant, peut alors se transmettre à l'autre personne qui utilise la pipe. On a formulé l'hypothèse que, par cette chaîne, les personnes qui fument du crack sont exposées à un risque élevé de contracter le VIH et le VHC. [1, 2, 8, 27](#)

## Le partage de pipes

Les évaluations de programmes de distribution de matériel plus sécuritaire pour fumer le crack, au Canada, ont documenté le partage de matériel pour le faire. [28, 29, 30, 31, 32, 33](#) D'autres études canadiennes parmi les personnes qui fument du crack ont signalé l'existence de partage de pipes. [34, 35, 36, 37](#)

Plusieurs facteurs peuvent avoir une influence sur le partage de pipes, y compris le fait de fumer en petit groupe et l'intimité entre partenaires. De plus, autoriser d'autres personnes à utiliser sa pipe permet à son propriétaire de recueillir la « résine », le résidu qui s'amasse à l'intérieur de la pipe, puis de le fumer. [38](#) Les personnes qui ont de la difficulté à se procurer une pipe pour fumer le crack sont plus susceptibles de partager des pipes. [30, 39](#) Puisque le crack est vendu sous forme de petites « roches », il est difficile de le diviser en morceaux plus petits; ceci peut contribuer au partage de matériel pour le fumer, entre personnes qui mettent ensemble leur argent pour acheter du crack.

Plusieurs études canadiennes ont documenté une grande fréquence d'épisodes où l'on fume du crack (par exemple, entre un et 70 épisodes par jour). [1, 20, 33, 34](#) Des troubles de mémoire, un manque de retenue et une mauvaise évaluation des risques en raison d'une consommation intense peuvent aussi conduire à partager le matériel de consommation et à avoir des pratiques sexuelles à risque. [4](#)

## Peut-on réduire les méfaits associés à l'acte de fumer du crack?

Les PSA sont bien établis en tant que programmes de prévention du VIH à l'échelle du Canada, mais les programmes de distribution de matériel plus sécuritaire pour fumer le crack sont moins nombreux; dans certaines régions du pays, on n'en trouve tout simplement pas. Plusieurs programmes de distribution de matériel plus sécuritaire pour fumer le crack ont du mal à obtenir un financement soutenu; par ailleurs, plusieurs suscitent une vive opposition dans la communauté. [35, 40, 41](#)

## Réaliser des progrès

De nouvelles recommandations fondées sur les données probantes, concernant la distribution de matériel plus sécuritaire pour fumer le crack, ont été développées par le Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes de réduction des méfaits au Canada, une équipe regroupant divers dépositaires d'enjeux, dans le cadre des *Recommandations des 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*. [42](#) Dans un article précédent de *Point de mire sur la prévention*, nous avons traité du projet des *Recommandations des pratiques exemplaires* et des données qui appuient les [recommandations sur la distribution de seringues et aiguilles](#).

## Recommandations sur la distribution de matériel plus sécuritaire pour fumer le crack

Le Groupe de travail recommande que des programmes distribuent du matériel plus sécuritaire pour fumer le crack, incluant les éléments suivants :

1. un tube fait de verre borosilicaté (Pyrex), pour servir de pipe, vu la forte résistance de ce matériau à la chaleur et l'absence de revêtement toxique;
2. un embout, à placer à une extrémité d'une pipe, pour protéger les lèvres contre la chaleur et les rebords écaillés ou craquelés;
3. des bâtons poussoirs, pour ajuster la position de la grille dans la pipe; et
4. des grilles fabriquées d'acier ou de laiton, pour empêcher que des copeaux chauds ou fondants soient inhalés.

Chaque élément joue un rôle pour rendre plus sécuritaire l'inhalation de vapeur de crack; le Groupe de travail recommande que les programmes fournissent tous ces éléments dans des trousse préemballées ainsi qu'à l'unité.

Dans diverses villes du Canada, certains programmes de réduction des méfaits fournissent d'autres articles pour réduire les risques associés à l'acte de fumer du crack (par exemple, des tampons alcoolisés, serviettes humides, briquets/allumettes, baume à lèvres, gomme à mâcher et pansements cutanés). Étant donné l'absence d'évaluation pour appuyer l'inclusion de ces éléments, le Groupe de travail n'a pas formulé de recommandations sur leur distribution.

## **Recommandations pour remplacer le matériel**

À la différence des aiguilles, qui devraient être éliminées après une seule utilisation, le matériel pour fumer du crack peut être réutilisé tant et aussi longtemps qu'il est sécuritaire. Le Groupe de travail recommande que **le matériel pour fumer du crack soit considéré non sécuritaire et à remplacer lorsque :**

- **la pipe ou l'embout a été utilisé par une autre personne;**
- **la pipe est égratignée, ébréchée ou craquelée;**
- **l'embout est brûlé;**
- **la grille a rapetissé et n'est plus serrée dans le tube.**

Plusieurs des méfaits potentiels qui s'associent à l'acte de fumer du crack sont également associés à des comportements sexuels à risque. Par conséquent, le Groupe de travail recommande que les programmes **fournissent également d'autres articles de réduction des méfaits, comme des condoms et du lubrifiant, sans limiter le nombre que le client peut recevoir sur demande.**

## **Recommandations pour la distribution de matériel plus sécuritaire pour fumer du crack**

Considérant les méfaits potentiels associés à l'acte de fumer le crack, le Groupe de travail recommande que les programmes de seringues et aiguilles **intègrent dans leur gamme de services la distribution de matériel plus sécuritaire pour fumer du crack** et que tous les programmes de réduction des méfaits **fournissent du matériel pour une consommation plus sécuritaire du crack, sans fixer de limite au nombre d'articles fournis au client et sans exiger que celui-ci retourne le matériel utilisé.** Offrir du matériel plus sécuritaire en quantité qui correspond aux besoins des clients, pour fumer le crack, peut contribuer à réduire le partage de pipes et d'autre matériel. Le Groupe de travail recommande également que les programmes **éduquent les clients sur l'utilisation plus sécuritaire du matériel, les pratiques plus sécuritaires, les risques du partage de matériel pour fumer ainsi que les relations sexuelles plus sécuritaires.**

En outre, le Groupe de travail recommande que les programmes **fournissent diverses options pour l'élimination sécuritaire du matériel usagé, y compris des contenants personnels de récupération pour objets tranchants, et pour inciter les clients à retourner et/ou à éliminer adéquatement les pipes usagées ou endommagées; éduquent les clients sur l'élimination sécuritaire du matériel usagé; et fournissent des endroits nombreux et pratiques pour l'élimination sécuritaire du matériel usagé.**

## **Et ensuite?**

Nous venons de reprendre les principaux points d'un ensemble de recommandations du Groupe de travail, mais nous vous signalons qu'il existe également des recommandations qui concernent l'éducation sur les pratiques plus sécuritaires de consommation de drogues et d'autres aspects des programmes de réduction des méfaits, comme la distribution de seringues et aiguilles ainsi que d'autres instruments d'injection, l'élimination et la manipulation sécuritaires d'instruments usagés, de même que la distribution de naloxone pour la prévention en cas de surdose d'opiacés. Vers la fin de 2014, le Groupe de travail prévoit la publication de la partie 2 de ses *Recommandations des pratiques exemplaires*, qui traitera de modèles de programmes, de soins de santé préventifs, de counseling et de recommandation à des services, de même que de relations avec les responsables de l'application de la loi et avec d'autres organismes.

## **Remerciements**

Les *Recommandations des 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* sont le fruit du travail du Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes de réduction des méfaits au Canada. Outre Strike, Gohil et Watson, ce groupe est composé de : Hopkins S, 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.

## Ressources

[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](#) (en anglais seulement)

[Journal InfohépatiteC - Numéro 3](#)

[Guide de poche sur l'hépatite C : Tout savoir sur l'hépatite C, la consommation plus sécuritaire de drogues, le tatouage et le perçage](#) – YouthCO

[Harm Reduction from A-Z Cards: Information for Young Gay and Bisexual Men](#) (en anglais seulement) – AIDS Committee of Toronto (ACT)

[Démonstration pour fumer du crack de façon plus sécuritaire](#)

[Le VIH au Canada : Guide d'introduction pour les fournisseurs de services](#)

## Références

1. [a. b. c.](#) Macías J, Palacios RB, Claro E, et al. High prevalence of hepatitis C virus infection among noninjecting drug users: association with sharing the inhalation implements of crack. *Liver International* . 2008;28(6):781-6.
2. [a. b. c.](#) Fischer B, Powis J, Firestone Cruz M, et al. Hepatitis C virus transmission among oral crack users: viral detection on crack paraphernalia. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology* . 2008;20(1):29-32.
3. Neaigus A, Gyarmathy VA, Zhao M, et al. Sexual and other noninjection risks for HBV and HCV seroconversions among noninjecting heroin users. *Journal of Infectious Disease* . 2007;195(7):1052-61.
4. [a. b.](#) DeBeck K, Kerr T, Li K, et al. Smoking of crack cocaine as a risk factor for HIV infection among people who use injection drugs. *Journal de l'Association médicale canadienne*. 2009;181(9):585-9.
5. Nutt D, King LA, Saulsbury W, Blakemore C. Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Lancet*. 2007 Mar 24;369(9566):1047-53.
6. [a. b.](#) Bayoumi AM, Strike C, Jiram J, et al. Report of the Toronto and Ottawa Supervised Consumption Assessment Study. Toronto, Ontario: St. Michael's Hospital and the Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto; 2012. Consulté en mai 2013 à : <http://www.catie.ca/sites/default/files/TOSCA%20report%202012.pdf>. Un sommaire de ce rapport est accessible en français - *Rapport de l'étude d'évaluation de la consommation supervisée de drogues à Toronto et Ottawa, 2012* - à : <http://www.catie.ca/sites/default/files/TOSCA-Executive-summary-French.pdf>
7. [a. b.](#) Leonard L. Improving services for people in Ottawa who smoke crack: Ottawa's Safer Inhalation Program - Final Evaluation Report; 2010. Consulté en décembre 2012 à : [www.medicine.uottawa.ca/epid/assets/documents/Improving%20Services%20for%20People%20in%20Ottawa%20who%20smoke%20crack.pdf](http://www.medicine.uottawa.ca/epid/assets/documents/Improving%20Services%20for%20People%20in%20Ottawa%20who%20smoke%20crack.pdf)
8. [a. b. c.](#) Shannon K, Rusch M, Morgan R, et al. HIV and HCV prevalence and gender-specific risk profiles of crack cocaine smokers and dual users of injection drugs. *Substance Use and Misuse*. 2008;43(3-4):521-34.
9. Agence de la santé publique du Canada. Résumé : Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2011. Ottawa, 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/surreport/estimat2011-fra.php>
10. Ciesek S, Friesland M, Steinmann J, et al. How stable is the hepatitis C virus (HCV)? Environmental stability of HCV and its susceptibility to chemical biocides. *Journal of Infectious Disease*. 2010 Jun 15;201(12):1859-66.
11. Doerrbecker J, Friesland M, Ciesek S, et al. Inactivation and survival of hepatitis C virus on inanimate surfaces. *Journal of Infectious Disease*. 2011 Dec;204(12):1830-1838.
12. Agence de la santé publique du Canada. Épidémiologie de l'infection aiguë par le virus de l'hépatite C au Canada Résultats du Système de surveillance accrue des souches de l'hépatite (SSASH); 2009. Consulté en décembre 2012 à : [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2011/aspc-phac/HP40-41-2010-fra.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/aspc-phac/HP40-41-2010-fra.pdf)
13. Bauwens JE, Orlander H, Gomez MP, et al. Epidemic Lymphogranuloma venereum during epidemics of crack cocaine use and HIV infection in the Bahamas. *Sexually Transmitted Disease* . 2002;29(5):253-8.
14. Cu-Uvin S, Hyejin K, Jamieson DJ, et al. Prevalence, incidence, and persistence or recurrence of Trichomoniasis among Human Immunodeficiency Virus (HIV)-positive women and among HIV-negative women at high risk for HIV infection. *Clinical Infectious Diseases* . 2002;34(10):1406-11.
15. DeHovitz JA, Kelly P, Feldman J, et al. Sexually transmitted diseases, sexual behavior, and cocaine use in inner-city women. *American Journal of Epidemiology* . 1994;140(12):1125-34.
16. Des Jarlais DC, Arasteh K, McKnight C, et al. Gender and age patterns in HSV-2 and HIV infection among non-injecting drug users in New York City. *Sexually Transmitted Disease* . 2010;37(10):637-43.
17. Gardy JL, Johnston JC, Ho Sui S, et al. Whole-genome sequencing and social-network analysis of a tuberculosis outbreak. *New England Journal of Medicine*. 2011;364(8):730-9.
18. Gollub EL, Armstrong K, Boney T, et al. Correlates of trichomonas prevalence among street-recruited, drug-using women enrolled in a randomized trial. *Substance Use and Misuse* . 2010;45(13):2203-20.
19. Kramer A, Schwebke, Kampf G. How long do nosocomial pathogens persist on inanimate surfaces? A systematic review, *BMC Infectious Diseases* . 2006;6:130-8.
20. [a. b.](#) Leece P, Rajaram N, Woolhouse S, Millson M. Acute and chronic respiratory symptoms among primary care patients who smoke crack cocaine. *Journal of Urban Health*. 2013;90(3):542-52.
21. McElroy PD, Rothenberg RB, Varghese R, et al. A network-informed approach to investigating a tuberculosis outbreak: implications for enhancing contact investigations. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* . 2003;7(12):S486-93.
22. Miller M, Liao Y, Wagner M, Korves C. HIV, the clustering of sexually transmitted infections, and sex risk among African American women who use drugs. *Sexually Transmitted Diseases* . 2008;35(7):696-702.
23. Minkoff H, Zhong Y, Strickler HD, et al. The relationship between cocaine use and human papillomavirus infections in HIV-seropositive and HIV-seronegative women. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*. 2008;587082.

24. Ross MW, Risser J, Peters RJ, Johnson RJ. Cocaine use and syphilis trends: Findings from the Arrestee Drug Abuse Monitoring (ADAM) program and syphilis epidemiology in Houston. *American Journal on Addictions* . 2006;15(6):473-7.
25. Seña AC, Muth SQ, Heffelfinger JD, et al P. Factors and the sociosexual network associated with a syphilis outbreak in rural North Carolina. *Sexually Transmitted Diseases* . 2007;34(5):280-7.
26. Sorvillo F, Kovacs A, Kerndt P, et al. Risk factors for trichomoniasis among women with human immunodeficiency virus (HIV) infection at a public clinic in Los Angeles County, California: implications for HIV prevention. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* . 1998;58(4):495-500.
27. Hagan H, Perlman DC, Des Jarlais DC. Sexual risk and HIV infection among drug users in New York City: a pilot study. *Substance Use and Misuse* . 2011;46(2-3):201-7.
28. Backe H, Heywood D, Bailey K, Plourde P. SCUK Distribution in the Winnipeg Health Region; 2011. (inédit)
29. Barnaby L, Penn R, Erickson P. Drugs, Homelessness & Health: Homeless Youth Speak Out About Harm Reduction. *The Shout Clinic Harm Reduction Report* . 2010. Consulté en décembre 2012 à : [http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2010/02/homelessyouthspeakout\\_shoutclinic2010\\_v2.pdf](http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2010/02/homelessyouthspeakout_shoutclinic2010_v2.pdf)
30. [a.](#) [b.](#) Benjamin K. Safeworks Safer Crack Use Kits; 2011. (inédit) Obtenu par l'entremise de D Nielson, de SafeWorks Calgary
31. Goodman D. (2005) Toronto crack users perspectives: Inside, Outside, Upside Down. The Safer Crack Use Coalition; 2005. The Wellesley Central Health Corporation. Consulté en décembre 2012 à : [www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2011/11/e-2004-11-005.pdf](http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2011/11/e-2004-11-005.pdf)
32. Leonard L, DeRubeis E, Germain A, et al. Ontario Harm Reduction Distribution Program: Provincial report Outcome Evaluation Wave One - Baseline. 2007. Consulté en décembre 2012 à : <http://www.med.uottawa.ca/epid/assets/documents/PROVINCIAL%20HRDP%20Wave%201%20Evaluation%20Report%20FINAL%28with%20reference%29.pdf>
33. [a.](#) [b.](#) Leonard L, Germain A. Ontario Harm Reduction Distribution Program: Final Outcome Evaluation; 2009. Consulté en décembre 2012 à : [www.medicine.uottawa.ca/epid/assets/documents/PROVINCIAL%20HRDP%20Final%20Evaluation%20Report.pdf](http://www.medicine.uottawa.ca/epid/assets/documents/PROVINCIAL%20HRDP%20Final%20Evaluation%20Report.pdf)
34. [a.](#) [b.](#) Fischer B, Rudzinski K, Ivsins A, et al. Social, health and drug use characteristics of primary crack users in three mid-sized communities in British Columbia, Canada. *Drugs: Education, Prevention & Policy* . 2010;17(4):333-53.
35. [a.](#) [b.](#) Ivsins A, Roth E, Nakamura N, et al. Uptake, benefits of and barriers to safer crack use kit (SCUK) distribution programmes in Victoria, Canada--a qualitative exploration. *International Journal of Drug Policy* . 2011;22(4):292-300.
36. Leonard L, DeRubeis E, Pelude L, et al. I inject less as I have easier access to pipes. *International Journal of Drug Policy* . 2008;19(3):255-64.
37. Malchy L, Bungay V, Johnson J. Documenting practices and perceptions of 'safer' crack use: a Canadian pilot study. *International Journal of Drug Policy* . 2008 Aug;19(4):339-41.
38. Boyd S, Johnson JL, Moffat B. Opportunities to learn and barriers to change: crack cocaine use in the Downtown Eastside of Vancouver. *Harm Reduction Journal* . 2008;5(1):34.
39. Ti L, Buxton J, Wood E, et al. Difficulty accessing crack pipes and crack pipe sharing among people who use drugs in Vancouver, Canada. *Substance Abuse Treatment, Prevention & Policy* . 2011;6(1):34.
40. Réseau juridique canadien VIH/sida. La distribution de trousses pour un usage plus sécuritaire de crack au Canada; sept. 2008. Consulté en décembre 2012 à : <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1391>
41. Strike C, Watson TM, Lavigne P, et al. Guidelines for better harm reduction: evaluating implementation of best practice recommendations for needle and syringe programs (NSPs). *International Journal of Drug Policy* . 2011 Jan;22(1):34-40.
42. Strike C, Hopkins S, Watson TM, et al. *Recommandations des 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 I*. Toronto, ON : Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes de réduction des méfaits au Canada. 2013.

## 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 quinze années d'expérience en recherche sur la réduction des méfaits, le traitement de la toxicomanie et les services de santé.

**Hemant Gohil**, infirmier autorisé, travaille dans le domaine des services de proximité à Toronto. Il s'intéresse aux besoins de santé des personnes qui consomment des drogues ainsi qu'à l'intégration de la réduction des méfaits dans la pratique clinique.

**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 les domaines des politiques sur les drogues, de la réduction des méfaits et des établissements correctionnels.

## Produit par:



555 Richmond Street West, Suite 505  
Toronto, Ontario M5V 3B1 Canada  
téléphone : 416.203.7122  
sans frais : 1.800.263.1638  
télécopieur : 416.203.8284  
site Web : [www.catie.ca](http://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 (Le Réseau canadien d'info-traitements sida) fournit, de bonne foi, 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 ne doivent toutefois pas être considérés comme des conseils médicaux. Nous ne recommandons ni n'appuyons aucun traitement en particulier et nous encourageons nos clients à consulter autant de ressources que possible. Nous encourageons vivement nos clients 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.

Nous ne pouvons garantir l'exactitude ou l'intégralité des renseignements publiés ou diffusés par CATIE, ni de ceux auxquels CATIE permet l'accès. Toute personne mettant en application ces renseignements le fait à ses propres risques. Ni CATIE, ni l'Agence de la santé publique du Canada, ni le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 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, sont celles des auteurs et ne reflètent pas les politiques ou les opinions de CATIE ou les points de vue de l'Agence de la santé publique du Canada ou du ministère de la Santé et des Soins de longue durée ontarien.

## 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](mailto: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  
<http://www.catie.ca/fr/pdm/automne-2014/distribution-materiel-plus-securitaire-fumer-crack-cocaine-lignes-directrices-exhau>