A B R É G É

Cette étude (n = 200) a permis de comparer les caractéristiques des UDI ayant fréquenté un programme québécois d'échange de seringues (PES) depuis plus de deux ans (> 2 ans) à ceux depuis deux ans et moins (≤ 2 ans). Par rapport aux ≤ 2 ans, les > 2 ans ont été plus souvent bénéficiaires d'aide sociale (RC : 4,7), particulièrement chez les VIH+ (RC : 62,0); ont essayé plus souvent d'arrêter de consommer des drogues (RC : 3,8); ont recommandé plus souvent les services du PES (RC : 3,1); demandaient plus souvent à être hébergés et plus d'heures d'ouverture (RC : 3,6). Ces résultats mettent en lumière l'urgence d'améliorer et de développer des services de soutien/transition pour les > 2 ans. Des interventions préventives qui rejoindraient les ≤ 2 ans là où ils se trouvent, devraient aussi être implantées en étroite collaboration avec d'autres organismes de prévention des toxicomanies et de santé mentale notamment.

A B S T R A C T

In this study (n=200), the characteristics of IDUs participating in a provincial needle exchange program (NEP) for more than 2 years (> 2 years) were compared with those of IDUs having participated for less than 2 years (≤ 2 years). Compared to the ≤ 2 years, the > 2 years were more often recipients of welfare (RC: 4.7), especially among the HIV-positive (RC: 62.0); tried quitting drugs more frequently (RC: 3.8); more often recommended the NEP to other IDUs (RC: 3.1); and more often requested being given shelter and longer opening hours (RC: 3.6). These results highlight the urgent need to improve and develop transitional and support services for the > 2 years. Preventive interventions that would reach out to the ≤ 2 years where they live should also be implemented in close collaboration with organizations involved in mental health and drug use prevention.

Drogues, pauvreté et VIH : données en provenance du programme d'échange de seringues *Point de Repères*, Québec

Diane Bélanger, PhD,¹ Lina Noël, MA,¹ Michel Alary, PhD,¹⁻³
Raymond Parent, MSc,¹ Céline Poulin, MSc,¹ Christiane Claessens, MSc,⁴
En collaboration avec les intervenants du programme d'échange de seringues
*Point de Repères*⁵

En Amérique du Nord, les programmes d'échange de seringues (PES) auraient permis de contenir l'épidémie du VIH chez les utilisateurs de drogues par injection (UDI),¹⁻⁴ essentiellement en réduisant les risques liés à l'injection,¹ et auraient contribué à la diminution du nombre de cas incidents.² En quantité suffisante, ils auraient pu prévenir entre 4 394 et 9 666 infections au VIH au cours de la période 1987-1995 (réduction de l'incidence allant de 15 % à 33 %).³ Malgré ces estimations encourageantes, l'implantation des PES se fait lentement sur le continent. L'impact positif de ces interventions sur la prévention du VIH semble apparemment questionnable, notamment en raison de prévalence et d'incidence du VIH plus élevées chez les UDI qui fréquentaient ces programmes que chez ceux qui ne le faisaient pas.⁵⁻⁷ Une des hypothèses est que les PES

attireraient les UDI les plus à risque de contracter le VIH.^{1,5,6,8-11} L'étude de Hahn et collaborateurs,⁸ réalisée à San Francisco parmi 385 UDI, est très informative à ce sujet. Les taux d'incidence du VIH juste avant la mise en place des PES étaient de 0,38 par 100 personne-années (p.a.) parmi les UDI qui n'ont pas ultérieurement visité ces programmes (n=303), alors qu'il était de 9,34 par 100 p.a. parmi ceux qui y sont allés (p=0,003). La présente étude s'inscrit dans un tel contexte, dans le but de proposer des pistes d'interventions pour les programmes de prévention du VIH/sida. Son objectif est de comparer les caractéristiques des UDI ayant fréquenté un PES depuis plus de deux ans à ceux qui l'ont fait depuis deux ans et moins.

MÉTHODES

Population étudiée et échantillon de sujets

La population était constituée d'UDI fréquentant le PES situé au centre-ville de Québec, *Point de Repères*. En plus de l'échange de seringues, ce site offre différents services, notamment le travail de milieu. Un total d'environ 19 000 contacts usagers, dont 1 000 nouveaux contacts, y est recensé chaque année. À l'automne 1995, 200 UDI ont été recrutés pour les fins de l'étude. Deux de ces UDI, décelés à l'aide d'une technique d'encryptage, avaient complété le questionnaire à deux moments différents et un troisième sujet avait répondu au questionnaire de façon trop parcellaire. L'échantillon final a donc

1. Unité de recherche en santé publique, Centre de recherche du Pavillon CHUL-CHUQ, Québec
2. Département de médecine sociale et préventive, Université Laval, Québec
3. Centre de recherche, Centre Hospitalier Affilié Universitaire de Québec, Hôpital du Saint-Sacrement, Québec
4. Laboratoire de santé publique du Québec, Sainte-Anne de Bellevue, Québec
5. Point de Repères, Québec

Correspondance et demandes de réimpression : Diane Bélanger, Unité de recherche en santé publique, Centre de recherche du Pavillon CHUL-CHUQ, 2400 d'Estimauville, Beauport (Québec), G1E 7G9, Tél. : 418-666-7000, Courriel : dbelanger@cspq.qc.ca

Cette étude a été subventionnée par le Programme national de recherche et développement en matière de santé (PNRDS, Santé Canada, 6605-4266-AIDS). Du financement additionnel a été obtenu du Centre québécois de coordination sur le sida (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec).

été composé de 197 UDI. Une compensation de 10 \$ a été offerte à chacun des sujets pour les frais encourus lors de leur déplacement.

Sélection des sujets

Tous les UDI qui se sont prévalus des activités offertes par le PES ont été invités à participer à l'étude, durant le jour ou en soirée. La technique de bouche à oreille¹² a également été utilisée comme méthode de recrutement, dans le but de rejoindre ceux qui ne fréquentaient pas le site de façon assidue. Trois critères, évalués par deux intervenants du site d'échange de seringues qui agissaient comme interviewers, ont permis de sélectionner les sujets au moment de l'entrevue : 1) avoir consommé des drogues par injection dans les six derniers mois; 2) présenter des marques visibles d'injection; 3) être capable de fournir des informations cohérentes.

Collecte des données

Chacun des sujets a répondu à un questionnaire à questions fermées,⁷ dans un local fermé du PES. De l'exsudat gingival (enrichi en anticorps) a été prélevé au même moment.¹³⁻¹⁵ La sécrétion de l'exsudat gingival a été stimulée et captée par un carton-buvard légèrement salin de marque EpiScreen® (OraSure®, Epitepe, Beaverton, OR, États-Unis). La présence d'anticorps anti-VIH 1 a été détectée par le test EIA (enzyme linked immunosorbent assay) à l'aide de la trousse Vironostika HIV-1 (Organon-Teknika Inc, Scarborough, ON, Canada). Les prélèvements initialement réactifs à ce test ont été testés à nouveau en *duplicata* : les spécimens réactifs de façon répétée ont été considérés positifs aux anticorps anti-VIH 1. L'ensemble de ces procédures de laboratoire ont été réalisées par le personnel du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ).

Variables

La durée de fréquentation du PES, la variable dépendante, a été évaluée à l'aide d'une variable dichotomique (> 2 ans, ≤ 2 ans). Elle a été mise en relation avec différentes variables indépendantes, soit les caractéristiques socio-démographiques, l'utilisation des services du PES (aspects

TABLEAU I
Durée de fréquentation au site selon certaines variables socio-démographiques

Variables	≤ 2 Ans* (n=77)	> 2 Ans* (n=120)	Valeur p†
Sexe féminin	35,15 %	22,5 %	0,054
Au cours des six derniers mois :			
a vécu dans une chambre‡	15,6 %	32,5 %	0,008
a vécu dans une maison‡	33,8 %	15,0 %	0,002
a habité seul‡	36,4 %	58,3 %	0,003
a habité avec des parents‡	44,2 %	14,4 %	< 0,001
a eu la prostitution comme source de revenus¶	11,7 %	24,2 %	0,03
a eu le bien-être social comme source de revenus¶	36,4 %	78,2 %	< 0,001
A déjà séjourné en prison	40,3 %	76,7 %	< 0,001
A séjourné en prison depuis qu'il vient au site	29,9 %	65,0 %	< 0,001

* Pourcentages d'UDI qui ont la caractéristique présentée, chez ceux qui ont fréquenté le site depuis deux ans et moins ou depuis plus de deux ans

† Valeurs p associées au χ^2 de Pearson ou au test exact de Fisher

‡ Ces variables ne sont pas mutuellement exclusives

¶ Ces variables ne sont pas mutuellement exclusives

TABLEAU II
Durée de fréquentation au site selon certaines variables liées aux comportements sexuels

Variables	≤ 2 Ans* (n=77)	> 2 Ans* (n=120)	Valeur p†
MTS auto-rapportées :			
hépatite	22,1 %	50,8 %	< 0,001
autres mts	31,4 %	49,6 %	0,015
Connait au moins une personne VIH+	46,8 %	74,2 %	< 0,001
A eu des relations sexuelles avec une personne VIH+	7,8 %	15,4 %	0,058
Dans les six derniers mois, contacts sexuels avec :			
des clients	11,7 %	25,8 %	0,016
pénétrations toujours avec condoms	3 / 6	18 / 21	0,101
contacts oraux toujours avec condoms	2 / 9	11 / 31	0,455
des partenaires réguliers	62,3 %	54,2 %	0,302
pénétrations toujours avec condoms	11 / 47	17 / 63	0,670
contacts oraux toujours avec condoms	3 / 40	2 / 56	0,646
des partenaires occasionnels	67,5 %	62,5 %	0,471
pénétrations toujours avec condoms	14 / 48	23 / 62	0,383
contacts oraux toujours avec condoms	2 / 40	10 / 68	0,204

* Pourcentages ou proportions d'UDI qui ont la caractéristique présentée, chez ceux qui ont fréquenté le site depuis deux ans et moins ou depuis plus de deux ans

† Valeurs p associées au χ^2 de Pearson ou au test exact de Fisher

organisationnels dont le nombre de visites au site au cours des six derniers mois), et les comportements liés au risque de l'infection au VIH.

Analyses

Dans les analyses univariées, les variables indépendantes ont été associées à la durée de fréquentation du PES à l'aide du χ^2 de Pearson et du test exact de Fisher pour les variables en catégories, ainsi qu'à l'aide du test *t* de Student pour les variables continues.¹⁶ Les analyses multivariées ont été réalisées à l'aide de la régression logistique.¹⁷ Le seuil statistique de rejet a été de 0,05, sauf pour les termes d'interaction de premier ordre ($p < 0,15$). La capacité discriminante du modèle a été mesurée à l'aide de

l'indice *c*, dont la valeur attendue se situait entre 0,5 et 1. Les analyses ont été effectuées avec le progiciel SAS (Sas Institute Inc, SAS Campus Drive, Cary, NC).

RÉSULTATS

Caractéristiques socio-démographiques

Soixante pour cent des 197 sujets ont rapporté avoir fréquenté *Point de Repères* depuis plus de deux ans (> 2 ans); parmi ces derniers, le pourcentage de femmes était plus élevé que chez ceux qui avaient fréquenté le site depuis 2 ans et moins (≤ 2 ans) (Tableau I). Les > 2 ans étaient en moyenne plus âgés que les autres sujets (32,1 ans vs 25,8 ans, $p < 0,001$). De fait, 9,2 % des > 2 ans avaient moins de 20

TABLEAU III
Durée de fréquentation au site selon certaines variables liées aux comportements d'injection

Variables	≤ 2 Ans* (n=77)	> 2 Ans* (n=120)	Valeur p†
Au cours des six derniers mois :			
s'est injecté (e) du PCP	23,4 %	5,8 %	< 0,001
s'est injecté (e) principalement de la cocaïne	77,9 %	90,0 %	0,02
s'est injecté (e) en solitaire	53,3 %	78,8 %	0,012
a fréquenté les piqueries plus de 10 fois	10,4 %	22,5 %	0,03
a emprunté des seringues usagées	44,2 %	42,0 %	0,209
a emprunté des seringues usagées auprès :			
de personnes inconnues	0	26,0 %	< 0,001
de personnes séropositives	8,0 %	18,1 %	< 0,001
d'amis	79,4 %	56,0 %	0,027
Séropositivité (VIH+) dépistée dans l'étude	3,9 %	22,5 %	< 0,001

* Pourcentages d'UDI qui ont la caractéristique présentée, chez ceux qui ont fréquenté le site depuis deux ans et moins, ou depuis plus de deux ans

† Valeurs p associées au χ^2 de Pearson ou au test exact de Fisher

TABLEAU IV
Durée de fréquentation au site selon certaines caractéristiques organisationnelles

Variables	≤ 2 Ans* (n=77)	> 2 Ans* (n=120)	Valeur p†
A déjà utilisé les services :			
de thérapie en toxicomanie	39,0 %	65,8 %	< 0,001
de communautés thérapeutiques (ex. : AA, NA)	50,7 %	68,0 %	0,009
de dépannage (ex. : soutien alimentaire)	42,9 %	68,3 %	< 0,001
de soutien auprès des personnes VIH+	0	6,7 %	< 0,001
A recommandé les services du PES à d'autres UDI	69,7 %	88,9 %	< 0,001
Aimerait qu'on offre plus de services au PES	11,7 %	28,3 %	0,006
A rapporté			
toutes ses seringues usagées au PES	13,0 %	30,5 %	0,002
75 % de ses seringues usagées	31,2 %	23,7 %	
25 % à 50 % de ses seringues usagées	37,6 %	18,7 %	
aucune de ses seringues usagées	18,2 %	27,1 %	
A arrêté de consommer des drogues (≥ 1 fois)	61,0 %	85,8 %	< 0,001

* Pourcentages d'UDI qui ont la caractéristique présentée, chez ceux qui ont fréquenté le site depuis deux ans et moins, ou depuis plus de deux ans

† Valeurs p associées au χ^2 de Pearson ou au test exact de Fisher

ans au moment de l'entrevue alors que ce pourcentage était de 46,8 % chez les ≤ 2 ans (p < 0,001).

Comportements sexuels

Entre les premières relations sexuelles (âge moyen : 15 ans chez les > 2 ans, 14 ans chez les ≤ 2 ans; p = 0,03) et le moment de l'entrevue, il s'était écoulé en moyenne 17 années chez les > 2 ans alors que cette période était d'environ 12 années chez les ≤ 2 ans. De plus, par rapport aux ≤ 2 ans, les > 2 ans ont rapporté plus souvent avoir contracté d'autres MTS que le VIH (Tableau II).

Comportements liés à la consommation de drogues

Les ≤ 2 ans étaient en moyenne plus jeunes que les > 2 ans au moment de leurs

premières injections (20,5 ans vs 23,2 ans, p < 0,001). Ils s'injectaient également depuis un peu moins longtemps qu'eux. Au moment de compléter le questionnaire de l'étude, les ≤ 2 ans s'injectaient en moyenne depuis 5,3 ans alors que les > 2 ans le faisaient depuis environ 8,9 ans (p < 0,001). La majorité des sujets se sont injectés au moins une fois de la cocaïne au cours des six mois précédant l'entrevue (92 % dans chacun des deux groupes). Par rapport aux autres drogues, la cocaïne a également été la substance psychoactive la plus souvent injectée, particulièrement chez les > 2 ans (Tableau III). La prévalence du VIH étaient plus élevée chez les > 2 ans que chez les ≤ 2 ans.

Aspects organisationnels

Par rapport aux ≤ 2 ans, les > 2 ans ont recommandé plus souvent les services

offerts par *Point de Repères* à d'autres UDI (Tableau IV). Un plus grand pourcentage d'entre eux souhaitaient également que les heures d'ouverture soient plus longues et qu'on y offre l'hébergement ainsi que de la nourriture. Les > 2 ans ont par ailleurs rapporté avoir suivi des thérapies et avoir arrêté temporairement de consommer des drogues depuis qu'il fréquente le site, dans une plus grande proportion.

Analyses multivariées

Parmi l'ensemble des indicateurs de risque étudiés, cinq variables ont été indépendamment associées à la durée de fréquentation au site (> 2 ans, ≤ 2 ans) (Tableau V). Ces variables étaient les suivantes : avoir été bénéficiaire d'aide sociale au cours des six mois précédant l'entrevue, particulièrement chez les UDI VIH+; avoir arrêté temporairement de consommer des drogues au cours de la période de fréquentation au site; avoir recommandé les services du PES à d'autres UDI; vouloir que le site ait des heures d'ouverture plus longues et qu'il offre de l'hébergement ainsi que de la nourriture. La capacité discriminante du modèle statistique était de 0,83, selon la mesure de l'indice c.

DISCUSSION

Les sujets de l'étude n'ont pas été choisis de façon aléatoire et ne sont pas représentatifs de l'ensemble des UDI mais le sont des UDI de *Point de Repères*, sur la base des collectes de données recueillies à ce site (ex. réf 18). De plus, il a été impossible de vérifier la proportion d'UDI admissibles ayant répondu au questionnaire (cette population n'étant pas encore recensée!) et la petite taille de l'échantillon a diminué la puissance des analyses. Finalement, les présentes données peuvent avoir été influencées par un biais de « rétention ». Nous avons cependant tenté d'atténuer ce biais en utilisant la technique de recrutement « boule de neige »¹² afin de rejoindre les UDI qui ne fréquentaient pas le site de façon assidue. La publicité de l'étude a été faite de façon uniforme tout au long de la collecte de données et la sélection des sujets a été réalisée indépendamment des caractéristiques des UDI. Malgré cela, les présents résultats demeurent intéressants

puisque'ils soulignent la précarité des conditions de vie des UDI fréquentant les PES québécois. À ce sujet, force est de rappeler que la majorité de ces UDI consomment principalement de la cocaïne. Or, la courte demi-vie de cette drogue amène les consommateurs réguliers à s'injecter beaucoup plus souvent que les héroïnomanes.¹⁹ De plus, la cocaïne créerait des dérèglements dans la fonction cérébrale pouvant déclencher des comportements compulsifs et une avidité obsessionnelle pour les drogues.²⁰ Aussi, plus l'UDI s'injectera de la cocaïne, plus il aura besoin de s'injecter des drogues, plus il centrera sa vie sur la satisfaction de son besoin de consommer, au point d'arrêter de travailler et de souhaiter être pris en charge par la société et par les personnes qui sont encore auprès de lui à ce moment-là de sa vie, comme les intervenants des PES. Cette consommation effrénée de cocaïne l'amènera éventuellement à vouloir s'en sortir mais souvent sans succès et augmentera sa probabilité de vivre des situations de partage de matériel d'injection,^{21,22} d'échanger des faveurs sexuelles²³ pour se procurer de la drogue et donc, d'être infecté par le VIH.²⁴

Dans un tel contexte, il n'est pas étonnant que les > 2 ans bénéficiaires de l'aide sociale aient été plus souvent séropositifs que les autres sujets, entre autres pour les raisons suivantes (Tableau VI) : 1) Les > 2 ans s'injectaient depuis plus longtemps que les ≤ 2 ans, augmentant ainsi la probabilité d'avoir partagé du matériel d'injection usagé dans des lieux où circulent un nombre important d'UDI, comme les piqueries;^{25,26} 2) Les > 2 ans pourraient avoir été exposés aux messages d'éducation à la santé visant la prévention du VIH plus tard dans leur vie de toxicomane; 3) Les > 2 ans ont commencé à s'injecter des drogues avant l'implantation des PES au Québec et à une époque où le VIH n'avait été associé au partage de seringues usagées²⁷ que depuis peu.

Sur le plan pratique, il serait par conséquent pertinent de développer des interventions communautaires et d'éducation à la santé qui rejoindraient les ≤ 2 ans là où ils se trouvent, afin de vite prévenir le VIH et la consommation de cocaïne injectable qui lui est intimement liée. De tels objectifs sont plus difficilement réalisables avec

TABLEAU V
Indicateurs de risque différenciant les UDI qui ont fréquenté le site depuis plus de deux ans (n=120) des autres sujets (n=77) : Analyses multivariées

Variables*	RC†	IC 95%‡
A déjà arrêté de consommer	3,8	1,7 ; 8,6
A recommandé le PES	3,1	1,2 ; 7,7
Voudrait que le PES offre plus de services	3,6	1,4 ; 9,3
Interaction entre le fait d'avoir été bénéficiaire d'aide sociale (BS) et le statut sérologique (VIH)¶ :		
n'a pas reçu de BS et est VIH-	1	
a reçu du BS et est VIH-	4,7	2,2 ; 9,7
n'a pas reçu de BS et est VIH+	0,7	0,6 ; 8,4
a reçu du BS et est VIH+	61,9	7,3 ; 125,4

* Il n'y a pas de colinéarité statistiquement significative entre les variables indépendantes

† RC=rapport de cotes

‡ IC 95%=intervalle de confiance à 95 %

¶ Seul le terme d'interaction de premier ordre entre BS et VIH a été statistiquement significatif ($\alpha < 0,15$)

TABLEAU VI
Chronogramme d'événements liés au VIH/sida, de 1978 à 1995

Années	Événements
1978	1 ^{ères} relations sexuelles (en moyenne) des > 2 ans
1981	Le sida est reconnu cliniquement
1983	Le VIH-1 est isolé et admis comme agent étiologique du sida
1985	1 ^{ères} relations sexuelles (en moyenne) des ≤ 2 ans
	Le VIH-2 est isolé et admis comme agent étiologique du sida
1986	1 ^{ères} injections (en moyenne) des > 2 ans
1989	1 ^{er} PES au Québec : Cactus à Montréal
1990	1 ^{ères} injections (en moyenne) des ≤ 2 ans
1991	Ouverture d'un PES à Québec : Point de Repères
1991-1993	1 ^{ères} visites au PES, les > 2 ans (en moyenne) :
	âge : 27 ans; injections : depuis 5 à 7 ans; relations sexuelles : depuis 13 à 15 ans
1993-1995	1 ^{ères} visites au PES, les ≤ 2 ans (en moyenne) :
	âge : 24 ans; injections : depuis 3 à 5 ans; relations sexuelles : depuis 10 à 12 ans
1995	Collecte des données de la présente étude,
	les > 2 ans (en moyenne) : âge : 32 ans; 9 ans d'injection; 17 ans de vie sexuelle
	les ≤ 2 ans (en moyenne) : âge : 26 ans; 5 ans d'injection; 12 ans de vie sexuelle

les > 2 ans, généralement rendus à un stade très avancé de leur processus d'assuétude. Il serait par contre souhaitable de renforcer les liens existants avec ces derniers et d'améliorer ou de développer des services de soutien et de transition en collaboration avec d'autres instances, notamment en toxicomanie et en santé mentale. Il est certain que l'implantation de ces interventions ne résoudront pas à elles seules l'épidémie du VIH parmi cette clientèle. Il s'agirait toutefois d'un pas important dans la voie d'un renversement de la spirale de la consommation de drogues amenant l'UDI à s'injecter toujours davantage et à s'appauvrir dans différentes sphères de sa vie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Lurie P, Reingold AL, Bowser B, et al. The public health impact of needle exchange programs in the United States and abroad. School of Public Health, University of California, Berkeley.
2. Des Jarlais D, Marmor M, Paone D, et al. HIV incidence among injection drug users in New York City syringe-exchange programmes. *Lancet* 1996;348:987-91.
3. Lurie P, Drucker E. On opportunity lost: HIV infections associated with lack of a national needle-exchange programme in the USA. *Lancet* 1997;349:604-8.
4. Hurler SF, Jolley DJ, Kaldor JM. Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection. *Lancet* 1997;349:1797-800.
5. Strathdee S, Patrick DM, Currie SL, et al. Needle exchange is not enough: Lessons from the Vancouver injecting drug use study. *AIDS* 1997;11:F59-F65.
6. Bruneau J, Lamothe F, Franco E, et al. High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: Results of a cohort study. *Am J Epidemiol* 1997;146:994-1002.
7. Poulin C, Alary M, Noël L, et al. Prevalence and incidence of HIV among injecting drug users (IDU) attending a needle exchange program (NEP) in Quebec City. *Can J Infect Dis* 1997;8(supplA):27A.
8. Hahn JA, Vranizan KM, Moss AR. Who uses needle exchange? A study of injection drug users in treatment in San Francisco, 1989-1990.

- J Acquir Immune Defic Syndr Human Retrovirol* 1997;15:157-64.
9. Vlahov D. Invited commentary. XIth International Conference on AIDS. Vancouver, 1996.
 10. Archibald CP, Ofner M, Strathdee SA, et al. Factors associated with frequent needle exchange program attendance in injection users in Vancouver, Canada. *J Acquir Immune Defic Syndr Human Retrovirol* 1998;17:160-66.
 11. Lowndes C, Alary M. High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: Results of a cohort study (letter). *Am J Epidemiol* 1998;148:713-14.
 12. Morrison VL. Observation and snowballing: Useful tools for research into illicit drugs? *Social Pharmacol* 1988;2:247-71.
 13. Coates R, Millson M, Myers T, et al. The benefits of HIV antibody testing of saliva in field research. *Can J Public Health* 1991;82:397-98.
 14. King A, Marion SA, Cook D. Accuracy of a saliva test for HIV antibody. *J Acquir Immune Defic Syndr Human Retrovirol* 1995;9:172-75.
 15. Parent R, Noël L, Alary M, Claessens C. Évaluation de la prévalence du VIH chez les utilisateurs de drogues par injection fréquentant le programme *Point de Repères* : étude de faisabilité. Rapport final déposé au Laboratoire de Lutte contre la Maladie, Santé Canada, 1994, ISBN 2-921636-36-0.
 16. Fleiss JL. *Statistical Methods for Rates and Proportions*. New York: John Wiley & Sons, 1981.
 17. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression*. New York: John Wiley & Sons, 1989.
 18. Parent R, Alary M, Hankins C, et al. HIV among IDUs: Second surveillance year of the SURVIDU network. *Can J Infect Dis* 1997;8(suppl A):27A.
 19. Alcabas P, Friedland G. Injection drug use and human immunodeficiency virus infection. *Clin Infect Dis* 1995;20:1467-79.
 20. Bruneau J. Les dépendances, plus qu'une question de volonté. *Le clinicien* 1998;février:82-95.
 21. Neaigus A, Friedman SR, Jose B, et al. High-risk personal networks and syringe sharing as risk factors for HIV infection among new drug injectors. *J Acquir Immune Defic Syndr Human Retrovirol* 1996;11:499-509.
 22. Saxon AJ, Calsyn DA, Jakson R. Longitudinal changes in injection behaviors in a cohort of injection drug users. *Addiction* 1994;89:191-202.
 23. Hudgins R, McCusker J, Stoddard A. Cocaine use and risky injection and sexual behaviors. *Drug Alcohol Depend* 1995;37:7-14.
 24. Chaisson RE, Bacchetti P, Osmond D, et al. Cocaine use and HIV infection in intravenous drug users in San Francisco. *JAMA* 1989;261:561-65.
 25. Chitwood DD, McCoy CB, Inciardi JA, et al. HIV seropositivity of needles from shooting galleries in South Florida. *Am J Public Health* 1990;80:150-52.
 26. Latkin C, Mandell W, Vlahov D, et al. People and places, behavioral settings and personal network characteristics as correlates of needle sharing. *J Acquir Immune Defic Syndr Human Retrovirol* 1996;13:273-80.
 27. Baganizi E, Alary M. Le sida : aspects épidémiologiques, dans, Lévy JJ, Cohen H, *Le SIDA : aspects psychosociaux, culturels et éthiques*. Montréal : Éditions du Méridien, 1997;1-41.

Reçu : 23 décembre 1998

Accepté : 22 novembre 1999

Directives de rédaction à l'intention des auteurs

La *Revue canadienne de santé publique* publie des articles originaux sur tous les aspects de la santé publique, de la médecine préventive et de la promotion de la santé qui ont été évalués par des pairs. Tous les manuscrits soumis pour publication dans ses colonnes doivent respecter les Directives de rédaction à l'intention des auteurs. On trouvera une version révisée des Directives de rédaction à l'intention des auteurs qui contribuent à la *RCSP* sur le site Web de l'ACSP à l'adresse suivante < www.cpha.ca >. Les auteurs qui n'ont pas accès à Internet peuvent consulter une version précédente des Directives de rédaction aux pages 19-20 du numéro de janvier/février 2000 (Vol. 91, No. 1) de la *Revue canadienne de santé publique* ou se mettre en rapport avec le bureau de la rédaction pour en recevoir un exemplaire par télécopieur.

La Rédaction doit recevoir un exemplaire imprimé de l'original et deux copies pour l'évaluation par les pairs (dactylographié à double interligne, sur un seul côté de la feuille) avec toutes les figures et tous les tableaux, et accompagné d'une version électronique. Veuillez numéroter les pages les unes à la suite des autres, y compris l'abrégé et sa traduction (le cas échéant), le texte, les remerciements, les références, les tableaux et les figures.

Les articles originaux ne doivent pas dépasser **2 000 mots**. Les brefs comptes-rendus, qui seront publiés prioritairement, ne doivent pas dépasser **800 mots**; il n'est pas nécessaire de fournir un abrégé pour ce type de compte-rendu. Veuillez indiquer le nombre de mots de votre article.

La Revue a adopté une politique d'évaluation des articles par des pairs, en double aveugle. Auteurs et évaluateurs restent anonymes. Afin d'assurer l'anonymat de cette évaluation par des pairs, les auteurs doivent s'assurer de ne donner les renseignements les identifiant que sur la page titre de l'**original seulement**; seul le titre doit apparaître sur les deux copies à l'intention des évaluateurs.

La page titre de l'original doit comporter : 1) le titre; 2) un bref sous-titre de 40 caractères au maximum (y compris les blancs); 3) les noms, prénoms et initiales du milieu (le cas échéant) des auteurs, accompagnés de leurs diplômes d'études de plus haut niveau avec les noms du service et de l'organisme dans le cadre duquel le travail publié a été effectué; 4) le nom, l'adresse, le numéro de téléphone, le numéro de télécopieur et l'adresse électronique de l'auteur à qui adresser toute correspondance; 5) le nom et l'adresse de l'auteur à qui les demandes de réimpression doivent être envoyées (s'il s'agit de la même personne, regroupez 4 et 5 ensemble).

Les déclarations relatives aux limites de responsabilité et les mentions concernant l'aide reçue doivent aussi figurer sur la page titre. Une lettre signée par tous les auteurs comme quoi ils acceptent d'être publiés doit être agrafée à la page titre de l'original.

Les documents sont acceptés en anglais ou en français. La page deux doit présenter un résumé de l'article comprenant **150 mots au maximum** dans la langue originale de l'article. En outre, la *RCSP* demande une traduction professionnelle de l'abrégé dans la deuxième langue officielle, soit en français si le manuscrit est en anglais et vice-versa.

Pour garantir une qualité constante de la traduction de la Revue, la *RCSP* se réserve le droit de faire retraduire les abrégés soumis, aux frais des auteurs après les en avoir avisés. S'ils le préfèrent, les auteurs peuvent demander de faire traduire directement leurs abrégés par le traducteur officiel de la Revue à raison de 22 cents le mot plus la TPS de 7 %.

Nous vous encourageons à écrire à la Rédaction, en vous priant d'envoyer des lettres aussi courtes que possible.

La Rédaction se réserve le droit de modifier les articles.

Les documents à publier doivent être soumis au rédacteur en chef scientifique de la Revue canadienne de santé publique, 1565 avenue Carling, bureau 400, Ottawa, Ontario (Canada) K1Z 8R1.