

EXAMEN RAPIDE

Politiques de distribution illimitée ou restrictive dans les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues

Date de publication : Mai 2024

Principales conclusions

- Les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues (PES) ont démontré leur capacité à réduire les infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les comportements à risque liés aux injections¹. Les programmes structurels, à composantes multiples et à couverture élevée, sont les plus bénéfiques¹.
- Globalement, les utilisateurs de drogues injectables (UDI) se heurtent à de nombreux obstacles en ce qui concerne l'accessibilité et la couverture des PES; de nombreux programmes limitent le nombre d'aiguilles et de seringues fournies, ainsi que les stratégies qui pourraient améliorer l'accès aux aiguilles et seringues stériles telles que la distribution par les pairs²⁻⁴. La levée des restrictions pendant la pandémie de COVID-19 a facilité la distribution par les pairs en contribuant à augmenter le nombre d'aiguilles et de seringues distribuées et en offrant des services et la livraison mobiles^{5,6}.
- Les restrictions de la politique de distribution dans les PES ont des effets sur la santé et la protection de la population, tant pour les UDI que pour leurs communautés. **Les PES peu restrictifs** améliorent l'accessibilité des aiguilles et des seringues, contribuent à en réduire la réutilisation et le partage, et favorisent la bonne élimination des aiguilles et des seringues usagées. Les politiques de distribution des **PES restrictifs** ont entraîné une baisse de la participation aux programmes.
- Les programmes récents et ceux qui distribuaient moins d'aiguilles et de seringues étaient caractérisés par des frais accrus, ce qui indique que le volume d'achat peut contribuer à réduire les coûts.
- Outre les restrictions à la distribution d'aiguilles et de seringues, il existe toute une série d'obstacles physiques, sociaux et économiques à l'accès aux PES. Ces obstacles donnent lieu à des inégalités et ont une incidence sur la couverture au sein de la collectivité (p. ex., stigmatisation, transport, manque de sensibilisation auprès des groupes prioritaires).

Portée

- Cette synthèse répond à la question suivante : Dans quelle mesure une distribution illimitée d'aiguilles et de seringues dans les PES, par rapport à une distribution restreinte, aura-t-elle une incidence sur la santé et la sécurité de la population, à la fois pour les UDI et pour leurs communautés?

- Les politiques de distribution figurent au centre de cette synthèse, qui compare la distribution illimitée et la distribution restreinte d'aiguilles et de seringues dans les PES en ce qui concerne la réduction des méfaits. Les restrictions des politiques de distribution peuvent inclure l'imposition d'échanges impliquant « une aiguille contre une aiguille », des limites sur les critères d'admissibilité individuelle, l'imposition d'un nombre prédéfini d'aiguilles et de seringues distribuées par visite, des limites sur le nombre d'aiguilles et de seringues distribuées pendant une période définie, la distribution d'aiguilles et de seringues neuves en échange des aiguilles et des seringues usagées, des limites géographiques et d'autres facteurs. Les PES peuvent ou non inclure des conseils sur les mesures de réduction des méfaits.

Contexte

La présente synthèse aborde l'incidence des politiques de distribution des PES, qu'il s'agisse d'une distribution illimitée ou de restrictions sur la distribution d'aiguilles et de seringues – au niveau individuel pour les UDI et pour la communauté dans son ensemble. Assurer le bien-être des UDI, réduire la propagation des infections à diffusion hématogène et préserver la santé publique sont des questions qui nécessitent d'adopter une approche fondée sur des données probantes pour éclairer les politiques. Par exemple, la réutilisation d'une aiguille utilisée par une autre personne favorise la propagation du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC)⁷. L'étude de l'efficacité des différentes politiques de distribution d'aiguilles est pertinente, étant donné que le nombre d'UDI au Canada et la couverture en aiguilles et seringues ont augmenté au fil du temps⁸.

La stratégie canadienne relative aux drogues et aux substances vise à améliorer la santé et la sécurité des Canadiens en adoptant une approche de réduction des méfaits⁹. La réduction des méfaits encourage l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de programmes qui adoptent des connaissances et des compétences sans jugement ni coercition afin de réduire les méfaits et d'aider les personnes qui consomment des substances à mener une vie plus sûre et plus saine¹⁰. En Ontario, les conseils de santé collaborent avec les partenaires locaux pour réduire les méfaits de la consommation de substances, notamment en fournissant des produits de réduction des méfaits (p. ex., aiguilles et seringues stériles, et fournitures pour une utilisation plus sûre des drogues) et en favorisant l'amélioration du programme ontarien de réduction des risques¹¹. Les efforts d'amélioration comprennent a) la conception et la mise en œuvre d'initiatives locales de lutte contre les opioïdes; b) la mise en œuvre ou le soutien à la mise en œuvre de systèmes d'alerte précoce en cas de surdose d'opioïdes; c) la prise en main de la distribution de naloxone, en offrant une formation et d'autres types de soutien¹¹.

L'efficacité des PES pour réduire la transmission des maladies infectieuses chez les UDI a été maintes fois prouvée^{12,13}. Afin d'atteindre les objectifs mondiaux en matière de VIH et de VHC fixés respectivement par le Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), de nombreux pays devront intensifier les interventions de réduction des méfaits fondées sur des données probantes, telles que les PES, afin de prévenir la transmission du VIH et du VHC¹³. Les valeurs culturelles et sociétales jouent également un rôle essentiel dans l'élaboration de ces programmes¹⁴. Dans les régions où la consommation de drogues est profondément stigmatisée, les programmes tels que les PES qui soutiennent les UDI sont controversés. Enfin, des considérations économiques jouent un rôle dans la mise en place des PES. La mise en place et le maintien des PES nécessitent du financement, et les contraintes économiques peuvent déterminer le degré de soutien ou de restriction de ces programmes¹⁵. En fin de compte, le degré de restriction des politiques de distribution de seringues dépend de facteurs socioculturels, économiques, politiques et de santé publique.

Méthodes

Un examen rapide a été effectué afin de faciliter une réponse rapide pour la prise de décision, la faisabilité et le maintien de la question de l'examen dans le champ d'application¹⁶. Les services de bibliothèque de Santé publique Ontario (SPO) ont conçu et mené des recherches dans la littérature scientifique et la littérature grise, en limitant la recherche aux articles en langue anglaise publiés de 2018 à aujourd'hui. Nous avons effectué des recherches dans les bases de données le 28 décembre 2023 et dans la littérature grise du 25 janvier au 2 février 2024. La stratégie de recherche complète peut être obtenue sur demande auprès de SPO.

Les sources publiées à partir de 2018 étaient admissibles sous réserve des conditions suivantes : 1) elles devaient concerner les UDI; 2) elles devaient comparer la distribution illimitée et les restrictions à la distribution d'aiguilles et de seringues dans les PES (p. ex., illimité; échange un pour un; restrictions fondées sur des critères d'admissibilité individuelle, nombre d'aiguilles et de seringues, retour des aiguilles et des seringues usagées, heures d'ouverture, géographie et d'autres facteurs); 3) elles devaient présenter des résultats provenant de pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques pour les résultats au niveau de la personne, de la communauté et du programme ou de la politique (p. ex., comportements et résultats en matière de santé, sécurité publique, équité des politiques). Les données probantes issues d'une revue et les lignes directrices/recommandations étaient admissibles. Lorsque les sources utilisaient d'autres termes, par souci de cohérence, nous avons utilisé le terme programmes d'échange d'aiguilles et de seringues (PES).

Un membre du personnel de SPO a extrait les données pertinentes. Une évaluation de la qualité a été réalisée pour chaque examen inclus, en utilisant les [outils d'évaluation de la qualité des articles à examiner de HealthEvidence.org](#); la qualité méthodologique des examens ayant obtenu un score ≤ 4 , 5 à 7, ou ≥ 8 sur un score total de 10 a été jugée faible, modérée ou forte, respectivement¹⁷. Les lignes directrices ont été évaluées à l'aide de l'instrument [Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II \(AGREE II\)](#)¹⁸. L'ensemble des articles inclus a été réparti entre deux évaluateurs (TP, KW), qui ont réalisé des évaluations indépendantes de la qualité et ont résolu les incertitudes en se consultant.

Résultats

Caractéristiques des articles inclus

Nous avons inclus 13 articles de synthèse publiés et huit documents d'orientation contenant des recommandations relatives aux politiques de distribution dans les PES.

Les données probantes issues de 13 articles comprenaient des analyses systématiques (n=7)^{2,5,13,19-22}, des analyses narratives (n=4)^{3,4,23,24} et une analyse rapide⁶, ainsi qu'une analyse de la portée²⁵. Bien que les études aient été menées par des groupes de recherche aux États-Unis (n=5), au Royaume-Uni (n=5), au Canada (n=2) et en Australie (n=1), plusieurs des études ont examiné les PES propres à différentes régions du monde^{2,5,19,25} ou les ont examinés au niveau mondial^{21,22}. Les revues incluses ont incorporé la littérature publiée obtenue en effectuant des recherches allant de la création des bases de données jusqu'en 2020; deux recherches ont été effectuées après 2020 en 2021 et en 2022. Selon 10 critères de qualité, deux^{2,19} des 13 revues ont été jugées de haute qualité (scores de 8 ou 10), cinq^{5,13,20,21,25} de qualité modérée (scores de 6 ou 7), et six^{3,4,6,22-24} de faible qualité (scores de 1 à 4). Les stratégies de recherche varient considérablement en termes d'exhaustivité entre les revues incluses, avec une qualité variable en termes de stratégie. La plupart des revues ne reposaient pas sur une évaluation de la qualité des études incluses et n'ont donc pas interprété les résultats dans le contexte de la qualité de l'étude.

Huit documents d'orientation comprenaient des recommandations de bonnes pratiques pour les PES (n=4)^{7,26-28}, des lignes directrices sur la demande de matériaux et de financement pour les PES (n=1)²⁹, un dossier technique pour soutenir la planification, la conception, la mise en œuvre et le maintien des PES (n=1)³⁰, des orientations pour les PES concernant la collecte de données sur l'évaluation de la couverture en seringues (n=1)³¹, et un rapport de surveillance sur les infections et les risques et comportements associés chez les UDI (n=1)³². Les régions visées par les documents d'orientation comprenaient les États-Unis (n=4), le Canada (n=3) et le Royaume-Uni (n=1). La moitié des documents d'orientation ont été publiés par des organisations nationales (groupe de travail sur les meilleures pratiques pour les programmes de réduction des risques au Canada, National Alliance of State and Territorial AIDS Directors aux États-Unis, Supporting Harm Reduction Programs (SHaRP) de l'Université de Washington, et Health Security Agency au Royaume-Uni); le reste était publié par des organisations au niveau des provinces ou des États (Ontario Harm Reduction Network, British Columbia Centre for Disease Control, California Department of Public Health Office of AIDS et Washington State Department of Health). La plupart des documents d'orientation ne donnaient pas d'information sur les méthodes utilisées, notamment en ce qui concerne la recherche systématique, les critères de sélection des données probantes, les points forts et les limites de l'ensemble des données probantes, les méthodes de formulation des recommandations, les avantages pour la santé, les effets secondaires et la prise en compte des risques dans la formulation des recommandations.

Les 21 articles retenus traitaient d'une série d'effets néfastes et bénéfiques attribuables aux politiques de distribution des PES, notamment les résultats de comportement et de santé au niveau individuel (réutilisation et partage des aiguilles et des seringues, incidence du VIH, du VHC et d'autres infections, et taux de surdose), les résultats au niveau de la communauté (sécurité publique en matière d'élimination des aiguilles et des seringues), les résultats au niveau du programme ou de la politique (p. ex., adoption des programmes), ainsi que l'accessibilité et l'équité des politiques (inclusion, accès équitable, et obstacles liés à l'accès). Aucun des articles inclus ne traitait de l'incidence des politiques de distribution des PES sur la perception de la sécurité publique, des taux de consommation de drogues, de la rentabilité des programmes et de l'orientation vers d'autres services.

Les populations étudiées dans les 21 articles comprenaient des UDI au sein de la population générale, et un article incluait des UDI incarcérés¹³. Les interventions présentées dans les articles portaient sur des opérations de PES en général, en milieu non urbain²⁰, et pendant la pandémie de COVID-19^{5,6}. Les modes de prestation de services variaient : aiguilles et seringues distribuées par des PES à point fixe, des pharmacies, des PES à points mobiles, des systèmes de soins primaires ou hospitaliers, des distributeurs automatiques, des livraisons à domicile ou par courrier, et la distribution par les pairs.

Dans l'ensemble, les politiques de distribution étaient considérées comme **illimitées ou peu restrictives** dans le cadre de cet examen rapide lorsqu'elles se caractérisaient comme suit dans les documents : une couverture illimitée, basée sur les besoins, adéquate ou élevée définie comme $\geq 100\%$ des injections ou une couverture telle qu'une nouvelle aiguille ou seringue stérile est utilisée à chaque injection, couverture au niveau de la population de >200 aiguilles et seringues distribuées par UDI et par an, saturation des seringues, fréquentation régulière d'un PES au moins une fois par semaine, seuil bas, ou sans ou avec moins de limites (p. ex., sur la quantité de seringues, la géographie, les processus d'admission). En revanche, les politiques de distribution ont été considérées comme **plus restrictives** dans le cadre de cet examen rapide si elles étaient caractérisées comme suit dans les documents : échange un pour un (c'est-à-dire, seringues usagées rendues contre un nombre égal de seringues neuves), échange un pour un plus (nombre fixe de seringues supplémentaires fournies en plus du nombre de seringues retournées), retour obligatoire des seringues usagées, couverture inadéquate ou faible définie comme $<100\%$ des injections ou de la couverture, couverture au niveau de la population

de ≤ 200 aiguilles et seringues distribuées par UDI et par an, pénurie de seringues, ou basée sur des limites ou des exigences (p. ex., nombre de seringues distribuées par UDI et par an, nombre maximal de seringues acquises au cours d'une transaction unique, besoin de présenter une pièce d'identité ou une ordonnance, preuve d'affection concomitante nécessitant une injection, quantité minimale élevée).

Les résultats ci-dessous comprennent un résumé des conclusions sur l'incidence des restrictions basées sur les preuves publiées, les considérations d'équité et d'accessibilité abordées dans toutes les sources incluses, et les recommandations pertinentes des documents d'orientation publiés.

Résumé des conclusions sur l'incidence

Les résultats présentés dans cette section ont trait aux conclusions de l'examen des données probantes publiées concernant les comportements individuels et les résultats en matière de santé, les résultats au niveau de la communauté et les résultats des programmes ou des politiques. Treize études ont fait état de l'incidence des politiques de distribution dans les PES.

RÉSULTATS INDIVIDUELS EN MATIÈRE DE COMPORTEMENT ET DE SANTÉ

Réutilisation et partage des aiguilles et seringues

Trois revues des données publiées font état de la réutilisation ou du partage des aiguilles; les auteurs de ces trois revues ont mentionné que l'accessibilité accrue des seringues a permis de réduire la réutilisation et le partage des aiguilles^{3,21,25}. Ces revues ont opérationnalisé l'accès par le biais des cliniques mobiles (la formule de la clinique mobile ou fourgonnette a fait « manquer la fourgonnette » et ainsi entraîné une hausse de la réutilisation et du partage des seringues)²⁵, de la vente sans ordonnance dans les pharmacies, des hôpitaux, de la livraison à domicile ou postale et des distributeurs automatiques³, ainsi que par le biais d'estimations de la couverture (faible ou élevée) au niveau national²¹. Dans le cas de la couverture des PES au niveau national, tous les pays ayant une couverture faible ou inexistante (< 50 aiguilles distribuées par UDI par an) ont révélé une estimation groupée de > 50 % de prévalence du partage réceptif d'aiguilles et de seringues au cours des 6 à 12 derniers mois²¹. Les pays où la couverture du PES est la plus élevée ($n=184$) ont fait état d'estimations plus faibles du risque d'injection. Cette différence était moins nette pour la période d'un mois par rapport à celle de 6 à 12 mois²¹. Indépendamment des trois études portant sur la réutilisation et le partage, Palmateer et coll. (2022) n'ont noté aucune différence significative dans les comportements à risque en matière d'injection entre les pharmacies et les autres PES (RC groupé = 1,46, IC à 95 % : 0,78, 2,73)¹³. Par comportements à risque liés aux injections, on entend les comportements de groupe impliquant le partage d'aiguilles, de seringues et d'accessoires de préparation de la drogue³³.

VHC

Trois études ont exposé les résultats des PES en matière d'infection par le VHC^{2,4,13}; cependant, deux des revues^{4,13} citaient les résultats de la troisième revue, réalisée par Platt et coll. (2018)². Selon la revue de la plus haute qualité comprise dans l'étude, la couverture élevée des PES entraînait une réduction de 76 % du risque d'acquisition du VHC (RR = 0,24, IC à 95 % : 0,09, 0,62) avec une faible hétérogénéité ($I^2 = 0$ %, $P = 0,662$) lors de la mise en commun des estimations ajustées pour l'Europe². Il n'y avait pas d'effet pour l'Amérique du Nord (RR ajusté = 1,25, IC à 95 % : 0,63, 2,46) avec une forte hétérogénéité ($I^2 = 77,0$ %, $P = 0,013$)². Dans l'ensemble, la revue décrit des preuves peu convaincantes qu'une couverture élevée par les PES donne lieu à une réduction du risque de nouvelles infections par le VHC à l'échelle mondiale². Les auteurs expliquent que les différences dans la manière de mesurer l'exposition au PES expliquent probablement la différence géographique dans les résultats; en Europe, l'exposition

aux PES a été systématiquement mesurée comme étant la couverture des injections par des aiguilles et des seringues stériles, alors qu'en Amérique du Nord, la façon dont la couverture des PES est définie varie considérablement d'une étude à l'autre².

En ce qui concerne les résultats pour le VHC et le VIH, les objectifs de couverture ne sont actuellement pas atteints au niveau mondial. Une étude internationale a montré que, dans 68 pays, l'investissement actuel doit être multiplié par 2,1 pour atteindre l'objectif de l'OMS, de l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime, ainsi que de l'ONUSIDA pour 2020, à savoir la distribution de 200 seringues par UDI²².

VIH

Deux revues comprises dans l'étude ont présenté des résultats sur la prévention du VIH^{3,22}. Une étude récente de moindre qualité (2021) sur les PES peu restrictifs a montré que l'accessibilité d'une seringue stérile pour chaque injection réduisait la transmission du VIH de près de 60 % dans une étude³. Dans une étude distincte sur l'accès aux seringues, 61 % des UDI ayant recours à des PES assortis d'une politique de distribution de seringues fondée sur les besoins ont obtenu une seringue stérile pour chaque injection déclarée, contre seulement 26 % des UDI ayant recours à des programmes assortis d'une politique de distribution de seringues limitée, une pour une (c.-à-d. une seringue stérile échangée contre une seringue usagée)³. Une revue systématique récente (2022) de qualité modérée a appliqué un algorithme qui exigeait une déclaration claire et cohérente provenant de plusieurs études solides afin de générer un énoncé de preuve. Le seuil des études solides n'ayant pas été atteint, l'examen a montré qu'il n'y avait pas suffisamment d'éléments probants pour formuler une recommandation concernant la transmission du VIH¹³.

RÉSULTATS RELATIFS À LA COMMUNAUTÉ

Élimination des aiguilles et des seringues

Deux revues descriptives de moindre qualité ont traité de la question de la sécurité publique dans l'optique de l'élimination des aiguilles et des seringues^{3,24}. Dans l'ensemble, ces deux études confirment l'association entre des politiques de distribution de PES peu restrictives et l'augmentation de la bonne élimination des aiguilles et seringues usagées (p. ex., retour des aiguilles et seringues usagées aux PES, en utilisant des contenants à objets tranchants fermés et résistants à la perforation). Plus précisément, l'augmentation du nombre de seringues distribuées s'est accompagnée d'une augmentation correspondante de la collecte et de l'élimination sans danger des seringues usagées parmi les UDI²⁴. Il n'existait pas de données permettant d'étayer les craintes concernant l'effet d'un accès accru aux seringues sur la mauvaise élimination des seringues usagées dans la communauté³. En outre, on a rapporté qu'il était peu probable que le VIH soit transmis à cause d'une blessure par piqûre d'aiguille dans la communauté, car aucun cas de ce type n'a été signalé à ce jour³.

RÉSULTATS DU PROGRAMME OU DE LA POLITIQUE

Adhésion au programme

Une revue systématique de haute qualité a cité l'adoption du PES comme résultat¹⁹. Dans l'ensemble, l'étude confirme le lien entre les politiques restrictives de distribution du PES et la baisse de participation au PES. La revue a opérationnalisé la politique de distribution par le biais de la vente légale d'aiguilles et de seringues sans ordonnance dans les pharmacies, ce qui est contraire aux lois de certains États américains sur les accessoires facilitant la consommation de drogues. Ce conflit entre la politique des pharmacies et la loi a causé de la confusion et de l'incohérence lors de la distribution d'aiguilles et

de seringues en ce qui a trait à la nécessité de présenter une pièce d'identité, d'obtenir une ordonnance, de faire la preuve d'affections concomitantes nécessitant des injections, et de quantités minimales accrues (p. ex., achat d'un nombre minimal de seringues pour un patient de moins de cinq ans, boîtes de 100 au lieu de sachets de 10 aiguilles et seringues. D'après ces caractéristiques, la politique de distribution visée par la revue était jugée restrictive. Il était courant de voir des pharmacies refuser de vendre des aiguilles et des seringues, car les UDI n'allaient pas forcément dans une pharmacie pour obtenir des aiguilles et des seringues stériles³⁴, et cela a contribué à réduire la mise en œuvre du programme dans les pharmacies.

Équité et accessibilité

L'équité et l'accessibilité n'étaient pas abordées de manière cohérente dans les sources incluses, qui ont pris en compte les éléments suivants (par ordre de fréquence) : les sous-groupes de population tels que les personnes ayant récemment commencé à s'injecter des drogues; les personnes sans domicile; les personnes consommant des stéroïdes anabolisants (et qui se perçoivent comme étant différentes des personnes qui utilisent des drogues); les sous-groupes raciaux (n=9); les obstacles physiques ou environnementaux (p. ex., distance, ruralité et le besoin conséquent de voyager, les pratiques policières, les problèmes de mobilité, la faible disponibilité des transports publics) (n=8); l'accessibilité (p. ex., soutien à la distribution par les pairs); les distributeurs automatiques afin d'augmenter les plages horaires disponibles) (n=4); les barrières sociales (p. ex., stigmatisation, besoin de services à seuil faible) (n=3); et les obstacles économiques (p. ex., coût des seringues) (n=2). D'autres facteurs d'équité et d'accessibilité ont été répertoriés, notamment le lien entre un PES et la participation à la recherche³⁰, le refus de posséder des aiguilles (par crainte de rencontres avec la police)⁷, la nécessité d'obtenir des aiguilles par d'autres moyens que les PES⁷, et la possibilité que les PES mobiles répondent aux demandes d'accès des clients par le biais d'une distribution secondaire par les pairs²⁵.

Les recommandations émanant des É.-U. sur la couverture des seringues indiquent que la couverture répond rarement aux besoins des personnes³¹. La plupart des PES limitent le nombre de seringues fournies, ce qui restreint les possibilités de distribution par les pairs⁴. La réponse à la pandémie de COVID-19 a supprimé les restrictions et facilité la distribution par les pairs (augmentation du nombre de seringues distribuées, offre de services mobiles et de livraison)^{5,6}. La suppression des restrictions a permis d'éliminer les obstacles à la réduction des méfaits. En effet, l'élimination de l'obstacle que représentait la disponibilité pendant les heures d'ouverture seulement, dans les programmes, a entraîné de plus longs intervalles entre les visites des clients. La suppression de l'obstacle que constituaient les restrictions sur le nombre de seringues a permis de renforcer la sensibilisation et d'encourager l'approvisionnement et la distribution entre pairs (p. ex., fournir suffisamment de fournitures aux clients pour qu'ils puissent les distribuer à d'autres UDI qui ne souhaitent pas ou ne peuvent pas se rendre au point de service du programme, afin de s'assurer que les fournitures stériles parviennent aux personnes qui en ont le plus besoin). L'élimination des restrictions sur les types de prestation de services a permis la distribution des fournitures par le biais de services mobiles, de services de livraison ou de services de vente par correspondance. Wilkinson et coll. (2020) proposent, dans un scénario de type pandémique, que les PES offrent des aiguilles et des seringues à volonté et avancent que les PES flexibles, tels que les modèles mobiles ou de proximité, amélioreront l'accès, en soutenant une approche « à faible seuil » (par opposition à l'échange un pour un) pour la fourniture d'aiguilles et de seringues⁶. Ce faible seuil est l'un des principes généraux qui sous-tendent les approches de réduction des risques³⁵.

Un lien a été observé entre, d'une part, les plus récents programmes et ceux qui distribuaient moins de seringues et, d'autre part, des coûts plus élevés, ce qui indique que le volume d'achat peut réduire les coûts²².

Recommandations issues des orientations pertinentes

Dans six des huit documents d'orientation pertinents pour cet examen rapide, on a cherché à savoir si une distribution illimitée était recommandée pour les PES. Ces six documents recommandaient précisément de mettre en œuvre des politiques de distribution illimitées fondées sur les besoins^{7,26-30}. À l'exception du document d'orientation publié par le département de la Santé de l'État de Washington²⁷, les cinq autres documents d'orientation déconseillent explicitement la mise en œuvre de politiques restrictives imposant des limites au nombre d'aiguilles et de seringues pouvant être obtenues, comme l'échange d'aiguilles une pour une^{7,26,28-30}. Dans le guide SHaRP de l'Université de Washington destiné aux PES pour la collecte de données sur l'évaluation de la couverture en seringues, l'organisation n'a formulé aucune recommandation sur la politique de distribution; toutefois, les auteurs ont cité la recommandation du Centre for Disease Control des É.-U. concernant la distribution en fonction des besoins³¹. Le dernier document d'orientation était un rapport de surveillance sur les infections et les risques et comportements connexes chez les UDI et ne contenait pas de recommandations sur la politique de distribution³².

Conclusion

Les éléments de preuves de la revue et les documents d'orientation inclus dans cette synthèse ne plaident pas en faveur d'une restriction des politiques de distribution dans les PES. Les politiques restrictives de distribution des PES ont une incidence négative sur la santé et la sécurité de la population, tant pour les UDI que pour leurs communautés. Les politiques de distribution restrictives des PES ont réduit le taux d'adhésion aux programmes, tandis que les PES peu restrictifs ont amélioré l'accès aux aiguilles et aux seringues, réduit la réutilisation et le partage d'aiguilles et de seringues et, de plus, favorisé la bonne élimination des aiguilles et des seringues usagées.

Les données issues de la revue n'ont pas montré une incidence statistiquement significative des politiques de distribution sur l'infection par le VHC et le VIH, les données étant limitées par la qualité des études individuelles.

La couverture globale des PES a légèrement augmenté au cours des cinq dernières années, mais elle reste faible et ne répond pas aux besoins^{31,36}. Dans le monde entier, de nombreux programmes restreignent le nombre d'aiguilles et de seringues fournies et limitent les stratégies susceptibles d'améliorer l'accès aux aiguilles et aux seringues stériles, telles que la distribution par les pairs²⁻⁴. La levée des restrictions lors de l'intervention contre la COVID-19 a facilité la distribution par les pairs en augmentant le nombre d'aiguilles et de seringues fournies et en offrant des services et la livraison mobiles^{5,6}.

Références

1. R. M. Fernandes, M. Cary, G. Duarte, G. Jesus, J. Alarcão, C. Torre et coll., « Effectiveness of needle and syringe Programmes in people who inject drugs – An overview of systematic reviews », *BMC Public Health*, vol. 17, n° 1 (2017), p. 309. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4210-2>.
2. L. Platt, S. Minozzi, J. Reed, P. Vickerman, H. Hagan, C. French et coll. « Needle and syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing HCV transmission among people who inject drugs: Findings from a Cochrane Review and meta-analysis », *Addiction*, vol. 113, n° 3 (2018), p. 545 à 563. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/add.14012>.
3. D. Broz, N. Carnes, J. Chapin-Bardales, D. C. Des Jarlais, S. Handanagic, C. M. Jones et coll. « Syringe services programs' role in ending the HIV epidemic in the U.S.: why we cannot do it without them », *Am J Prev Med*, vol. 61, n° 5 (2021), Supp. 1, p. S118 à S129. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.05.044>.
4. S. B. Hoj, N. Minoyan, A. A. Artenie, J. Grebely et J. Bruneau. « The role of prevention strategies in achieving HCV elimination in Canada: what are the remaining challenges? », *Can Liver J*, vol. 1, n° 2, 2018, p. 4 à 13. Disponible à : <https://doi.org/10.3138/canlivj.1.2.003>.
5. E. G. Ostinelli, K. Smith, C. Zangani, M. J. Ostacher, A. R. Lingford-Hughes, J. S. W. Hong et coll., « COVID-19 and substance use disorders: a review of international guidelines for frontline healthcare workers of addiction services », *BMC Psychiatry*, vol. 22, n° 1, (2022), p. 228. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03804-7>.
6. R. Wilkinson, L. Hines, A. Holland, S. Mandal et E. Phipps, « Rapid evidence review of harm reduction interventions and messaging for people who inject drugs during pandemic events: implications for the ongoing COVID-19 response », *Harm Reduct J*; vol. 17, n° 1 (2020), p. 95. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00445-5>.
7. C. M. M. Strike, M. Perri, J. Xavier, J. Edgar, J. Buxton, L. Challacombe et coll., « Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes de réduction des méfaits au Canada – Recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes canadiens qui fournissent du matériel de réduction des méfaits aux personnes qui consomment des drogues et qui sont à risque pour le VIH, le VHC et d'autres méfaits pour la santé : 2021 » [en ligne], Toronto (Ont.), Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes de réduction des méfaits au Canada, 2021 [cité le 2 avril 2024]. Disponible à : https://www.catie.ca/sites/default/files/2021-11/3382_CATIE_CarolStrike_BestPracticeRecommendations_2021-FR-Final.pdf.
8. B. Jacka, S. Larney, L. Degenhardt, N. Janjua, S. Høj, M. Kraiden et coll., « Prevalence of injecting drug use and coverage of interventions to prevent HIV and hepatitis C virus infection among people who inject drugs in Canada », *Am J Public Health*, vol. 110, n° 1 (2020), p. 45 à 50. Disponible à : <https://doi.org/10.2105/ajph.2019.305379>.
9. Santé Canada, Direction générale des substances contrôlées et du cannabis, *La stratégie canadienne sur les drogues et autres substances : L'approche du gouvernement du Canada à l'égard des méfaits liés à la consommation de substances et de la crise des surdoses* [en ligne], Ottawa (Ont.), gouvernement du Canada, 2023 [cité le 2 avril 2024]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/strategie-canadienne-drogues-autres-substances-approche-mefaits-lies-consommation-crise-surdoses.html>.

10. Harm Reduction International (HRI), *What is harm reduction?* [en ligne], Londres, HRI, 2024 [cité le 2 avril 2024]. Disponible à : <https://hri.global/what-is-harm-reduction/>.
11. Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Directive de prévention de la toxicomanie et de réduction des méfaits, 2018* [en ligne]. Toronto (Ont.), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2018 [cité le 2 avril 2024]. Disponible à : <https://files.ontario.ca/moh-guidelines-substance-use-prevention-harm-reduction-guideline-fr-2018.pdf>.
12. E. J. Aspinall, D. Nambiar, D. J. Goldberg, M. Hickman, A. Weir, E. Van Velzen et coll., « Are needle and syringe programmes associated with a reduction in HIV transmission among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis », *Int J Epidemiol*, vol. 43, n° 1 (2014), p. 235 à 248. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/ije/dyt243>.
13. N. Palmateer, V. Hamill, A. Bergenstrom, H. Bloomfield, L. Gordon, J. Stone et coll., « Interventions to prevent HIV and Hepatitis C among people who inject drugs: Latest evidence of effectiveness from a systematic review (2011 to 2020) », *Int J Drug Policy*, 2022, vol. 109, p. 103872.
14. J. A. Buxton, E. C. Preston, S. Mak, S. Harvard, J. Barley et BC Harm Reduction Strategies and Services Committee, « More than just needles: an evidence-informed approach to enhancing harm reduction supply distribution in British Columbia », *Harm Reduct J*, vol. 5, n° 37 (2008). Disponible à : <https://doi.org/10.1186/1477-7517-5-37>.
15. E. Hancock, Z. Ward, R. Ayres, J. Neale, D. Hussey, J. M. Kesten et coll., « Detachable low dead space syringes for the prevention of hepatitis C among people who inject drugs in Bristol, UK: an economic evaluation », *Addiction*, vol. 115, n° 4 (2020), p. 702 à 713. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/add.14849>.
16. S. Khangura, K. Konnyu, R. Cushman, J. Grimshaw et D. Moher, « Evidence summaries: the evolution of a rapid review approach », *Syst Rev*, vol. 1, n° 10 (2012). Disponible à : <https://doi.org/10.1186/2046-4053-1-10>.
17. Health Evidence, *Document d'orientation sur l'outil d'évaluation de la qualité* [en ligne], Hamilton (Ont.), Health Evidence, 2023 [mis à jour en mars 2023, cité le 1^{er} février 2024]. Disponible à : <https://www.healthevidence.org/documents/our-appraisal-tools/quality-assessment-tool-dictionary-fr.pdf>.
18. AGREE Next Steps Consortium, *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II Instrument)* [en ligne], Hamilton (Ont.), AGREE Enterprise, 2017 [mis à jour en décembre 2017, cité le 1^{er} février 2024]. Disponible à : <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>.
19. E. Lawson, H. Walthall, « Barriers to accessing sterile injecting equipment for people who inject drugs: an integrative review », *J Clin Nurs*, vol. 32, n° 15-16 (2023), p. 4502 à 4514. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/jocn.16517>.
20. C. E. Paquette et R. A. Pollini, « Injection drug use, HIV/HCV, and related services in nonurban areas of the United States: a systematic review », *Drug Alcohol Depend*, vol. 188 (2018), p. 239 à 250. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.03.049>.
21. L. T. Tran, A. Peacock, S. Colledge, S. Memedovic, J. Grebely, J. Leung et coll., « Injecting risk behaviours amongst people who inject drugs: a global multi-stage systematic review and meta-analysis », *Int J Drug Policy*, vol. 84 (2020), p. 102866. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102866>.

22. J. A. Killion, C. Magana, J. A. Cepeda, A. Vo, M. Hernandez, C. L. Cyr et coll., « Unit costs of needle and syringe program provision: a global systematic review and cost extrapolation », *AIDS*, vol. 37, n° 15 (2023), p. 2389 à 2397. Disponible à : <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000003718>.
23. N. Siddiqui et R. D. Urman, « Opioid use disorder and racial/ethnic health disparities: prevention and management », *Curr Pain Headache Rep.* Vol. 26, no 2 (2022), p. 129 à 137. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s11916-022-01010-4>.
24. État de l'Utah, Division de la santé de la population, *Report on the activities and outcomes of the syringe exchange programs: December 1, 2016 – June 30, 2023* [en ligne], Salt Lake City (Utah), 2023 [cité le 2 avril 2024]. Disponible à : <https://le.utah.gov/interim/2023/pdf/00004017.pdf>.
25. C. Strike et M. Miskovic, « Scoping out the literature on mobile needle and syringe programs-review of service delivery and client characteristics, operation, utilization, referrals, and impact », *Harm Reduct J*, vol. 15, n° 1 (2018), p. 6. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s12954-018-0212-3>.
26. BC Centre for Disease Control (BCCDC), *Harm reduction best practices: needle distribution*, Vancouver (C.-B.), Provincial Health Services Authority, 2018 [cité le 2024 Feb 06]. Disponible à : https://regroup-production.s3.amazonaws.com/documents/ReviewReference/900124154/bccdc%20%282018%29%20harm%20reduction%20needle%20distribution.pdf?response-content-type=application%2Fpdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAYSFKCAWYQ4D5IUHG%2F20240405%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20240405T151645Z&X-Amz-Expires=604800&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=91b11532f4aff0e81334b1870a7dee1f29c5343104bc5fad6ba81db11f781213.
27. État de Washington, département de la Santé, *Recommendation: needs-based syringe access* (DOH 105-122) [en ligne], Tumwater (Washington), 2019 [cité le 2 avril 2024]. Disponible à : <https://doh.wa.gov/sites/default/files/legacy/Documents/Pubs/150-122-WADOHSyringeAccessRecommendation2019.pdf>.
28. Ontario Harm Reduction Network (OHRN), *One-for-one needle exchange: evidence and best practices* [en ligne], Toronto (Ont.), OHRN, 2021 [cité le 2 avril 2024]. Disponible à : <https://ohrn.org/resources/one-for-one/>.
29. Département de santé publique de Californie (CDPH), Office of AIDS, *Guidelines for syringe exchange programs funded by the California Department of Public Health, Office of AIDS* [en ligne], Sacramento (Californie), CDPH, 2020 [cité le 2 avril 2024]. Disponible à : https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/CDPH%20Document%20Library/Guidelines%20for%20SEPs_ADA.pdf.
30. Z. Javed, K. Burk, S. Facente, L. Pegram, A. Al, A. Asher, *Syringe services programs: a technical package of effective strategies and approaches for planning, design, and implementation* [en ligne], Atlanta (Géorgie), Centers for Disease Control and Prevention, 2020 [cité le 2 avril 2024]. Disponible à : <https://www.cdc.gov/ssp/docs/SSP-Technical-Package.pdf>.
31. L.-M. Buer, K. Benhoff, D. Des Jarlais, S. Deutsch, E. Healy, K. Knudtson et coll. *Estimating individual syringe coverage at syringe services programs* [en ligne], Seattle (Washington), University of Washington, 2023 [cité le 2 avril 2024]. Disponible à : <https://digital.lib.washington.edu/researchworks/bitstream/handle/1773/50043/Syringe-Coverage-23-07.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

32. UK Health Security Agency, Public Health Agency Northern Ireland, Public Health Scotland, Public Health Wales, *Shooting up: infections and other injecting-related harms among people who inject drugs in the UK, data to end of 2021* [en ligne]. Londres, Crown Copyright, 2023 [cité le 2 avril 2024]. Disponible à : <https://www.gov.uk/government/publications/shooting-up-infections-among-people-who-inject-drugs-in-the-uk/shooting-up-infections-and-other-injecting-related-harms-among-people-who-inject-drugs-in-the-uk-data-to-end-of-2021>.
33. L. Degenhardt, A. Peacock, S. Colledge, J. Leung, J. Grebely, P. Vickerman et coll., « Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review », *Lancet Glob Health*, vol. 5, n° 12 (2017), p. e1192 à e1207. Disponible à : [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30375-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30375-3).
34. B. E. Meyerson, C. A. Lawrence, S. D. Cope, S. Levin, C. Thomas, L. A. Eldridge et coll., « I could take the judgment if you could just provide the service: non-prescription syringe purchase experience at Arizona pharmacies, 2018 », *Harm Reduct J*, vol. 16, n° 1 (2019), p. 57. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0327-1>.
35. G. A. Marlatt, A. W. Blume et G. A. Parks, « Integrating harm reduction therapy and traditional substance abuse treatment », *J Psychoactive Drugs*, vol. 33, n° 1 (2001), p. 13 à 21. Disponible à : <https://doi.org/10.1080/02791072.2001.10400463>.
36. S. Colledge-Frisby, S. Ottaviano, P. Webb, J. Grebely, A. Wheeler, E. B. Cunningham et coll., « Global coverage of interventions to prevent and manage drug-related harms among people who inject drugs: a systematic review », *Lancet Glob Health*, vol. 11, n° 5 (2023), p. e673 à e683. Disponible à : [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(23\)00058-x](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(23)00058-x).

Modèle proposé pour citer le document

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Examen rapide : Politiques de distribution illimitée ou restrictive dans les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues*. Toronto (Ont.), Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2024.

ISBN : 978-1-4868-7989-2

Avis de non-responsabilité

Santé publique Ontario (SPO) a conçu le présent document. SPO offre des conseils scientifiques et techniques au gouvernement, aux agences de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé de l'Ontario. Les travaux de SPO s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles au moment de leur publication. L'application et l'utilisation du présent document relèvent de la responsabilité des utilisateurs. SPO n'assume aucune responsabilité relativement aux conséquences de l'application ou de l'utilisation du document par quiconque. Le présent document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales seulement, sous réserve d'une mention appropriée de Santé publique Ontario. Aucun changement ni aucune modification ne peuvent être apportés à ce document sans la permission écrite explicite de Santé publique Ontario.

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est un organisme du gouvernement de l'Ontario voué à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des iniquités en matière de santé. Santé publique Ontario met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des travailleurs de la santé de première ligne et des chercheurs.

Pour obtenir plus de renseignements au sujet de SPO, veuillez consulter santepubliqueontario.ca.